

**PARCOURS DE VIE ET IMPRÉVISIBILITÉ DU SOCIAL: LES
EXPÉRIENCES DE L'INFERTILITÉ PAR LES CITADINES CAMEROUNAISES**

Gishleine Oukouomi Djouonang

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme
en sociologie en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor*

École d'études sociologiques et anthropologiques
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa

© Gishleine Oukouomi Djouonang, Ottawa, Canada, 2025

Dédicace

À toutes les femmes dont le combat pour être mère alimente cette recherche et plus particulièrement à toi, tata Jeanne. Maintenant tu reposes de ta quête.

À maman, merci pour ton amour, tes encouragements, et ton soutien, je n'aurai pas pu rêver meilleure mère.

Et enfin mes enfants, Jude et Samuella, merci pour votre patience, pendant que je terminais de grandir pour enfin devenir votre mère.

Table des matières

Dédicace	ii
Table des matières	iii
Remerciements	viii
Résumé	x
Abstract	xi
Liste des sigles et Abréviations	xii
Liste des Images	xiii
Liste des Tableaux	xiii
Introduction générale	1
Introduction au sujet de l'infertilité en Afrique	1
Pourquoi un intérêt pour le sujet de l'infertilité ?	3
Éléments de contexte	5
La prise en charge de l'infertilité au Cameroun	9
Organisation du texte	11
Chapitre 1 : Infertilité et parcours de vie des femmes en Afrique et au Cameroun	15
I. Qu'est-ce que l'infertilité ?	16
A. Le temps au cœur de la définition du manque d'enfant par la médecine et par la démographie	16
B. L'infertilité comme expérience sociale de la maladie	18
II. Vivre l'infertilité : normes, reproduction et parcours de vie des femmes	21
A. Droits reproductifs et invisibilisation de l'infertilité	22
1. Procréation et études sur les femmes	22
2. La conférence du Caire	24
B. Parentalité, valeur et désir d'enfant : le primat du biologique	27
C. Entre horloge biologique et temporalités sociales	30
1. Une critique des approches eurocentrées du temps	31
2. Le temps social de reproduction	32
D. Normes matrimoniales et normes reproductives	33
1. Familles et formes du mariage	34
2. Transformations sociales et mariage en Afrique	36
3. Mariage, maternité, et infertilité en Afrique	40
III. Féminisation de l'infertilité : représentations et conséquences	42
A. Infertilité : stigmatisation aux multiples facettes	43
1. Stigmatisation et exclusion du groupe des femmes	43
2. Infertilité, divorces et polygamie	45
3. Marginalité dans le vieillissement et dans la mort	47
B. Émotions et infertilité	50
1. Émotions, Peur et soupçons d'infertilité	51
2. Protéger sa fécondité	52
3. Faire la preuve de sa fécondité	54
IV. Corriger ou contourner : pratiques de prise en charge de l'infertilité	55

A.	Pratiques de confiage	56
B.	Infertilité et itinéraires thérapeutiques	57
1.	Médecines religieuses et traditionnelles pour l'infertilité	58
2.	La bio-médicalisation de l'infertilité en Afrique	60
a.	Soins biomédicaux, diagnostics et PMA	61
b.	Inégalités et accès aux soins de PMA	62
Chapitre 2 : Assemblage théorique autour de l'infertilité : genre, sociologie des bifurcations et stigmat		67
I.	Genre, femmes et reproduction en études africaines	68
A.	Maternités et participation citoyennes des femmes	69
1.	La maternité dans les premiers mouvements de femmes au Nord.	69
2.	Mouvements des femmes, rapports de genre et maternité au Cameroun	70
B.	Maternité, genre, et contrôle du corps fécond	72
1.	Maternité, genre et la seconde vague du féminisme au Nord	73
2.	La seconde vague et les luttes des femmes au Cameroun	74
C.	Identités multiples, féminismes de la troisième vague et santé sexuelle et reproductive	76
1.	Maternités, genre et féminismes de la troisième vague	76
2.	Genre et santé sexuelle et reproductive en Afrique	78
II.	Étudier les marginalités et la stigmatisation	81
A.	Identités et stigmat	82
B.	Typologie et réponses au stigmat chez Goffman	83
C.	Mobilisation du concept de stigmat et défis	85
III.	Sociologie des bifurcations et analyse de l'infertilité	87
A.	Approches traditionnelles des bifurcations	87
B.	Projet de la sociologie des bifurcations	89
C.	Le cadre d'analyse des bifurcations	89
	La notion d'imprévisibilité	90
	L'irréversibilité (relative)	91
	Les ressources cognitives	92
	Les échelles d'action	93
D.	Implications conceptuelles de l'utilisation de la sociologie des bifurcations	93
	La théorie des conjonctures vitales	94
	Parcours de vie et notion de carrière	96
	Stratégies de subversion des normes sociales de la maternité	100
Questions et objectifs de la recherche		104
Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche		107
I.	Méthodes de production des données: le récit de vie et les observations	108
A.	Saisir les expériences de l'infertilité à travers les histoires de vie	109
	Définition et justification des parcours de vie et des calendriers de carrières	109
B.	Observations virtuelles	111
II.	Groupes à l'étude et déroulement du terrain	112
A.	Population à l'étude	113
	Critères de recrutement des personnes	113
	Choix des groupes Facebook	114
B.	Constitution des sources de données	115
C.	Taille du groupe à l'étude	118

D.	Profil sociodémographique des participantes et présentation des groupes Facebook	119
	Présentation des groupes Facebook	120
	Données biographiques des participant.es	121
6.	Déroulement du terrain, observations, conditions des entrevues et difficultés	124
A.	Préparation du travail de terrain	124
B.	Recrutement et entretiens <i>via Facebook</i>	126
C.	Recrutement et entretiens <i>en personne</i>	127
D.	Observations sur Facebook	128
7.	Considérations liées à l'éthique	129
A.	Analyse autoréflexive	130
	Biais et fiabilité des données	130
	Enjeux identitaires et positionnalité	131
B.	Éthique, choix du sujet et participation à la recherche	134
8.	Analyse des données	136
A.	Organisation de l'analyse	136
B.	Notes sur les résultats de l'analyse	139
Chapitre 4 : Gestion sociale de la procréation et construction du stigmate d'infertilité		141
I.	Normes de reproduction et bifurcations	142
A.	Normes et dimension temporelle de la reproduction	143
	Âge et moment idéal de reproduction	143
	Temps et maternité tardive	146
B.	Travail et reproduction	148
	Idéal professionnel et soin aux enfants	148
	Emploi et rapports de couple	150
C.	Mariage, statut et maternité	151
	Le mariage comme cadre de la reproduction	152
	La maternité comme but du mariage	154
D.	Idée de normalité et identité de femme	155
	Maternité biologique nombreuse	155
	Enfant en bonne santé et enfant de sexe masculin	156
II.	Expressions du désir d'enfant	159
A.	Désirer un enfant pour la concrétisation et la stabilité d'une union	159
	Stabilité et dette de procréation	159
	Stabilité et relations de couple	160
	L'enfant comme stratégie d'entrée en union	162
B.	L'enfant comme moyen d'accéder à un sentiment de plénitude et d'épanouissement	165
III.	Définitions et dimensions émotionnelles de l'infertilité	168
A.	L'infertilité comme difficulté de concevoir une première grossesse	168
	L'infertilité comme conjoncture vitale	169
	L'infertilité comme crise	170
B.	L'infertilité comme difficulté à retomber enceinte	171
	L'infertilité comme conjoncture vitale	171
	De la conjoncture vitale à la crise	172
C.	L'infertilité comme difficulté d'avoir une descendance nombreuse et/ou variée	173

D. L'infertilité comme difficulté à mener une grossesse à terme	175
Infertilité comme conjoncture vitale	175
De la conjoncture vitale à la crise	176

Chapitre 5 : Étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'infertilité au Cameroun

180

I. Étiologies et options thérapeutiques	181
A. Offre thérapeutique pour l'infertilité au Cameroun	181
La biomédecine	182
Les médecines traditionnelles et naturelles	186
Les médecines religieuses	190
B. Parcours étiologiques de l'infertilité au Cameroun	192
Les maladies du système reproductif	192
Sorcellerie et intervention de forces surnaturelles maléfiques	194
Étiologies inconnues, incomplètes ou insuffisantes	196
II. Itinéraires thérapeutiques de l'infertilité au Cameroun	197
A. Premier type de recours : mobiliser une seule option thérapeutique	198
B. Second type de recours : mobiliser deux médecines	205
C. Troisième type de recours : mobiliser trois médecines	210

Chapitre 6 : Infertilité et carrières sociales des citadines camerounaises

218

I. Infertilité et carrières matrimoniales	219
A. Enjeux financiers et émotionnels de l'infertilité dans le couple	220
B. Bifurcations dans les carrières matrimoniales	226
II. Relations avec la famille et la belle-famille : les femmes, figures de premier plan dans les expériences de l'infertilité	230
A. Infertilité et relations familiales pour les femmes infertiles	231
1. Les familles des participantes comme ressource émotionnelle et financière dans la gestion de l'infertilité	232
2. Stigmatisation et culpabilisation par les familles des participantes	233
3. Infertilité et stigmatisation non intentionnelle par les familles des participantes	235
B. Infertilité et relations avec la belle-famille	236
1. Infertilité et soutien de la belle famille	236
2. Infertilité et stigmatisation de la part de la belle famille	239
III. Infertilité dans les carrières professionnelles et dans l'entourage non familial	243
A. Infertilité et carrière professionnelle	243
1. Disparition des succès de carrière du fait de l'infertilité	244
2. Le travail comme moyen de faire face à l'infertilité	245
3. Intégration de l'infertilité à la carrière professionnelle	248
B. Infertilité, réseaux d'amis et connaissances	249
1. Amis et connaissances comme alliées contre l'infertilité	249
2. Infertilité et stigmatisation par l'entourage non familial	252

Chapitre 7 : (Re) négocier les marges de la reproduction

258

I. Soins aux autres et mise en avant de statuts alternatifs	259
A. Statut alternatif : la place du mariage et du célibat dans la gestion de l'absence d'enfant	259
B. Pratiques de confiage et gestion de l'infertilité	262
1. Le confiage avec cohabitation de courte durée	263

	2.	Le confiage avec cohabitation de longue durée	265
	3.	Le confiage symbolique	267
	4.	Les défis du confiage	268
	II.	Trajectoires d'union et de sexualité en lien avec l'infertilité	271
	A.	Stratégies d'union et contrôle de l'information sur l'infertilité	272
	1.	Dissimulation de l'infertilité	273
	2.	Le dévoilement : une stratégie de choix de partenaire	276
	B.	Parentalité et stratégies de maintien en union	278
tard	III.	Itinéraires moraux et gestion de l'infertilité : socialisation au stigmat	282
	A.	Stratégies d'adaptation à l'infertilité	283
	1.	Développement de savoirs et stratégies	283
	2.	Déplacement de la responsabilité de la situation : du devoir de maternité à la grâce de la maternité.	286
	B.	Renonciations dans la gestion de l'infertilité	289
	1.	Renoncer à la parentalité biologique et embrasser la marge?	289
	2.	(Auto) exclusion et censure : renonciation aux contacts sociaux	291
		Notes finales sur l'analyse des expériences de l'infertilité pour les citadines camerounaises	295
		Bref rappel de la problématique, des concepts structurant la réflexion, et des choix méthodologiques de la thèse	295
		Bref retour sur les résultats de recherche	298
	A.	Construction du stigmat d'infertilité	298
	B.	Carrières étiologiques et thérapeutiques	300
	C.	Infertilité et carrières sociales	301
	D.	L'infertilité sur le long terme	303
		Discussion des concepts, théories, méthodologie	304
	A.	Mobiliser le concept de genre pour étudier l'infertilité des citadines camerounaises	305
	B.	Mobiliser le concept de stigmat pour étudier l'infertilité des citadines camerounaises	306
	C.	Imprévisibilité et conjonctures vitales	308
	D.	Notes sur le recours aux récits de vie et observation comme outils de production des données	309
		Perspectives pour de futures recherches	311
		Bibliographie	314
		Annexes	333
		Annexe A: Guide d'entretien	333
		Annexe B : Invitation à participer	337
		Annexe C : Formulaire de consentement	338
		Annexe C : certificat éthique	340
		Annexe D : Procédure d'adoption au Cameroun	341

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin m'ont accompagnée dans cette aventure.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de thèse, la Dr. Nathalie Mondain, pour son soutien indéfectible et ses conseils avisés tout au long de mon parcours. J'ai grandement bénéficié de la richesse de tes connaissances et de ton expertise. Tu m'as également donné la liberté de poursuivre mes intérêts de recherche tout en me guidant, en me donnant des commentaires perspicaces qui ont affinés mes idées, et des conseils qui m'ont aidée à penser en sociologue. Tu as également soutenu mes ambitions professionnelles et m'as encouragée à explorer des opportunités académiques. Je te suis reconnaissante de m'avoir acceptée comme étudiante et d'avoir continué à croire en moi au cours des sept dernières années.

Je tiens par ailleurs à adresser mes remerciements à toutes les enseignantes qui m'ont accompagnées dans cette aventure. Aux membres de mon comité de thèse, Dr. Meg Stalcup, Dr. Phyllis Rippey, Dr. Andrea Martinez, Dr. Dahlia Namian, je vous remercie pour votre intérêt à mon travail. Merci aussi à tous les enseignants de l'École d'études sociologiques et anthropologiques de l'Université d'Ottawa, ainsi qu'au personnel administratif qui a su m'aider à naviguer à travers les exigences scolaires et administratives du programme de sociologie.

J'aimerais particulièrement remercier mon examinatrice externe, le Dr Anne Calvès, pour le temps consacré à me lire et à commenter ma thèse.

À mes parents, Florentine et Samuel. Maman, merci pour ton amour, tes prières, tes sacrifices et ton soutien permanents. Mes réalisations et mon succès sont le résultat de ta foi en moi. Papa, j'espère que tu aurais été fier de moi. À mes sœurs Judith et Christelle, et mes frères Suarès, Yves et William, merci pour vos encouragements et votre motivation, ainsi que pour vos prières et votre soutien financier, nous avons un quatrième doctorat! À Yves et Patricia particulièrement, merci de m'avoir accueillie chez vous à mon arrivée au Canada et pour vos conseils. À Stéphanie, merci d'avoir pris soin de mes enfants et d'avoir été pour eux une seconde mère pendant mon absence. À mes bébés Jude et Samuella, vous êtes grands maintenant, vous êtes ma source de motivation.

Je remercie également tous les camarades, amis et collègues qui m'ont soutenue durant ces années. Dr Solange Van Kemenade, merci pour tes encouragements constants et ton soutien. Manuella, Magalie, Walner, merci pour toutes les conversations et les fêtes bien arrosées qui ont grandement contribué à maintenir ma santé mentale. Merci à toi Jean Rolsen, pour le soutien émotionnel, la motivation, les interminables conversations et accommodements durant ces années. Noelle, Christina, Marc, Stéphane, Navya, votre amitié et vos encouragements tant sur le plan académique, spirituel, que professionnel m'ont donné confiance lorsque j'en manquais. Je suis reconnaissante du soutien de mes ami.e.s du master MDMPA, et particulièrement à mes sœurs, qui m'ont accompagnée dès le début de cette aventure et qui ont toujours été présentes malgré la distance, Clémentine et Mireille.

Merci du fond du cœur à toutes les personnes qui ne sont pas nommées ici, je ne vous oublie pas!

Grandement merci à tous les participant-e-s qui ont accepté de partager avec moi des histoires personnelles et des émotions fortes, sans vous cette thèse n'aurait pas été possible!

Je ne saurais terminer ces remerciements sans rendre grâce à Dieu, et reconnaître le soutien que ma foi m'a apporté depuis la formulation du projet de voyage pour le Canada à l'aboutissement de cette thèse. Merci Dieu pour ton amour, et pour toutes les personnes que tu as placées sur mon chemin.

Résumé

Les études sur les femmes africaines infertiles suggèrent qu'elles sont, plus que les autres, à risque de vivre un divorce ou la polygamie. De plus, les femmes sont, plus que les hommes, les premières pointées du doigt en cas d'infertilité, et celles qui en subissent le plus les conséquences. De nombreux travaux documentent ainsi divers aspects des expériences de l'infertilité en se concentrant sur les relations de couple, sur les expériences des traitements de l'infertilité. Seulement, les expériences des citadines, notamment celles des camerounaises sont peu explorées, de même que peu de travaux tentent de saisir l'expérience de l'infertilité dans sa globalité. Pour combler cette lacune, j'adopte une approche qualitative, se concentrant principalement sur les récits de vie des femmes infertiles, complétés par quelques conversations avec des hommes. La méthodologie de recherche repose sur des récits de vie et des observations effectuées sur Facebook, et les données produites sont analysées à la lumière d'un assemblage théorique combinant les concepts de genre, de stigmat (Goffman, 1975) mais aussi la théorie des conjonctures vitales (Johnson-Hanks, 2017) et la sociologie de l'imprévisible (Grossetti, 2004).

Les résultats de recherche mettent en lumière les différents aspects socioculturels, économiques, et médicaux, liés à l'infertilité chez les femmes camerounaises. Ils examinent l'influence des normes sociales, du désir d'enfant, des attentes familiales, et des pressions communautaires sur les parcours de vie des citadines camerounaises infertiles. Les récits de vie recueillis révèlent les tensions émotionnelles, les parcours étiologiques et thérapeutiques souvent complexes, et les implications psychologiques de l'infertilité au Cameroun. Par ailleurs, l'analyse des données met en lumière des stratégies d'adaptation et des formes de résilience développées par les femmes pour faire face à l'infertilité, et se construire en marge de la reproduction. En intégrant des observations sur les interactions en ligne via Facebook, cette recherche offre également un aperçu unique des façons dont les femmes utilisent les réseaux sociaux pour obtenir un soutien émotionnel et des informations médicales, tout en naviguant dans la stigmatisation associée à l'infertilité.

Mots clés : Infertilité, Femmes, Enfants, Cameroun, Parcours de vie, Stigmat, Conjonctures vitales

Abstract

Studies on infertile African women suggest that they are more likely than others to experience divorce or polygamy. Also, more than men, women are the first to be singled out for infertility, and the ones who suffer its consequences the most. Many studies document various aspects of the experience of infertility, focusing on couples and experiences of infertility treatments. However, few works attempt to capture the experience of infertility in its entirety, and the experiences of urban women, particularly those from Cameroon, are little explored. To fill this gap, I adopt a qualitative approach, focusing mainly on the life stories of infertile women, supplemented by a few conversations with men. The research methodology is based on life stories and observations made on Facebook, and the data produced are analyzed in the light of a theoretical assemblage combining concepts of gender, stigma (Goffman, 1975) but also the theory of vital conjunctures (Johnson-Hanks, 2017) and the sociology of the unpredictable (Grossetti, 2004).

The research results highlight the various socio-cultural, economic, and medical aspects of infertility among Cameroonian women. They examine the influence of social norms, desire for children, family expectations and community pressures on the life courses of infertile urban Cameroonian women. The life stories collected reveal the emotional tensions, often complex etiological and therapeutic pathways, and psychological implications of infertility in Cameroon. In addition, data analysis highlights the coping strategies and forms of resilience developed by women to deal with infertility, and to build themselves at the margins of reproduction. By incorporating observations of online interactions via Facebook, this research also offers unique insight into the ways in which women use social networks to obtain emotional support and medical information, while navigating the stigma associated with infertility.

Key words: Infertility, Women, Children, Cameroon, Life course, Stigma, Vital conjunctures

Liste des sigles et Abréviations

ASSOFECAM : Association des femmes Camerounaises

CEDAW : Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

CEEDMM : Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques

CENC : Conférence épiscopale nationale du Cameroun

CER : Comité d'Éthique de la Recherche

CHRACERH : Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

EDS : l'Enquête démographique et de santé

EMF : Enquêtes mondiales sur la fécondité

EPC : Enquêtes sur la prévalence de la contraception

MST : Maladie sexuellement transmissible

ODD : Objectifs de développement durable

OMD: Objectifs du millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SSR : santé sexuelle reproductive

UDEFEC : Union démocratique des femmes camerounaises

UFC : Union des Femmes Camerounaises

Liste des Images

Image 1: Cameroun sur la carte de l'Afrique	5
Image 2: Situation de Yaoundé (capitale politique) et Douala (capitale économique), lieux de résidence de la majorité des participantes.	5
Image 3: Recherche du mot clé stérile dans le groupe Love Kmer Sisters	115
Image 4: capture d'écran de mon dossier d'enregistrement Facebook nommé thèse.	116
Image 5: Post de recrutement sur Kamer Sisters	117
Image 6: Post de recrutement sur Ladies First	117
Image 7: Page d'accueil du groupe Ladies First	120
Image 8: Page d'accueil du groupe Love Kmer Sisters	120
Image 9: Page d'accueil du groupe Kamer Sisters	120
Image 10: Page d'accueil du groupe Cour Commune-Femmes de valeur	120
Image 11: Capture d'écran de mon compte sur Nvivo.....	138
Image 12: Capture d'écran d'un post sur la PMA	183
Image 13: Capture d'écran d'un post sur une recommandation d'un soignant traditionnel	187
Image 14: Canari, outil de cuisson des potions traditionnelles	188
Image 15: Appel à témoignage dans le groupe Facebook Love Kmer Sisters ...	252
Image 16: Appel à témoignage dans le groupe Cour Commune-Femme de Valeur	252
Image 17: Annonce pour un témoignage dans Love Kmer Sisters	252

Liste des Tableaux

Tableau 1: État matrimonial des femmes camerounaises de 20 à 24 ans de 1991 à 2018.....	38
Tableau 2: Âge médian à la première union, Camerounaises de 25 à 49 ans	39
Tableau 3: Âge médian à la première naissance, Camerounaises de 25 à 49 ans	40
Tableau 4: Premières naissances avec fécondation in vitro déclarées en Afrique subsaharienne	61
Tableau 5: Présentation des groupes Facebook	120
Tableau 6: Profil sociodémographique des participants(es)	123
Tableau 7: Participantes selon qu'elles ont eu recours à une ou plusieurs options thérapeutiques	182
Tableau 8: Répartition des femmes suivant le nombre d'options retenues dans leurs parcours thérapeutiques	198
Tableau 9: résumé du calendrier thérapeutique de Josée	199
Tableau 10: résumé du calendrier thérapeutique de Kim	202
Tableau 11: résumé du calendrier thérapeutique de Bertille.....	206
Tableau 12: résumé du calendrier thérapeutique de Prisca.....	209
Tableau 13: résumé du calendrier thérapeutique de Carine.....	211
Tableau 14: résumé du calendrier thérapeutique de Queen	214

Introduction générale

Introduction au sujet de l'infertilité en Afrique

Comment est-ce que les individus réagissent face aux situations imprévues? Comment s'arrangent-ils lorsque les options de futur se restreignent, deviennent incertaines, ou inaccessibles?

La reproduction est souvent envisagée comme un processus facile et naturel (Pedro, 2015: 50), que les individus inscrivent dans leurs projets de vie, faisant de cette naturalité un acquis, et de la reproduction une étape normale de la vie d'adulte. Or, la reproduction est un événement complexe et fluctuant, et est l'objet de pratiques, normes, et valeurs sociales, qui font de l'infertilité une situation pathologisée. L'infertilité, bien que menant à des conséquences différentes selon les contextes (Mestre, 2017), correspond à un échec d'un projet de procréation, lui-même inscrit dans un projet de vie individuel et collectif.

La recherche en Afrique lie la reproduction à plusieurs pratiques et processus sociaux. Pour les anthropologues (Evans-Pritchard, 1960/1973; Héritier, 1996), la reproduction est au cœur des systèmes de parenté, d'alliances et de gestion des lignages. Dans les processus de formation des alliances, en général à travers le mariage, les femmes représentent un bien que s'échangent les hommes. Leur principale valeur réside dans leurs capacités reproductives, qui peuvent être échangées contre le paiement d'une dot. L'anthropologie féministe (Tabet, 1985) met ainsi à jour une « valence différentielle des sexes » (Héritier, 1996), qui éclaire sur les rapports de domination qui existent entre les femmes et les hommes, et qui se matérialisent à l'occasion de la formation des alliances. Le mariage et la reproduction sont donc des éléments fondateurs des « identités sociales » (Goffman, 1975: 12)¹ des femmes africaines. L'échec de procréation représente ainsi un enjeu complexe pour ces dernières, car elles évoluent dans des contextes où la maternité est extrêmement valorisée (Okonofua, 2003). Cependant, ce sujet reste peu exploré.

¹ Goffman préfère le terme d'identité sociale à celui de statut social qu'il juge limité à des éléments structurels. Or, les identités des femmes sont liées non seulement à des dynamiques structurelles, mais aussi à des caractéristiques personnelles.

En effet, depuis la conférence du Caire en 1994, les études sur la reproduction en Afrique ont connu un renouvellement de paradigme lorsque les débats ont été redirigés vers des enjeux liés à la santé de la reproduction, avec une attention particulière aux femmes. Mais bien que la santé reproductive inclut un grand nombre de thématiques, certains sujets en rapport avec l'échec ou l'absence de reproduction restent en marge des débats (Van Der Sijpt, 2017). Or, l'Afrique est connue pour son fort taux de natalité, mais c'est aussi la région qui affiche les plus forts taux d'infertilité (Feldman-Savelsberg, 1994; Araoye, 2003). En effet, Bonnet (2018) estime qu'entre 15% et 30% des couples en Afrique font face à des difficultés de procréation, sachant que d'une manière générale, l'infertilité sur le continent africain est sous-estimée en raison de barrières géographiques, religieuses, personnelles (Bonnet et Duchesne, 2019: 181).

Les auteurs relèvent ainsi la rareté des travaux sur l'infertilité en Afrique, et lient cette rareté notamment au malthusianisme comme philosophie dominante dans les études sur la population, surtout dans les pays du Sud. Or, les conséquences de l'infertilité y sont plus dramatiques qu'au Nord.

Les problèmes d'infécondité involontaire sont largement plus fréquents dans les pays du Sud que dans les pays du Nord. [...] Les conséquences de l'infécondité sont par ailleurs bien plus dramatiques dans les pays du sud où l'enfant est un soutien économique important pour les familles. (De La Rochebrochard, 2009: 7)

Par ailleurs, bien que les hommes et les femmes vivent de la stigmatisation, un poids émotionnel lourd, et des exclusions en raison de l'infertilité (Dierickx et al., 2021), l'infertilité des hommes reste un sujet tabou (Rozée et Mazuy, 2012). Plus encore, même en cas d'infertilité du couple due à l'homme, c'est aux femmes que s'adressent le devoir de procréation (Mbow et Diop, 2019), et sur elles que retombe la responsabilité de l'échec de reproduction (Inhorn, 1998; Inhorn, 2003; Rozée et Mazuy, 2012; Bonnet, 2018). De même, dans le processus du mariage, à la manière du don, le paiement du prix de la fiancée crée des attentes, notamment un contre don qui est une dette de procréation qui repose sur la femme, mais rejaillit sur l'honneur de sa famille (Yana, 1998).

Cette thèse aborde donc les enjeux de l'infertilité pour les femmes d'Afrique subsaharienne, avec l'idée selon laquelle une situation d'infertilité ouvre ce que Johnson-Hanks (2002) appelle une période de « conjoncture vitale », c'est-à-dire une période d'incertitudes et d'imprévisibilités quant au futur. La question centrale est celle de savoir

de quelle manière les situations d'infertilité transforment les parcours de vie des Camerounaises.

Pourquoi un intérêt pour le sujet de l'infertilité ?

Thérèse est une amie d'école que je n'ai pas revue depuis à peu près dix ans, et je la recroise dans un centre commercial de Yaoundé alors qu'elle y est avec sa mère. Nous nous saluons chaleureusement, elle me demande comment je vais. Lorsque je lui retourne la question, elle me dit : « pas mariée, pas d'enfant et pas de travail... maintenant, on peut parler d'autre chose ». Thérèse me donnait des nouvelles en insistant sur des éléments qui de son point de vue étaient des caractéristiques qu'elle devrait avoir acquises. Dans ce sens, Calvès et al. (2006 : 144) soulignent que depuis les années 60, la scolarisation et l'urbanisation ont « modifié les modes d'accès au statut d'adulte » dans les villes africaines, et que ce passage est marqué par des « événements significatifs ». Ces événements peuvent inclure la diplomation, l'intégration au marché du travail, la décohabitation, le mariage, la parentalité, etc. (Calvès et al., 2004; Mouté et al., 2020.)

Au fil de la conversation, elle me raconte ses déboires, notamment ses difficultés à tomber enceinte, et la récente nouvelle du mariage de son fiancé à une autre femme, événement qu'elle n'a appris qu'en découvrant des images du mariage sur les réseaux sociaux. Feldman-Savelsberg (2002) et Gerrits (1997) démontrent qu'en cas d'infertilité, le maintien en union est un enjeu pour plusieurs femmes au Cameroun ou au Mozambique par exemple. En effet, les femmes infertiles ont plus de chances que les autres de faire face à un divorce, ou à un célibat prolongé voire définitif.

Goffman (1945) explique que dans l'éventualité d'un stigmaté, la famille du stigmatisé est un cocon à l'intérieur duquel se déploie un semblant de normalité. Mais dans le contexte africain notamment, l'infertilité comme situation stigmatisante remet en question ce cocon familial, car la stigmatisation des situations de reproduction marginales est souvent portée par la famille. En effet, parmi les raisons évoquées par les jeunes citadines camerounaises pour mettre fin à une grossesse non désirée, la majorité mentionne la peur de la réaction de la famille face à une grossesse hors mariage (Calvès, 2009 : 5). Pendant ma conversation avec Thérèse, sa mère nous rejoint, me salue en me demandant comment vont mes enfants.

Elle s'excuse alors d'avoir à l'époque interdit à sa fille tout contact avec moi, craignant que je ne sois une mauvaise influence. Elle me dit qu'elle pense que finalement j'ai eu une bonne idée d'avoir des enfants tôt, et que sa fille aurait dû faire la même chose pour éviter de se retrouver sans enfant et célibataire à 35 ans. Et mon amie, de présenter des excuses pour l'attitude de sa mère en souriant : « mon problème de conception est le fardeau de ma mère, elle n'a que ça à la bouche [...], mais ah, ça va, on va faire comment? »

Je suis sortie de cette rencontre initialement avec un sentiment « d'honneur retrouvé » par la transformation de mon statut stigmatisé en statut célébré (Johnson-Hanks, 2005). Mais les jours suivants ont été teintés d'idées à propos de ce que pouvait vivre mon amie. Ayant son expérience en tête j'ai réalisé le sens de la position du Cameroun dans la ceinture d'infertilité tant le sujet est présent dans les groupes Facebook de Camerounaises auxquels j'appartiens, que ce soit en termes d'expérience de stigmatisation, de récits sur les étiologies (les explications des causes d'une maladie) mystiques et de recherche de soins, d'expérience de victoire comme disent les membres des groupes, récit d'événement menant à l'enfantement et à la réhabilitation de la personne stigmatisée. Notons que l'expérience peut être comprise comme:

an intersubjective medium of micro- cultural and infra political processes in which something is at stake for participants in local worlds. Experience so defined mediates (and transforms) the relationship between context and person, meaning and psychobiology in health and illness and in healing. (Kleinman & Kleinman, 1991:275)²

Cette définition suggère que les expériences de conditions médicales sont plus que les récits, ce sont des lieux de rencontre entre des dynamiques personnelles et sociétales. Ce qui justifie la mobilisation ce terme pour explorer les vécus des Camerounaises infertiles. Finalement, ma rencontre avec Thérèse s'est transformée en une invitation à réfléchir sur les expériences de maternité marginale, et plus spécifiquement sur celles de l'infertilité pour les citadines camerounaises. En effet, on sait peu des expériences d'infertilité chez les femmes des zones urbaines du Cameroun et les effets de l'infertilité sur leurs parcours de vie.

² [Traduction libre] Un moyen intersubjectif de processus micro-culturels et infra-politiques dans lesquels quelque chose est en jeu pour les parties prenantes des mondes locaux. L'expérience ainsi définie sert de médiateur (et transforme) la relation entre le contexte et la personne, le sens et la psychobiologie dans la santé et la maladie et dans la guérison.

C'est donc avec cet objectif que j'ai entamé la réflexion et construit mon projet de recherche. Cependant, la recherche se trouve finalement ancrée dans une expérience personnelle d'une condition stérilisante. En effet, la recherche m'a conduite à développer un savoir médical sommaire sur les conditions stérilisantes, ce qui a facilité ma compréhension des enjeux lorsque j'ai reçu, en commençant le terrain, un diagnostic de désordre hormonal lié à un syndrome des ovaires polykystiques. Bien que mon médecin n'ait jamais invoqué une potentielle infertilité, je suis consciente que cette expérience a fortement teinté ma manière d'appréhender ce travail. Causant des moments de remise en question, comme si le sujet était la cause de ce diagnostic et qu'un changement de sujet l'annulerait. Finalement, j'ai choisi de ne pas mentionner cette information aux participantes, je reviens plus en détail sur ce choix dans la discussion sur l'éthique au chapitre 3.

Éléments de contexte

Cette partie présente quelques aspects du contexte du Cameroun en lien avec l'infertilité. On en retient que plusieurs éléments contribuent à façonner les représentations de la fertilité et de l'infertilité, et à construire l'infertilité comme problème social. Le pluralisme religieux et ethnique dans le Cameroun urbain constitue un vivier pour les étiologies et les traitements que je décris dans les chapitres 1 et 5. De plus, la position géographique du Cameroun sur les côtes africaines en a fait un port marchand, un point de contact, d'échanges, mais aussi de prolifération de MST stérilisantes.

Image 1: Cameroun sur la carte de l'Afrique

Image 2: Situation de Yaoundé (capitale politique) et Douala (capitale économique), lieux de résidence de la majorité des participantes.



Source : encyclopédie universalis (<https://www.universalis.fr/atlas/afrique/cameroun/>)

Le Cameroun peut se représenter comme une véritable mosaïque religieuse, ethnique, mais aussi paysagère, ce qui lui vaut l'appellation d'une « Afrique en miniature ».

Le pays est officiellement bilingue, anglais et français, mais plusieurs Camerounais parlent aussi espagnol et allemand. Par ailleurs, « au Cameroun ... du fait de sa diversité, on pratique plus de 260 langues différentes, et l'on trouve à peu près autant d'origines ou de groupes ethniques. » (Johnson-Hanks, 2003 : 181) Cette auteure explique que « dans l'imaginaire collectif, la population camerounaise comprend trois grandes catégories : les Boulou-Beti-Fang ; les Nordistes, dont font partie les Biu-Mandara ; et les habitants des plateaux de l'Ouest, dont les Bamiléks sont caractéristiques. » (2003 : 187) En tant que fabrique des comportements et des représentations, l'ethnie est une donnée éloquente lorsqu'il s'agit d'étudier les phénomènes démographiques. En effet, la diversité et le mixage ethniques contribuent à façonner les expériences de l'infertilité par la multiplicité de pratiques de reproduction, d'interprétations et de traitements proposés pour les situations d'infertilité.

Par ailleurs, comme observe Diop (2009 : 394) à propos du Sénégal, autant les religions modernes que les religions traditionnelles « recommandent une forte fécondité ». Ce constat est valable pour le Cameroun, où le pluralisme religieux repose sur quatre grandes appartenances confessionnelles: les religions traditionnelles qui s'attachent à la spiritualité africaine, les musulmans, les protestants et les catholiques. « La population camerounaise était ainsi composée, au début des années 1980, d'une bonne moitié de chrétiens, d'environ un quart de musulmans et d'un quart d'adeptes des religions traditionnelles » (Lasseur, 2005 : 93). Plus récemment, l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 2018 au

Cameroun mentionne que le paysage religieux du Cameroun se compose à 38% de catholiques, 26,2 % de protestants, les autres chrétiens représentent 7,4% de la population interrogée (EDS, 2018). Le groupe des chrétiens ensemble représente donc 71,6% des personnes interrogées. Les musulmans représentent 24,5 %, tandis que les animistes (1,7%), ceux qui pratiquent d'autres religions et ceux qui n'en pratiquent aucune représentent 4% des personnes interrogées. Cela dit, ces chiffres sont à mettre en perspective avec les travaux d'anthropologues comme Lado et al. (2013) qui remarquent que les pratiques religieuses des Camerounais s'apparentent plus à un butinage religieux qu'à un cloisonnement strict entre les religions. Tela précise ainsi le rôle de la religion par rapport à la procréation.

La religion joue un rôle important dans la variation des comportements de reproduction en Afrique et au Cameroun. Alors que la religion musulmane autorise la polygamie et tend à restreindre la sexualité et la maternité dans le cadre du mariage, la religion chrétienne tend à être associée à des valeurs plus occidentales et une culture plus ouverte. (Rwengue cité par Foaleng Tela : 2018 : 14)

Par rapport à l'infertilité, la présence de la religion et du pluralisme religieux contribue à bâtir le contexte normatif qui façonne les pratiques de reproduction et à renforcer les normes sociales de reproduction. En effet, bien que l'inscrivant dans des cadres d'unions variées, toutes les religions, modernes ou traditionnelles, sont plutôt en faveur de la reproduction et pathologisent l'infertilité qui est souvent attribuée à une intervention surnaturelle négative. Par ailleurs, on verra dans les chapitres 1 et 5 que le pluralisme religieux nourrit la complexité des itinéraires thérapeutiques.

En ce qui concerne la position géographique, Cooper (2013 : 78) explique que le Cameroun fait partie de la ceinture de l'infertilité (Bella, 1995 ; Larsen, 2005 ; Bonnet et Duchesne, 2016), qui est en fait « une zone à géométrie variable qui s'étend de l'Afrique de l'Ouest sahélienne à l'Afrique Centrale et de l'Est et jusqu'à la Tanzanie » (Cooper, 2013 : 78), qui affiche de fort taux d'infertilité, allant jusqu'à 30% de la population en âge de procréer. Le pays est un ancien port marchand qui en raison de ses ouvertures sur l'océan, et a été un des principaux points de contact avec les colons et les marchands d'exclaves depuis l'arrivée du portugais Fernando Pó en 1472. Conséquemment, c'est une des zones les plus touchées par les maladies sexuellement transmissibles. Les hauts taux d'infertilité sont dus

en grande partie à des maladies stérilisantes telles que la blennorragie, la gonorrhée, les chlamydias qu'on y enregistre (Frank, 1983 ; Bella, 1995 ; Larsen, 2005 ; Bonnet et Duchesne, 2016). Les principales causes d'infertilité en Afrique subsaharienne étant les infections qui surviennent après l'accouchement, après un avortement ou par le biais de maladies sexuellement transmissibles (Larsen, 2000 : 285).

Selon Cooper, les dirigeants coloniaux français de la ceinture d'infertilité avaient déjà des indices sur les hauts taux de stérilité dans cette zone. Remarquant la petite taille des populations, ils ont formulé des explications pointant une supposée immoralité de celles-ci :

Les observateurs coloniaux ont toujours attribué la taille modeste des populations africaines qu'ils étudiaient à l'immoralité, dont le pendant était la plus grande capacité reproductive des femmes européennes, fruit d'un sens moral supérieur. L'étude classique d'Anne Rétel-Laurentin sur l'infertilité en Afrique, publiée en 1974, a mis en lumière l'orgueil stupéfiant des colonisateurs blancs face aux tragédies personnelles des populations africaines sous leur autorité. Les idées reçues parmi les francophones blancs dans l'Afrique coloniale, quand elle débuta son travail au cours des années 1950, voulaient que la taille réduite des familles africaines résultait de la combinaison d'une négligence généralisée, avec l'infanticide et l'avortement. Les hommes et les femmes africains, touchés par les charmes de la vie moderne, ne voulaient pas « vraiment » d'enfants, chose qui expliquait qu'ils en aient si peu. (Cooper, 2013 : 79)

Le point de vue de plusieurs colonisateurs, dirigeants et médecins sur les raisons des petites tailles des familles est pourtant en complet décalage avec les observations d'anthropologues comme Gluckman (1953) qui, dans les mêmes périodes, observait qu'au Cameroun, l'enfantement est extrêmement valorisé. À cet effet, le travail d'Anne Rétel (1974), qui est une critique de l'invisibilisation de l'infertilité et de la souffrance des couples dans les colonies, met en lumière des processus historiques et sociaux qui ont contribué à la prolifération de l'infertilité. Cooper décrit le travail de Rétel en ces termes :

Elle affirmait que l'absence d'enfants était en soi une cause d'instabilité matrimoniale — une infécondité apparente était source d'une quête sans fin pour avoir des enfants. Elle générait de l'instabilité dans les mariages, une plus grande mobilité physique des hommes et des femmes en recherche de partenaires fertiles et de communautés reproductives en bonne santé, et donc la diffusion inévitable de ces mêmes maladies qui entravaient la fécondité. Alors que les individus recherchaient le succès reproductif de façon toujours plus désespérée, ils généraient sans le savoir les conditions aggravant les problèmes de fertilité. Dans un

retournement véritablement cruel, les fausses couches étaient ensuite généralement attribuées à l'adultère de la mère. (Cooper, 2013 : 80)

Je reviens plus en détails sur ces conséquences dans le chapitre 1. Mais on note que les observations de Cooper, qui montrent que les conséquences de l'infertilité sont plus importantes pour les femmes, sont tout à fait valables pour le Cameroun. À propos de ce pays, Bonnet et Duchesne (2019), (citant Belley Priso et coll., 2015), écrivent que 20% à 30 % des couples souffrent d'infertilité. L'infertilité est une expérience sociale enchevêtrée dans une trajectoire historique qui, au Cameroun, revêt des conséquences particulièrement importantes pour les femmes :

Chez les Bété du Sud Cameroun, l'absence de maternité est pour une femme un obstacle à son ascension dans le groupe féminin. De plus, une femme sans enfant est le plus souvent considérée comme le logis des mauvais esprits ou tout simplement comme une sorcière. Les femmes stériles Fulani et d'autres ethnies touchées par l'infécondité au nord Cameroun se considèrent comme des handicapées sociales et se croient inférieures aux autres femmes. Une femme stérile ou inféconde n'aime donc pas se déclarer comme telle. (Foaleng Tela citant Rwengue; 1999 : 226)

Ainsi, cette thèse est une invitation à explorer le vécu de l'infertilité par les citadines camerounaises. C'est-à-dire à analyser les perceptions, les conséquences, les pratiques autour de l'infertilité des femmes dans le Cameroun contemporain.

La prise en charge de l'infertilité au Cameroun

Le Cameroun est ailleurs le premier pays d'Afrique subsaharienne à ouvrir en 1972 une clinique pour l'infertilité (Bonnet, 2018 : 224 ; Feldman-Savelsberg, 2002 : 222). Bien que cette clinique n'existe plus, les services de PMA se sont multipliés à travers le temps. Plusieurs fournisseurs de soins et cliniques spécialisées en infertilité sont établis au Cameroun, les plus célèbres étant à Douala, la clinique Odyssée du docteur Ernestine Gwet-Bell qui a donné « naissance en 1998 au premier bébé éprouvette camerounais Tommy »³, et la clinique de l'Aéroport à Douala dirigée par le docteur Guy Sandjon. Et à

³ <https://www.lefigaro.fr/international/au-cameroun-une-clinique-contre-l-infertilite-et-ses-stigmates-20200106>

Yaoundé, a été inauguré en 2016⁴ le Centre hospitalier de recherche et d'application en chirurgie endoscopique et reproduction humaine (CHRACERH), dirigé par le docteur Jean-Marie Kasia.

Malgré le succès de la PMA au Cameroun, Feldman-Savelsberg (2002) note plusieurs problèmes avec le fonctionnement de ces services au Cameroun. Ils restent financièrement inaccessibles pour la majorité des couples camerounais et sont donc insuffisants pour répondre à leurs besoins. Vingt ans après le début de la PMA, le législateur camerounais en précise les contours dans la *Loi N° 2022/014 du 14 juillet 2022 relative à la procréation médicalement assistée au Cameroun*⁵. Dans le prolongement des inégalités d'accès aux soins, cette loi contribue à stigmatiser les femmes célibataires puisqu'elle restreint l'accès de la PMA au Cameroun aux couples hétérosexuels et mariés. De plus, cette loi ne prend en compte qu'une partie des situations d'infertilité, elle s'adresse aux femmes qui sont en mesure de porter une grossesse, la gestation pour autrui étant punie d'une peine d'emprisonnement. Cette légalisation de la PMA au Cameroun essuie des critiques de la part des leader religieux catholiques. En effet, le 8 août 2022, la Conférence épiscopale nationale du Cameroun (CENC) a émis une note qui condamne la PMA, car elle ne se fait pas dans le cadre d'un processus naturel de procréation entre homme et femmes. De plus, sur les réseaux sociaux notamment, il se développe un marché parallèle de la procréation médicalement assistée. Il est courant de voir des post demandant des services de don d'ovocyte et de mère porteuse⁶, de même que des dénonciations d'abus liés à la PMA.

Le pays est devenu une plaque tournante en termes de PMA, accueillant des patientes venant du monde. Ce succès des cliniques de PMA n'éclipse pas les pratiques de prise en charge traditionnelle de l'infertilité, car les professionnels de la PMA cohabitent avec les naturopathes et les tradithérapeutes, qui offrent des traitements à base de plantes et d'incantations. L'infertilité au Cameroun a par ailleurs créé un terreau fertile à l'émergence de pasteurs et prieurs spécialisés en la matière, dont les services sont rémunérés. Ces

⁴ <https://www.lefigaro.fr/international/au-cameroun-une-clinique-contre-l-infertilite-et-ses-stigmates-20200106>

⁵ <https://www.prc.cm/fr/multimedia/documents/9313-loi-n-2022-014-du-14-07-2022>

⁶ <http://aide-afrique.com/cherche-mere-porteuse-au-cameroun.html>

<https://www.expats.com/forum/viewtopic.php?id=391448>

En exemple liens sont des fils de discussion publics traitant d'offres et demandes de mères porteuses et d'adoption d'enfants à naître au Cameroun.

institutions, légales ou non prennent en charge un problème qui est absent des politiques publiques de santé des femmes, des mères ou des enfants.

Par ailleurs, la multiplication de l'offre de soins de prise en charge de l'infertilité ne représente pas nécessairement un bouleversement dans les comportements face aux enjeux liés aux situations d'infertilité pour les couples et surtout les femmes. Il est courant⁷ pour les hommes camerounais de demander des preuves de fertilité de leur future épouse avant le paiement de la dot, la pression sociale pour avoir des enfants étant très importante. Les couples infertiles se séparent ou optent pour la polygamie. Les difficultés d'accès et l'inefficacité des thérapies dans certains cas, mêlées à un contexte de grande valorisation de la maternité fait florir un marché noir de kidnapping, vols et ventes d'enfants⁸.

Organisation du texte

En s'appuyant sur la sociologie des bifurcations, cette thèse aborde les enjeux de l'infertilité pour les femmes d'Afrique subsaharienne. Elle mobilise une approche qualitative, à travers les récits de vie et des observations virtuelles sur Facebook, pour analyser les périodes de conjoncture vitale occasionnées par l'infertilité. La thèse s'intéresse au contexte d'ouverture de la conjoncture vitale, son articulation au parcours de vie, aux résistances et modes de gestion que déploient les femmes. La thèse se subdivise comme suit :

Le premier chapitre permet d'appréhender l'infertilité comme faisant partie des imprévus de reproduction et les modalités selon lesquelles ce sujet est construit et présenté dans les contextes africains. Dans ce sens, aborder la diversité des définitions associées au concept d'infertilité a été une étape nécessaire non seulement pour circonscrire son utilisation dans cette thèse, mais a aussi permis d'entamer un débat disciplinaire sur la manière dont l'infertilité est construite, et les possibilités qu'offrent ces définitions pour rendre compte de la réalité sociale de l'infertilité. Ensuite, le chapitre propose un cadre général de

⁷ Citoyenneté et immigration Canada, consulté le 10 Juin 2022 <https://www.irb-cisr.gc.ca/fr/renseignements-pays/rdi/Pages/index.aspx?doc=455613&pls=1>

⁸ <http://www.cameroon-info.net/article/cameroun-yaounde-un-scandale-de-vol-de-bebe-ebbranle-lhopital-central-385596.html>

l'infertilité en s'appuyant sur la question des normes de reproduction et sur le mariage comme élément fondamental de l'identité des femmes africaines et comme contexte privilégié de la reproduction. En s'intéressant à différents exemples africains, il est possible de mettre en avant la quasi-similarité des expériences d'infertilité pour les femmes. Ceci nous conduit à nous intéresser aux effets de l'infertilité et aux stratégies employées par les femmes pour y faire face, notamment à travers les parcours thérapeutiques.

Le deuxième chapitre présente les outils théoriques et conceptuels mobilisés pour analyser les expériences de l'infertilité par les femmes camerounaises. L'analyse du concept de genre démontre que malgré les critiques qui lui sont adressées, il reste pertinent pour saisir les situations des femmes infertiles en ce qu'elles s'inscrivent dans des ensembles de rapports sociaux plus larges. Le concept de genre voit ainsi sa portée élargie par l'approche par le récit et la mobilisation de la sociologie de l'imprévisible. En effet, le travail de Grossetti (2004) est pertinent pour penser l'infertilité dans la manière dont elle touche, et s'articule à différents domaines de la vie sociale (affects, ressources, actions, etc.), en créant des bifurcations, des moments critiques aux conséquences potentiellement irréversibles. Cette thèse mobilise en outre la théorie des conjonctures vitales (Johnson-Hanks, 2002) qui, bien que ne s'inscrivant pas explicitement dans le domaine de la sociologie des bifurcations, s'arrime au travail de Grossetti en s'intéressant aux événements de vie qui remettent en question le futur. Par ailleurs, cette théorie a été développée en contexte camerounais pour étudier des situations marginales de reproduction pour les jeunes filles. En revanche, ces théories laissent peu de place à la conceptualisation des conséquences, aux enjeux des irréversibilités dont parle Grossetti (2004). Dans ce sens, le concept de stigmat (Goffman, 1975) a permis de penser les conséquences de l'infertilité, en les replaçant dans le contexte normatif qui en fait un événement conjoncturel. Ensemble, ces éléments forment le cadrage théorique et conceptuel qui oriente cette thèse.

Le troisième chapitre aborde la méthodologie employée pour mener la recherche. Il présente le déroulement des observations et l'approche biographique qui, à travers le récit de vie, sont les méthodes employées pour la production des données. Je présente les femmes qui participent à cette étude et la manière dont elles ont été associées à ce travail. Je traite en outre des difficultés et aléas du terrain, de la manière dont le contexte de la

pandémie a affecté mon travail. Enfin, le chapitre donne des clés de lecture pour comprendre les résultats et aborde des considérations éthiques.

Les quatre chapitres suivants présentent les résultats de recherche en proposant des réponses à chacune des questions de recherche. Ils sont organisés de manière à tenir compte de la temporalité et l'enchaînement des récits des moments clés dans le vécu des situations d'infertilité.

Le quatrième chapitre répond à la première partie du questionnement de la thèse sur la rencontre entre aspirations personnelles et collectives dans la construction du projet de procréation. Il montre qu'il existe, en contexte camerounais, des normes de reproduction qu'il est possible de saisir à travers la façon dont l'expriment les femmes. À travers la socialisation à ces normes se reconstruit une « préhistoire » de la situation d'infertilité, une fenêtre sur le projet de vie vis-à-vis duquel l'infertilité représente une bifurcation. Le désir d'enfant est donc abordé ici en tant que rencontre entre ces normes et les projets procréatifs des femmes, afin de comprendre la construction du stigmatisme d'infertilité comme trouble dans les attentes personnelles et collectives en termes de reproduction. Malgré une apparente homogénéité dans les expressions des normes, l'analyse montre que les situations socio-économiques des femmes façonnent leur choix et l'importance accordée quant à ces normes.

Le cinquième chapitre se situe au moment de l'ouverture de la conjoncture vitale. Le seul moyen de la refermer est d'arriver à obtenir une grossesse et un enfant vivant, faisant de la recherche de solution un élément central du vécu des situations d'infertilité. Ce chapitre s'intéresse donc aussi aux étiologies et aux itinéraires thérapeutiques qui correspondent à une situation d'infertilité. Il met l'accent sur le vécu des traitements contre l'infertilité, et permet ainsi d'apporter des éléments de réponse à la seconde partie du questionnement de la thèse.

Le sixième chapitre se situe dans le prolongement des deux précédents. Il contribue à répondre à la troisième partie du questionnement de la thèse sur les acteurs et les ressources qui façonnent les expériences de l'infertilité. Il analyse la manière dont l'infertilité s'insère dans différentes carrières sociales des femmes, en modifiant différentes échelles des relations familiales (les relations au conjoint, à la famille, à la belle-famille), les carrières professionnelles et les relations aux personnes de l'entourage en général.

Le septième chapitre place l'étude des situations d'infertilité sur le long terme, en s'intéressant notamment aux moyens par lesquels les participantes gèrent la transformation de la période de conjoncture vitale en période de crise. Dans ce chapitre, je propose que les femmes mènent des actions pour mitiger ou contourner les irréversibilités rattachées à une situation d'infertilité. En ce sens, le chapitre répond ainsi à la dernière partie du questionnement de la thèse sur les stratégies employées par les femmes infertiles pour définir et conquérir de nouveaux futurs. En outre, ce chapitre s'appuie sur une vision des femmes qui ne font pas que subir la situation d'infertilité, et ses conséquences. Elles agissent, et composent avec des ressources plus ou moins prévisibles afin de conquérir de nouveaux futurs ou de remettre la trajectoire de vie dans la direction souhaitée.

Le dernier chapitre propose pour conclure, une discussion qui précise les réponses aux questionnements de cette thèse, et propose une réflexion sur la pertinence des choix théoriques pour appréhender les situations d'infertilité au Cameroun et, plus largement, en Afrique subsaharienne. De plus, dans ce chapitre, je présente différentes pistes permettant de prolonger la recherche.

Chapitre 1 : Infertilité et parcours de vie des femmes en Afrique et au Cameroun

Ce chapitre se structure autour de la question de savoir quelles propositions ont été faites, qui permettent d'explorer les effets des situations imprévues de reproduction sur les parcours de vie des femmes. Il explore la manière dont le sujet de l'infertilité chez les femmes africaines a été appréhendé dans les travaux sur la reproduction.

Bien que faisant quelques références aux expériences des femmes au Nord, ce chapitre se concentre sur les écrits concernant les femmes d'Afrique Subsaharienne. En termes d'approches, on verra que les travaux mobilisés correspondent à la classification qu'utilise Amouzou (s.d. : 3) (empruntée à Blum et al. (2013), dans ses travaux sur les grossesses des jeunes filles, mais qui s'applique aisément à la reproduction en général. Cette classification compte les approches socioculturelles, socio-économiques et institutionnelles. Les approches socioculturelles mettent l'accent sur les normes et valeurs qui influencent les comportements de reproduction, et qui sont elles-mêmes complexes et surtout évolutives en fonction des situations. Les normes de reproduction sont donc multiples, et prennent des places différentes en fonction du contexte. Les approches socio-économiques quant à elles lient les comportements de reproduction aux logiques économiques en tenant compte, par exemple, des effets de la pauvreté. Et les approches institutionnelles s'intéressent aux politiques publiques de gestion de la reproduction. Les études sur la reproduction sont souvent des analyses s'intéressant à un ou plusieurs aspects de cette classification.

Le premier point que j'aborde est celui de la définition de l'infertilité. Fournir une définition de l'infertilité permet d'analyser le sens dans lequel ce concept est mobilisé par les auteurs, et d'en préciser le sens dans le cadre de cette étude. De plus, à partir de l'analyse de la relation entre le mariage et la reproduction dans les contextes africains, le chapitre examine l'éventail de normes qui peuvent être rattachées à la reproduction et par ricochet à l'absence de reproduction. Dans un troisième temps, en mobilisant des travaux relatant des expériences de l'infertilité dans différents contextes africains, je présente la manière dont les expériences d'infertilité s'articulent et redéfinissent les parcours de vie des femmes africaines. Enfin, une dernière partie s'intéresse à la prise en charge médicale de l'infertilité. La situation d'infertilité, associée à une pathologie, met en jeu des univers de

représentation de la maladie, des étiologies et des itinéraires thérapeutiques multiples. Plusieurs travaux font état des possibilités et des expériences des traitements disponibles en contextes africains et camerounais.

Ensemble, les thèmes abordés dans ce chapitre me permettent d'explorer la manière dont différents chercheurs et disciplines envisagent les sujets liés au vécu de l'échec de reproduction pour les femmes africaines.

I. Qu'est-ce que l'infertilité ?

La proposition d'une définition constitue le point de départ de plusieurs études sur l'absence d'enfant, quelle que soit la discipline concernée.

Bien que limitée à un objectif de diagnostic et de traitement, la définition médicale de l'infertilité se nourrit des travaux effectués dans d'autres domaines tels que celui de la démographie et de la sociologie. Parmi les recherches qui s'intéressent aux dimensions sociales de l'infertilité, plusieurs viennent de socio-démographes, qui mettent en relation les dimensions biologiques – découlant du lien entre médecine et démographie – avec les changements au sein des populations et les enjeux sociaux de reproduction.

A. Le temps au cœur de la définition du manque d'enfant par la médecine et par la démographie

Les définitions médicales de l'infertilité contribuent à l'établissement du diagnostic à la lumière de facteurs biologiques.

Certains auteurs considèrent qu'on peut poser un diagnostic d'infertilité après six mois de relations sexuelles fréquentes sans résultat, d'autres après un an, d'autres après au moins deux ans. Par exemple, un document du CNGOF⁹ déclare : « on parle de stérilité (...) lorsqu'un couple reste sans enfant après deux ans de rapports complets, de fréquence suffisamment rapprochée et sans contraception d'aucune sorte » p. 4 (CNGOF, 2010-

⁹ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

2011). Par ailleurs, le CEEDMM¹⁰ « considère un couple comme infertile en l'absence de grossesse après un an de rapports sexuels *non protégés*. » p. 3 (CEEDMM, 2010-2011).

Dans d'autres définitions médicales, l'existence du temps comme caractéristique normative de l'infertilité conduit à inscrire cette situation sur les corps des femmes, le temps est alors une horloge biologique, témoin des capacités reproductives des femmes. En effet, certaines conditions, comme une ablation des trompes ou de l'utérus, peuvent justifier de poser un diagnostic de stérilité, c'est-à-dire d'infertilité définitive chez une jeune femme. En l'absence de tels facteurs, on parle plus souvent d'infertilité jusqu'à ce que la femme ait atteint et dépassé un âge pouvant être considéré comme étant celui de la ménopause (CEEDMM, 2010-2011).

Certaines définitions médicales se fondent sur des données démographiques telles que la composition des familles. Ainsi, l'OMS¹¹ retient cette définition pour les différentes catégories d'infertilité : « l'infertilité primaire est définie comme l'incapacité d'un couple à avoir un premier enfant. L'infertilité secondaire désigne la difficulté d'un couple à avoir un autre enfant alors qu'ils en ont déjà conçu un ou ont déjà eu une fausse couche » (Mbow et Diop, 2019 : 2).

Bien qu'il existe un débat sur la durée exacte des essais, on voit que ces définitions font intervenir le temps comme cadre normatif, notamment à travers la durée des essais. Or, l'infertilité est absente des travaux sur les maladies chroniques que l'OMS définit comme ayant « tendance à être de longue durée et sont le résultat d'une combinaison de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux »¹². Ce qui signifie que l'infertilité, comme maladie ou comme condition au même titre que l'obésité par exemple, pourrait entrer dans la nomenclature de la chronicité et ainsi gagner en visibilité. Par ailleurs, les définitions médicales de l'infertilité se centrent aussi sur le couple, faisant de l'échec de reproduction un problème indifférencié entre les hommes et les femmes. Or, comme on le voit plus loin dans ce chapitre, les conséquences de l'infertilité sont différentes pour les hommes et pour les femmes.

¹⁰ Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques

¹¹ Organisation mondiale pour la santé

¹² <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Les définitions de l'infertilité en démographie rejoignent les définitions médicales. Akam (1992) définit le manque d'enfant en ces termes :

L'infécondité primaire s'appliquera aux femmes en âge de procréer qui n'ont pas encore eu de naissance vivante et l'infécondité secondaire à celles qui, ayant eu au moins une naissance vivante, n'en ont plus eu au cours d'un intervalle de temps donné après la dernière naissance. (Akam, 1992)

Par ailleurs, d'autres démographes se positionnent dans une visée plus générale au regard du temps, mais insistent tout de même sur le résultat pour englober les situations de manque d'enfant sous le terme d'infertilité. La situation est définie comme étant l'incapacité pour un couple de procréer, tout en ayant eu, sur une période donnée, des rapports sexuels de manière fréquente, et sans recourir à des techniques de contraception (Larsen et Menken, 1989 ; Araoye, 2003 ; Larsen, 2005).

Les définitions du manque d'enfant par la médecine et la démographie contribuent donc à la compréhension du diagnostic et à l'étude de facteurs biologiques. Bien qu'elles présentent des éléments pouvant servir de base à l'analyse sociologique, elles restent limitées quant à l'appréhension des dynamiques sociales entourant l'infertilité. Cependant, en mentionnant des paramètres comme l'existence de rapports sexuels fréquents, ces définitions suggèrent l'importance de prendre en compte les conditions de vie des femmes et des couples. De plus, bien que le non-usage de la contraception ne signifie pas nécessairement une intention de grossesse, cette précision a le mérite de soulever la question du statut de femmes qui, selon la définition médicale, sont dans une situation d'infertilité, mais sans qu'il y ait la formulation d'un projet parental.

B. L'infertilité comme expérience sociale de la maladie

Kleinman (1997 : 95) explique qu'en anthropologie médicale, une des stratégies les plus efficaces pour saisir le sens social de la maladie est de montrer le lien entre la verbalisation de la maladie par le patient, et la manière dont cette verbalisation reproduit un itinéraire normatif et moral particulier. Dans le même sens, l'anthropologue Didier Fassin (1990) explique qu'indépendamment du contexte géographique, la maladie comme « désordres du corps et de l'esprit », et les traitements, mettent en relation le corps physique et le corps

social. Les thérapies réunissent des soignants, des malades et leurs familles, et mettent en jeu des sens de la maladie qui correspondent au *disease* (définition médicale), au *illness* (symptômes ressentis par le malade), et au *sickness* (sens social de la maladie) (Fassin, 1990 : 58).

Dans le même ordre d'idée, Johnson-Hanks (2017 : 327), dont les travaux s'inscrivent dans la socio démographie, relève la complexité de la reproduction qui se trouve à la jonction de questions personnelles et communautaires, biologiques et culturelles. Les situations de manque d'enfant se trouvent donc à l'intersection de plusieurs réalités et ce, à différentes échelles de temps et d'espace, complexifiant leur définition et leur étude (Johnson-Hanks, 2017). En effet, la reproduction défie la distinction entre le biologique et la culture, l'individuel et la communauté, l'agent et la structure. Ainsi, Greil et al. (2011) mentionnent que rendre compte de l'infertilité est une entreprise complexe puisqu'au-delà de ce qu'en disent les médecins, la définition sociale de l'infertilité repose aussi sur une auto-identification des couples et des personnes comme étant infertiles. Ils constatent que la majeure partie du temps, les personnes ne se définissent pas comme étant infertiles, du moins pas tant qu'elles ne souscrivent pas à un projet parental. Le projet parental étant lui-même défini au sein de valeurs et de relations sociales en constante transformation (Greil et al., 2011 : 737). Ceci signifie qu'une femme peut être infertile du point de vue de la médecine moderne, mais ne pas socialement se définir comme telle et par conséquent, ne pas chercher de traitement (Bunting et Boivin, 2007). De plus, d'autres femmes peuvent s'engager sur le chemin de la recherche de soins en raison d'une infertilité perçue, mais qui ne correspond pas nécessairement à la définition médicale. C'est ce que constate Gerrits (1997) dans son étude sur les femmes Macua du Mozambique qui recherchent des soins d'infertilité bien avant douze mois d'essais infructueux. De même, des femmes qui ne sont pas médicalement infertiles, mais sont sans enfant en raison du décès des nourrissons par exemple, sont considérées comme infertiles (Boerma et Mgalla, 1999 : 183).

Les travaux de type sociologique, anthropologique ou ethnographique mettent ainsi l'accent sur les significations et les expériences sociales de l'infertilité. Le terme infertilité signifie donc une situation de manque d'enfant qui peut être constatée, expliquée et analysée en considérant plusieurs facteurs sociaux et biologiques. Cette approche de l'infertilité permet de faire varier l'analyse entre différentes sphères biologique, sociale, et

médicale, dans la mesure où ces sphères se combinent dans les perceptions et les expériences du manque d'enfant.

Bien que les approches sociologiques de l'infertilité donnent des indices sur les éléments à prendre en compte dans la définition, elles peinent à fournir un énoncé clair de ce qu'est l'infertilité, ou une description des situations qui y correspondent. Toutefois, certains auteurs donnent des pistes concernant les situations qui correspondent à l'infertilité. Gerrits (1997 : 46) montre que malgré l'exclusion subie par toutes les femmes infertiles Macua du Mozambique, les expériences sociales de l'infertilité sont différentes en fonction des situations propres aux femmes et aux rites qui rythment la grossesse. Ainsi, les femmes qui n'ont jamais été enceintes vivent plus d'exclusion, car elles n'ont eu aucun rite. Celles qui ont été enceintes au moins quatre mois et qui ont vécu les rites correspondants, mais qui ont eu des fausses couches ne sont pas exclues du rite qu'elles ont déjà passé. Et celles qui ont donné naissance à un enfant qui est décédé après sa naissance vivent encore moins d'exclusion. De même, Elwell (2022 : 114) suggère que la stigmatisation est plus importante pour les femmes qui ont du mal à tomber enceinte. Ainsi, à travers ces travaux qui s'intéressent prioritairement à l'analyse des conséquences de l'infertilité, on voit se dessiner plusieurs situations, celles de femmes qui n'ont jamais été enceintes, celles qui ont vécu des fausses couches, et celles qui ont perdu des enfants et restent sans enfant. Il est alors possible d'anticiper l'existence d'une plus grande variété de situations qui correspondent à l'infertilité.

Dans le cadre de ce travail, l'infertilité sera donc considérée comme une situation de manque d'enfant dans un contexte où la reproduction constitue une attente. Plus précisément, je définis l'infertilité comme étant un projet parental non réalisé.

La section suivante présente des éléments permettant de comprendre les expériences de l'infertilité comme articulation du biologique et du social.

II. Vivre l'infertilité : normes, reproduction et parcours de vie des femmes

Pour Goffman (1975 : 12), le stigmaté naît d'une inadéquation entre ce qui est, la situation réelle de l'individu, et ce qui devrait être selon la perception des autres personnes de ce que prescrit la norme sociale. Le stigmaté d'infertilité se construit donc à travers les représentations relatives à la reproduction et les normes qui l'encadrent autant à des échelles locales que globales. Sero (2022) citant Sene (2004 : 49) explique qu'une norme est une règle, une caractéristique, un critère, qui organise les interactions entre individus. Les normes peuvent se présenter dans une combinaison avec d'autres normes. Bajos et al. (2013) mettent ainsi en relation la norme matrimoniale et la sexualité pour parler de l'interdit de relations sexuelles hors mariage. Ou encore, la norme matrimoniale est liée à la norme procréative et exprime des attentes formulées envers les femmes mariées en termes de maternité. Cependant, ces normes sont évolutives et non figées dans le temps et l'espace :

Les normes officielles ou officieuses sont fortement instables, non cristallisées, non stabilisées, malléables. Il en résulte une importante marge de négociation, et ceci à tous les niveaux, à l'échelle domestique comme à l'échelle villageoise ou à l'échelle des rapports avec l'administration. (Chauveau et al., 2001 : 150)

Les normes s'appliquent à diverses circonstances de la vie. Elles mènent à une récompense lorsque les personnes sont en conformité par le mariage ou l'enfantement par exemple, et à une réprimande en cas de célibat prolongé voire permanent, ou d'infertilité (Sero, 2022), qu'il s'agisse d'un choix délibéré ou non.

Les enjeux de reproduction s'inscrivent dans une normativité qui prend appui non seulement dans les cultures locales et les contextes spécifiques dans lesquels vivent les femmes, mais aussi dans les cadres structurant les politiques nationales tels que la conférence du Caire de 1994, les OMD ¹³(2000-2015) et les ODD ¹⁴(horizon 2030). Par conséquent il devient parfois difficile de distinguer ce qui relève de la "culture" et des normes sociales présentées souvent comme "traditionnelles" et de l'influence de ces cadres internationaux prescriptifs. Le but de ces dispositions est de fournir des balises, des idéaux qui définissent les conditions dans lesquelles la reproduction devrait survenir.

¹³ Objectifs du millénaire pour le développement

¹⁴ Objectifs de développement durable

A. Droits reproductifs et invisibilisation de l'infertilité

Depuis le programme d'action de la Conférence du Caire en 1994¹⁵ suivi par la Conférence mondiale sur les femmes à Beijing en 1995, la santé et les droits reproductifs se trouvent étroitement liés aux rapports de genre, aux droits de la personne indissociables des droits en matière de santé de reproduction, et des droits des femmes (Pelchat, 1995 : 159-160; Marques-Pereira et Raes, 2002). Mais il faut noter que les études sur les droits des femmes n'ont pas une vision homogène de l'agenda à suivre en ce qui concerne le contenu des droits sexuels et reproductifs pour les femmes au Sud et au Nord.

1. Procréation et études sur les femmes

Les études féministes sont un lieu de débat et d'idées contradictoires sur le statut à donner à la maternité (Descarries-Bélanger et Corbeil, 1987 ; Corradi, 2021). La question de l'infertilité se pose avec une double ambiguïté pour les féministes : comment rendre compte des expériences des femmes infertiles d'une part, sans naturaliser la maternité dans les parcours de vie des femmes d'autre part? Les chercheuses Descarries et Corbeil résument les différents sujets qui se rapportent au débat sur la maternité dans le féminisme occidental en ces termes :

Du refus de la mystique féminine... à la célébration de l'éthique maternelle ; de la dénonciation de la maternité — appropriation à la réification de la maternité — pouvoir ; du questionnement sur le projet d'enfant... à la désillusion des superfemmes ; du rejet de la mère-nature... à celui de la mère-technologique ; de la volonté de liberté... à l'ambition de construire des liens sociaux durables ; de l'identité maternelle... à l'identité citoyenne, les différentes tendances du discours féministe s'expriment, se construisent, s'affrontent même entre deux pôles de définition et de représentation qui oscillent entre l'aliénation de la maternité et la jouissance maternelle. (Descarries et al., 2002 : 9)

Cette multiplicité, parfois antagonisme, qui caractérise les débats sur la maternité dans le féminisme occidental se maintient au fil des différentes vagues.

¹⁵ <https://www.unfpa.org/fr/conference-internationale-sur-la-population-et-le-developpement>

Le féminisme des suffragettes magnifie la maternité, en la prenant pour appui dans les revendications pour les droits civiques. Permettre aux femmes de faire des enfants c'est leur permettre de participer à leur devoir envers la nation. Par la suite, se développe un féminisme matérialiste qui, avec Simone De Beauvoir entre autres, remet en question le lien entre « femme » et féminin (Cardi, et al., 2016). Ce féminisme se donne pour objectif de libérer les femmes du travail de reproduction (travail de care et production des enfants). Pour ce faire, l'emploi salarié comme conséquence de l'éducation, a été encouragé comme solution. Ceci bien qu'en Afrique et au Cameroun notamment, les transformations dans les comportements matrimoniaux et reproducteurs ne s'expliquent pas exclusivement par l'augmentation de la scolarisation des jeunes filles (Johnson-Hanks, 2006).

Cette première vague du féminisme est suivie d'une seconde vague qui insiste non seulement sur la santé de reproduction, mais aussi sur l'obtention d'un plus grand pouvoir économique pour les femmes. L'égalité salariale et le contrôle de la reproduction par les femmes, jusque-là envisagée comme outil de domination masculine, apparaissent pour elles comme étant des outils d'émancipation. Il s'agissait donc de remettre en question le destin des femmes lié au travail de reproduction, un questionnement de l'essentialisation de la maternité dans la trajectoire des vies de femmes (Fortino, 1997; Knibiehler, 2007). Ces deux vagues du féminisme mettent donc en avant des idées contradictoires sur la maternité qui est soit théorisée comme un outil de participation à la société, soit un outil de domination. Et comme le constate Descarries, cette tension se maintient même après que les femmes aient commencé à investir le marché du travail.

L'indéfectible attachement des femmes à la maternité comme au désir d'enfant, en dépit du contexte de tensions générées par leur participation massive au marché du travail, a cependant poussé la plupart des féministes à revisiter, au cours des dernières années, leur questionnement sur la maternité en des termes moins absolus et oppositionnels, mais aussi moins ethnocentriques et univoques. (Descarries : 2002 :9)

Cette tension conduit donc les féministes à penser la maternité dans une troisième voie qui est en mesure de « théoriser l'expérience maternelle dans une certaine harmonie avec le vécu individuel et collectif des femmes » (Descarries : 2002 :20). Cette troisième voie s'inscrit dans le féminisme de la troisième vague qui s'attache à reconnaître la pluralité des

expériences des femmes. En ce qui concerne la maternité, cette reconnaissance de l'hétérogénéité des expériences ouvre de nouvelles pistes de réflexion quant au vécu des femmes racisées. Ainsi, le féminisme décolonial se détache de l'eurocentrisme dans l'étude du rapport entre les femmes et la reproduction et s'intéresse à la manière dont se croisent racisme, sexisme et colonisation, et posent la question de savoir qui a le droit de se reproduire et sous quelles conditions ? Les travaux qui s'inscrivent dans ce courant permettent d'apporter des éléments de compréhension de l'invisibilisation de l'infertilité des femmes racisées.

Des féministes africaines, telle Fatou Diop, observent que les études féministes sur la reproduction des femmes africaines ont « surtout théorisé la maternité en termes d'enfermement des femmes, mais ont peu insisté sur la multiplicité des expériences concernant ce domaine » (Diop, 2009). Dans la même veine, Vergès remarque que les mouvements féministes des années 70 en France sont aveugles aux expériences des femmes non-blanches. Le contrôle des femmes sur leur propre corps à travers le planning familial et le droit à l'avortement constituent la base même du débat. Or, à cette époque déjà, Vergès (2017) relève une disparité entre les politiques appliquées dans les territoires français d'outre-mer, constitués essentiellement de personnes non-blanches, et la France. En même temps que l'avortement des femmes blanches est criminalisé, stérilisations et avortements forcés sont pratiqués sur les femmes racisées des territoires français (Vergès, 2017). Une figure de la bonne mère émerge ici, elle est non seulement blanche, mais aussi de la classe moyenne ou élevée. Les normes de maternité produites à partir de l'expérience des femmes blanches s'opposent à la « non-maternité » ou à la « maternité monstrueuse », elle-même définie par la « maternité noire » (Cardi, et al., 2016) citant Dorlin (2009).

Ainsi, les discours et représentations sur la maternité, sont localement et globalement porteurs des enjeux de genre, de race et de colonialité. Ils mettent en lumière des rapports de pouvoir et des inégalités entre les femmes.

2. La conférence du Caire

Selon Mondain (2013), les théories malthusiennes, très présentes en démographie à travers la question de la surpopulation, ont connu des changements et des critiques, proposées dès les années 1960 par des chercheurs tels que Boserup (1965) et Halbwachs (1970). Ces

derniers proposent de considérer la population comme un fait social à expliquer par d'autres faits sociaux plutôt que de les restreindre à une compréhension purement statistique (Mondain, 2013: 107). La conférence sur la population et le développement de 1994 encore appelée conférence du Caire intervient ainsi dans un contexte de redéfinition des politiques de gestion de la population, notamment en associant la question des droits reproductifs à des considérations sur la SSR (santé sexuelle reproductive) et les inégalités. Elle constitue un moment phare pour les débats sur les droits reproductifs (Pelchat, 1995 ; Kalieu Elongo, 2007; Gautier et Grenier-Torres, 2014).

Sous l'impulsion de féministes du Sud qui critiquaient les campagnes de stérilisation forcée, la conférence du Caire, en critiquant les approches malthusiennes dominantes, a pour objectif de se concentrer sur le bien-être des populations plutôt que sur le ralentissement de la croissance démographique. Citant les Nations unies (1994 : 11), Pelchat décrit l'agenda international en matière de droits reproductifs en ces termes :

La dernière stratégie internationale en matière de population comporte cinq grands objectifs : « la croissance économique soutenue dans le cadre du développement durable ; l'éducation, en particulier celle des filles ; l'équité et l'égalité entre les sexes ; la réduction de la mortalité infantile juvénile et maternelle ; et l'accès universel aux services de santé de la reproduction, y compris la planification familiale et la santé en matière de reproduction ». (Pelchat, 1995 : 157)

Ce cadre met l'accent sur les droits des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive. Il aborde la reproduction non seulement à travers les questions de contraception, mais aussi de santé mère-enfant, de genre, d'éducation et de développement. Il fait des droits reproductifs une norme internationale (Gautier et Grenier-Torres, 2014), qui n'est pas nécessairement en adéquation avec les normes socio-culturelles.

Récemment, de 2000 à 2015, les OMD ont été le cadre soutenant les actions de développements et les politiques nationales et locales de gestion de la population en Afrique. Le troisième objectif du cadre promeut l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes en s'appuyant sur l'accès aux études et au marché du travail. Le cinquième objectif vise l'amélioration de la santé maternelle en s'appuyant sur l'accès aux soins de santé, réduisant la mortalité maternelle et infantile et promouvant l'usage de la contraception. Arrivé à son terme en 2015, ce cadre a été remplacé par ODD. Le troisième objectif des ODD est de permettre à tous de vivre en bonne santé, et promouvoir le bien-

être de tous à tout âge. Il précise en son sous point sept : « d’ici à 2030, assurer l’accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d’information et d’éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux ». De même, le cinquième point des ODD sur l’égalité de genre précise en la sous-section 6, son but d’assurer l’accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation. Ainsi, ces cadres affirment une volonté de réduire la vulnérabilité des femmes par la mise en place de mécanismes promouvant leur accès à une gamme variée de services.

Malgré le fait que les Nations Unies dressent un bilan positif de la mise en œuvre de ces cadres, plusieurs critiques leur ont été adressées. En effet, ils perpétuent la tendance malthusienne par la mise en œuvre de programmes certes favorisant une meilleure santé des mères et des enfants, mais surtout favorisant une limitation des grossesses et des naissances. Et puisque ces cadres structurent les politiques nationales en matière de santé sexuelle et reproductive, on verra plus tard que cette tendance malthusienne se traduit en une absence ou une insuffisance de structures de soins pour l’infertilité. Ceci bien que le stigmate d’infertilité compromette la femme concernée dans son agentivité et ses capacités à obtenir plus de pouvoir.

Or, les politiques de gestion de la population dans les régions colonisées n’ont pas toujours été antinatalistes. En effet, avec l’expansion du capitalisme, l’esclavagisme et la colonisation, les besoins en main-d’œuvre augmentent. Les femmes noires sont alors encouragées à produire plus d’enfants pour alimenter le marché mondial en force de travail (Thomas, 2003 ; Vergès, 2017). C’est plus tard qu’on observe un glissement dans la manière dont les corps et les sexualités des femmes noires sont représentés, et un besoin de contrôle de leur reproduction à travers les politiques de planification familiale dans les pays du Sud autour des années 1950 (Mondain, 2003 : 103). Ceci se manifeste notamment, comme explique Feldman-Savelsberg (2019 : 223), par le fait que les femmes camerounaises, par exemple ne sont pas effrayées par l’augmentation de la population, mais plutôt par l’infertilité. Je reviens plus tard sur cette peur de l’infertilité, mais le travail de Feldman-Savelsberg montre une inadéquation entre les priorités des cadres qui

structurent la gestion de la santé sexuelle et reproductive, et les attentes des populations visées par lesdits cadres.

Bien que l'infertilité soit une préoccupation absente des grands cadres structurant les politiques publiques de santé de reproduction en Afrique qui mettent cependant l'accent sur la lutte contre les IST/MST stérilisantes, elle s'inscrit au cœur des normes sociales qui façonnent les parcours de vie des femmes, ainsi que leurs identités sociales au sens de Goffman (1975: 12). Les expériences d'infertilité sont donc complexes, car inscrites dans des dimensions émotionnelles, psychologiques, et sociales.

B. Parentalité, valeur et désir d'enfant : le primat du biologique

La valeur des enfants (*value of children*), notamment pour les parents, correspond aux fonctions qu'ils accomplissent et aux besoins qu'ils comblent. Dans ce sens, Hoffmann et Hoffmann (1973) de même que Friedman et al. (1994), dans leurs travaux sur le contexte nord-américain, développent une théorie de la valeur de l'enfant en envisageant l'utilité de l'enfant comme étant une combinaison de facteurs utilitaristes (assistance matérielle, aide domestique), et de facteurs émotionnels (estime de soi, estime sociale). Cette valeur de l'enfant est souvent présentée comme la justification du désir d'enfant, c'est-à-dire la raison pour laquelle les personnes veulent des enfants du fait des avantages à avoir des enfants (Hoffman, 1975). La question du désir d'enfant permet de faire le lien entre les normes de reproduction et la place accordée aux enfants, leurs utilités sociales et donc les enjeux de leur absence en fonction des contextes.

Ainsi, dans plusieurs sociétés occidentales, Inhorn et Van Balen (2002) observent que le désir d'enfant est analysé en termes de choix et d'émotions. Par exemple à partir de la théorie de la valeur de l'enfant, Balbo et al. (2013) relèvent qu'en Europe, les femmes et les couples ayant des enfants se déclarent généralement plus heureux que ceux qui n'en ont pas. Dans les contextes non occidentaux, Inhorn et Van Balen (2002) identifient trois dimensions liées au désir d'enfant.

(1) Social security desire, or the conviction that children are necessary in a number of ways to secure parents' and families' survival, often through their labour contributions and later their support of aging parents (in the absence of pensions, health insurance, nursing homes, and other forms of support for the elderly); (2) social power desires, or the belief that children serve as a valuable power resource, particularly for women confronted with patriarchal social relations within marriage and the family; and (3) social perpetuity desires, or the perceived need to continue group structures, particularly kin-based extended family systems, as well as ancestral "memories" into the future. Increasingly as well, having children may be seen as an important political investment or statement, as various ethnic, nationalist, and religious-fundamentalist movements use children to promote their causes and engage in demographic wars of relative survival vis-à-vis other groups in the political landscape. (Inhorn et Van Balen, 2002 : 8-9)¹⁶

En Afrique, la recherche relève que l'enfant remplit à la fois des objectifs personnels et des objectifs de groupe. Il a une valeur économique par son travail, une valeur symbolique par le pouvoir qu'il apporte aux mères et aux familles, une valeur politique de continuité et de survie de son lignage.

Inhorn et Van Balen (2002) mettent ainsi en évidence les perspectives dans différents travaux qui considèrent l'enfantement en contexte occidental comme un choix personnel et émotionnel, et en contexte non occidental comme un choix culturel. Or, pour Inhorn et Van Balen (2002 : 9), le point de vue selon lequel les enfants en contexte non occidental ne seraient pas désirés dans des buts émotionnels et aimés en conséquence est euro centrique. En effet, de plus en plus de recherches montrent que les enfants sont autant aimés et mis en valeur quels que soient les contextes, et que la dimension personnelle et émotionnelle du désir d'enfant dans plusieurs sociétés africaines n'est pas nécessairement en contradiction avec les normes socioculturelles entourant la fécondité.

¹⁶ [traduction libre] (1) Le désir de sécurité sociale, ou la conviction que les enfants sont nécessaires à plusieurs égards pour assurer la survie des parents et des familles, souvent par leur contribution au travail et plus tard par leur soutien aux parents vieillissants (en l'absence de pensions, d'assurance maladie, de maisons de repos et d'autres formes de soutien aux personnes âgées) ; (2) les désirs de pouvoir social, ou la croyance que les enfants constituent une ressource de pouvoir précieuse, en particulier pour les femmes confrontées aux relations sociales patriarcales au sein du mariage et de la famille ; et (3) les désirs de perpétuité sociale, ou le besoin perçu de maintenir les structures de groupe, en particulier les systèmes familiaux étendus basés sur la parenté, ainsi que les "souvenirs" ancestraux dans le futur. De plus en plus, le fait d'avoir des enfants peut être considéré comme un investissement ou une déclaration politique importante, car divers mouvements ethniques, nationalistes et religieux fondamentalistes utilisent les enfants pour promouvoir leurs causes et s'engager dans des guerres démographiques de survie relative vis-à-vis d'autres groupes dans le paysage politique. (Inhorn et Van Balen, 2002 : 8-9)

La dimension socioculturelle de la reproduction en Afrique s'appuie notamment sur l'importance de l'enfant comme « sécurité vieillesse » dans un contexte où il n'y a pas ou peu de retraite et de prise en charge institutionnel des personnes âgées, la transmission du sang à travers la grossesse comme norme, sur l'enfant biologique comme continuité du sang, du lignage, et preuve de la virilité de son père. Ainsi, les normes qui se rattachent à la reproduction couvrent différents aspects tels que les questions de genre, la temporalité de la reproduction, le faire famille, etc. En effet, l'enfant et le vécu de la grossesse sont la marque de l'accession de la femme au statut de mère (Erny, 1990 ; Yana, 1993, 1998 ; Pradelles de Latour, 2000 ; Pourchez, 2002 ; Diop, 2009 . L'enfant est le pilier, le centre, le sens de la vie et tout converge vers lui. L'enfant est un don, une bénédiction divine et son identité est plurielle. Il ne naît pas du hasard, mais est une réincarnation d'un ancêtre ou d'un aïeul défunt. C'est pourquoi il est perçu comme un être sacré de l'ordre divin. Il symbolise non seulement la continuité de la vie, la perpétuation de l'espèce humaine, mais aussi la continuité du clan ou de la lignée. Il assure également le lien entre le monde des invisibles, assimilé au monde des ancêtres et des divinités, et celui des vivants, monde matériel (Journet, 1981, Erny, 1990).

Ainsi, les périodes de la grossesse et de l'accouchement reçoivent une considération marquée faite d'attentions particulières et de rites. S'il est généralement reconnu qu'une femme enceinte à des envies particulières, leur origine et leur signification peuvent être comprises différemment. Dans le contexte réunionnais, elles sont la preuve de la fragilité de l'état dans lequel se trouve la future maman et l'occasion pour toute la famille de lui procurer une assistance (Ficarra et al., 2006). Le rôle de l'enfant est aussi mis en avant, les envies pouvant être imputées au fœtus qui dicterait à sa mère des comportements alimentaires (Pourchez, 2002). C'est ce lien physique qui est valorisé, car la mère, au contraire du père, a porté l'enfant tout au long de la grossesse, a passé avec lui l'épreuve de l'accouchement et l'a nourri avec son propre corps par l'allaitement¹⁷.

Les dimensions sociales de la procréation sont donc enchevêtrées dans les dimensions personnelles et identitaires, l'enfant étant un moyen à travers lequel se construisent à la fois les identités personnelles et sociales. Dans ce sens, l'infertilité représente à la fois

¹⁷ Pour une critique juridique de cette filiation biologique, voir Marcela Iacub (2004), *L'empire du ventre*.

l'impossibilité à se conformer aux normes de reproduction et un défi identitaire. C'est ce qui explique que dans un contexte comme celui du Cameroun, Bonnet (2018 : 228) observe les couples qui n'arrivent pas à procréer le vivant comme une tragédie, malgré l'introduction des technologies de procréation médicalement assistée dans les villes du pays. On peut donc s'interroger sur l'évolution de ce primat du biologique dans des sociétés africaines depuis l'implantation des cliniques de procréation médicalement assistée. Comment le désir d'enfant se déploie-t-il dans les contextes urbains non occidentaux, mais tout de même fortement occidentalisés ? Est-ce que les catégories du désir d'enfant identifiées par Inhorn et Van Balen (2002) restent stables tout au long du parcours de vie, ou sont-elles sensibles aux contextes particuliers aux femmes et aux couples ?

C. Entre horloge biologique et temporalités sociales

De Montigny-Gauthier et De Montigny (2014 : 2) expliquent que le temps est un élément fondamental dans la régulation des rapports sociaux. Elles identifient plusieurs types de temporalité « biologiques, subjectives, biographiques, sociales, historiques, etc. ». Ensemble, ces temporalités façonnent les parcours de vie.

Dans la définition de l'infertilité, on a vu que plusieurs travaux en sciences sociales s'appuient sur des définitions médicales de l'infertilité, qui reposent sur une approche normative du temps qui s'attache plus au biologique [temps biologique qui correspond à une temporalité relativement factuelle] qu'au social [temporalité construite à partir d'attentes, de normes et de valeurs socioculturelles].

Le temps de la reproduction est donc souvent appréhendé à travers l'âge, élément central de l'analyse démographique, elle-même servant de support privilégié aux politiques de santé publique. Or, se restreindre à l'âge pour circonscrire la temporalité de la reproduction peine à rendre compte de la multiplicité de rapports au temps en fonction des contextes. En effet, la relation entre horloge biologique et temps social témoigne d'une résurgence constante du biologique dans le social, et du social dans le biologique. Ce qui se traduit souvent dans les catégories et les concepts construits pour expliquer le social.

La codification des temporalités (calendriers et biographies) et des corporités (les discours tenus sur les corps, leurs désirs, leurs potentialités) semblent désormais

constituer deux leviers essentiels de définition et de normalisation des rapports d'âge, de génération et de genre. (Legrand et Voléry 2013 : 9)

Cet entrelacement des réalités biologique et sociale est présenté dans la littérature selon une approche culturelle du temps (Bledsoe, 2002) qui traduit des rapports au temps en fonction des contextes sociaux, et selon des approches normatives qui mettent le temps en relation avec des événements et rapports sociaux comme le mariage (Clark et *al.*, 2018).

1. *Une critique des approches eurocentrées du temps*

Les approches culturelles du temps critiquent souvent la prédominance des conceptions eurocentrées du temps, et qui reposent sur une vision linéaire du temps, tout en mettant en avant des temporalités alternatives.

Bledsoe (2002 : 216) parle de « time-neutral reproduction » et de « time neutral aging » pour expliquer que concernant la reproduction, la vision linéaire du temps représentée par l'horloge biologique n'est pas pertinente dans toutes les sociétés. Le vieillissement en Gambie par exemple s'observe à travers la perte de muscle qu'une femme peut expérimenter en raison des multiples grossesses. Ce qui signifie que tant que la femme possède une quantité suffisante de muscle, il lui est possible de connaître une grossesse. Ainsi, le vieillissement des femmes en Gambie ne pourrait être appréhendé du point de vue du temps qui passe, mais à partir de la quantité d'événements subis par le corps. Ces événements peuvent découler de la vie quotidienne, comme le fait d'effectuer des tâches physiques difficiles, ou le fait de porter des grossesses (Bledsoe, 2002). Le travail de Bledsoe montre que pour étudier l'infertilité, l'âge biologique est certes important, mais l'utilisation de cette caractéristique dans les modalités d'échantillonnage se base souvent sur une conception réductrice du temps de reproduction. Larsen va dans le même sens et explique que c'est la centralité de l'approche linéaire du temps qui conduit à invisibiliser certaines expériences sociales de l'infertilité en mettant l'accent sur une infertilité spécifique à l'âge (Larsen et Menken, 1991).

Dans le cas des grossesses précoces, la tension entre temporalité eurocentrée et temporalités alternatives est plus explicite. En effet, les normes sociales autour de la maternité que j'explicite plus bas ne mentionnent pas des attentes différenciées pour les

femmes mariées en fonction de leur âge. La maternité est espérée dès lors qu'une union est contractée. Cependant, la SSR (santé sexuelle et reproductive) classe la maternité des filles de moins de quinze ans comme étant une maternité précoce en raison des risques pour la santé. Or, dans plusieurs sociétés africaines et surtout en contexte rural et moins éduqué, les jeunes filles se marient avant cet âge et font face à des attentes de reproduction. Il y a donc une dissonance concernant le « bon âge » pour enfanter, qui d'un point de vue de SSR est une donnée biologique, alors que d'un point de vue social, dans certains contextes, il se situe dans le cadre d'une union légitime aux yeux de la société, peu importe l'âge biologique de l'épouse.

2. Le temps social de reproduction

Le temps social de reproduction ne se limite pas au temps biologique, mais inclut un rapport plus global aux capacités reproductrices du corps en lien avec les normes sociales encadrant la reproduction, notamment aux normes de genre (Bledsoe, 1999).

Dans ce sens, Levilain fait remarquer que « la mesure de l'âge n'est pas univoque : elle se combine très souvent avec la question du genre, car l'inégalité des calendriers fait que, en regard de la conception, les femmes sont « vieilles » plus tôt que les hommes » (Levilain, 2013 : 49). Ainsi, pour les femmes, le vieillissement par rapport à la conception correspond à une impossibilité de la reproduction, tandis que pour les hommes, le vieillissement s'apprécie au regard du temps nécessaire pour l'éducation et la transmission aux enfants. La maternité se définit donc au regard de la conception, tandis que la paternité se définit au regard de la transmission. Ce qui fait de l'âge de la reproduction des femmes un enjeu essentiellement biologique et limité dans le temps, et de celui des hommes un enjeu essentiellement culturel et social.

Les enquêtes EDS abordent l'âge dans les questions liées à la sexualité et à la reproduction avec différentes variables telles que l'âge à la première grossesse, au premier rapport sexuel, au premier mariage, etc. Pour les pays africains, ces variables reposent largement sur le postulat selon lequel la mesure de la fécondité (objectif central des EDS) est liée à l'entrée en union des femmes à travers le mariage. Cependant, à partir de la fin des années 1990, on voit apparaître des travaux sur les enjeux liés aux grossesses précoces et aux

maternités prénuptiales, interprétées à l'époque comme le signe de transformations normatives, bien ces études continuent de privilégier comme objet les corps les plus jeunes. En effet, lorsque les auteurs (Calvès, 1999 ; Eloundou-Enyegue, 2004 ; Clark et *al.*, 2017) mettent en lumière les conséquences sociales des grossesses prénuptiales, la focale reste sur un temps de reproduction biologique, les conduisant à avoir plus d'intérêt pour les jeunes filles que pour les femmes un peu plus âgées. Il en résulte que la littérature ne renseigne pas sur les expériences de maternité en dehors du mariage chez les Africaines plus âgées et célibataires. Je propose que ce désintérêt pour les femmes adultes et non mariées en termes de reproduction conduit à une invisibilisation des expériences de l'infertilité pour les femmes adultes et célibataires, bien qu'elles soient statistiquement plus rares. Ce désintérêt pour la reproduction des femmes adultes et non mariées témoigne de la norme du mariage comme seul lieu de la reproduction, mais aussi de celle du jeune âge comme moment de reproduction autant dans les sphères sociales que dans les recherches. Par ailleurs, il faut noter que bien que plusieurs travaux s'intéressent à l'âge auquel il est trop tôt pour se reproduire, notamment à travers le concept de grossesse précoce, Mondain et ses collègues remarquent que la majorité de la littérature sur le sujet perpétue une tradition malthusienne de réduction des naissances (Mondain et *al.*, 2014 :35), en . Ils remarquent par ailleurs que les grossesses précoces chez les jeunes filles sont expliquées au travers d'une analyse des changements dans les normes sociales en contexte subsaharien, et ces changements sont en partie expliqués par l'urbanisation et la scolarisation des jeunes filles.

D. Normes matrimoniales et normes reproductives

Selon Diop (2009 : 10), à travers différents processus de socialisation, les sociétés organisent la reproduction par la mise en place d'institutions dont la plus importante est le mariage. Plusieurs études constatent qu'en Afrique subsaharienne, le mariage constitue le cadre idéal de procréation (Goheen, 1996 ; Yana, 1993 ; Johnson-Hanks, 2002 ; Mondain, et *al.*, 2009 ; Adjamagbo et *al.*, 2013). Le mariage est présenté comme une institution universelle matérialisant le passage à l'âge adulte dans la majorité des sociétés africaines. Plusieurs chercheurs (Héritier, 1981 ; Pradelles de Latour, 2000 ; Bounang, 2012) insistent

sur l'importance de cette institution dans un parcours de vie de femme. Ainsi, les normes de reproduction liées au statut matrimonial s'expriment dans des discours à travers lesquels le statut de femme mariée est complété par celui de mère. On voit alors se dessiner deux normes, celle du mariage comme cadre de la reproduction qui sanctionne les comportements sexuels et reproductifs avant le mariage, et celle de la reproduction comme objectif du mariage.

À partir de l'étude du mariage et de ses transformations, il est donc possible de saisir les dynamiques sociales autour de la reproduction, et par conséquent de l'infertilité. Cependant, il est nécessaire de s'interroger sur la signification du mariage dans les sociétés africaines contemporaines. De quelle manière sont liés l'infertilité et le mariage ? Et quelle est la place du mariage par rapport à la reproduction, lorsqu'on considère les changements que connaissent les sociétés africaines, qu'il s'agisse de la généralisation de la scolarisation ou du processus d'urbanisation par exemple ?

1. Familles et formes du mariage

Au Cameroun, on distingue « les familles nucléaires, recomposées, monoparentales, polygames et élargies » (Nganawara, s.d;). Depuis la seconde guerre mondiale, les familles africaines connaissent des changements qui, selon le modèle occidental, tendent à la nucléarisation (Nganawara, s.d.; Tsala Tsala, 1992). Cette nucléarisation repose sur le regroupement autour du couple et des enfants. Cependant, la famille élargie reste l'unité d'observation des modes de lignages, des principes hiérarchiques, des systèmes d'alliance, et des principes de séniorité. La famille élargie comprend « les parents, les enfants, les grands-parents, les oncles et tantes, les frères et sœurs, tous pouvant avoir leurs propres enfants et d'autres personnes à charge » (Ocholla-Ayayo, 1999; Chouala, 2008). La belle-famille est la famille nucléaire et élargie qu'on acquiert par alliance (Chouala, 2008). Ces types de familles se forment suivant une multiplicité de possibilité en termes d'union.

La multiplicité des formes d'union caractérise plusieurs sociétés en Afrique (Antoine et Marcoux, 2014). Il s'agit notamment des unions libres caractérisées par une absence de codification formelle et de cérémonie, et des unions codifiées célébrées à travers des

mariages civils, religieux et/ou coutumier. Mimche (2020 : 19), Bonnet (2018 : 226) et (Johnson-Hanks (2003/2) confirment ces observations dans le cas du Cameroun.

Le mariage revêt différentes formes au Cameroun : le mariage coutumier, le mariage civil ou légal, et le mariage religieux (musulman ou chrétien). La plupart des couples, du moins dans le sud, célèbrent différents types de mariage au fil du temps, dans un ordre variable. La cohabitation de longue durée, socialement reconnue comme étant semblable au mariage, est également courante. (Johnson-Hanks, 2003/2 : 177)

De plus, au Cameroun, non seulement plusieurs sociétés sont virilocalles (Johnson-Hanks, 2003/2 : 189), mais aussi le droit du mariage en un impératif. En effet, selon l'article 215 du code civil, « le choix de la résidence de la famille appartient au mari; la femme est obligée d'habiter avec lui, et il est tenu de la recevoir ». Ainsi, dans les cas de cohabitation, on observe souvent un déplacement de la femme vers le domicile de son conjoint, et conséquemment une perte de logement en cas de séparation.

La cohabitation de longue durée est appelée concubinage (Calvès et N'bouké, 2018 : 246), et dans le langage commun au Cameroun *viens-on-reste* pour signifier que les personnes vivent ensemble sans lien de mariage. Bien que cette forme d'union soit de plus en plus populaire (Calvès et N'bouké, 2018), elle reste moins gratifiante socialement que les unions plus formelles. Au Cameroun, le mariage se célèbre donc en trois temps. Le mariage coutumier est le plus répandu, puis peuvent être célébrés le mariage civil et le mariage religieux, surtout dans les sociétés chrétiennes. Dans la plupart des cas, le mariage coutumier seul suffit à ce que la femme aille vivre avec son conjoint. Lorsque cette cohabitation se passe bien, le mariage est en quelque sorte confirmé par une union civile, pendant laquelle les époux choisissent entre monogamie et polygamie comme régime matrimonial, et ensuite par une union religieuse dans les cas de chrétiens qui auront choisi la monogamie. Pour toutes les unions qui sont célébrées sous le régime polygamique, il n'y a pas de mariage religieux puisque que l'Église ne reconnaît pas le mariage polygamique. En effet, l'église en tant qu'institution coloniale a participé à la transformation des codes du mariage, accordant une importance prépondérante à certaines formes d'union telle que le mariage religieux (Johnson-Hanks, 2003).

Dans les sociétés islamiques, le choix de la polygamie comme régime matrimonial n'entre pas en contradiction avec la religion. Et donc, le fait pour un homme chrétien de réaliser à

la fois le mariage coutumier, le mariage civil et le mariage religieux, montre que non seulement il est prêt à confirmer son choix sans en quelque sorte essayer la fiancée, mais surtout qu'il est prêt à vivre, du moins officiellement, comme un monogame. Il n'aura pas de seconde épouse officielle.

Pour l'individu, le mariage représente un changement et une acquisition de statut, s'accompagnant de nouvelles responsabilités et de nouveaux droits, en particulier l'accès à une vie sexuelle conjugale et reproductive socialement reconnue et encouragée (Hertrich, 2007 ; Johnson-Hanks, 2002). Pour la collectivité, le mariage est une composante importante de la survie démographique et sociale. Il est lié à de nombreux autres processus socioculturels (Thiriat, 2000 ; Hertrich, 2007). Bien que l'importance du mariage civil, religieux ou traditionnel varie selon les cultures, Antoine et Marcoux (2014 : 2) signalent que plutôt que les individus, les mariages concernent surtout les filiations, les clans, les familles. Ainsi, certains auteurs considèrent que le mariage en Afrique est un lieu de musèlement des projets personnels au profit des buts de la communauté (Mimche, 2020 : 12). Cependant, Antoine et Marcoux (2014 : 3) notent une individualisation du processus de mariage en Afrique, qui selon Attané (2014 : 109) n'est pas une conséquence de la modernité, mais existait avant la colonisation et s'appuyait sur le consentement des époux. Le mariage comme norme fait l'objet de négociations en fonction des positions financières ou géographiques des familles concernées. Outre les négociations faites dans la sphère privée, plusieurs études notent des tendances globales de transformation du mariage dans les sociétés africaines.

2. Transformations sociales et mariage en Afrique

Cette partie s'appuie entre autres sur les chiffres présentés dans les documents d'enquête démographique et de santé (EDS). Les EDS, lancées en 1984, constituent l'une des principales sources de données concernant la population et la santé à l'échelle internationale (selon Ayad et Barrerre, 1991 ; Mondain, 2012). Elles continuent les Enquêtes mondiales sur la fécondité (EMF) ainsi que les Enquêtes sur la prévalence de la contraception (EPC). Cependant, les EDS font face à plusieurs critiques qui concernent l'utilisation faite de ces données, et le dispositif même de recherche. Par exemple, selon Barbieri (1993)

On peut regretter le manque d'esprit critique des auteurs par rapport aux données qu'ils utilisent et dont on sait par ailleurs que leur qualité est affectée par un certain nombre de problèmes (notamment en ce qui concerne la datation des événements tels que naissances, décès, unions et durées d'allaitement). (Barbieri, 1993 : 795)

Notons que depuis le travail de Barbieri en 1993, plusieurs auteurs en sociodémographie notamment développent des travaux autour de la critique des EDS concernant le manque de nuance dans les analyses faites des statistiques recensées, des approches eurocentrées dans l'étude populations aux Suds (Moultrie, 2016; Kobiané et Pilon, 2021).

Toutefois, les rapports EDS restent souvent mobilisés tant par les chercheurs que par différents organismes, puisqu'ils font état des résultats d'enquêtes menées régulièrement dans un grand nombre de pays dont les données restent souvent incomplètes ou peu accessibles. Ceci permet la comparaison dans le temps et l'espace et ainsi de mesurer l'évolution d'un grand nombre de variables relatives à la fécondité, la SSR ainsi qu'à la santé maternelle et des enfants. C'est à ce titre qu'ils sont utilisés dans cette thèse.

Bien que l'importance du mariage comme cadre de la reproduction ne soit pas remise en question, on constate que cette norme subit des transformations.

L'on sait que les familles, dans les pays du Sud, sont soumises à des changements rapides qui prennent parfois l'allure de véritables bouleversements. Un des plus évidents est la tendance au recul de l'âge au mariage des femmes qui leur permet d'aborder la vie conjugale et les responsabilités maternelles avec une plus grande maturité. (Locoh, 2000 : 9)

Ces changements sont liés les uns aux autres et concernent, principalement pour les femmes et de manière non exhaustive, la montée du célibat, le recul de l'âge au mariage et à la première naissance, l'augmentation de temps passé aux études, etc. Par exemple, au Cameroun, jusqu'à juillet 2016, l'âge légal de consentement à un mariage était de 15 ans pour les filles avec une autorisation parentale, et de 18 ans pour les garçons. En juillet 2016, une nouvelle loi est entrée en vigueur interdisant le mariage des filles avant l'âge de 18 ans.

Tableau 1: État matrimonial des femmes camerounaises de 20 à 24 ans de 1991 à 2018

ENQUÊTE	Célibataire (%)	Mariée (%)	Union consensuelle (%)	Veuve (%)	Divorcée (%)	Séparée (%)
EDS 2018	43,8	34,7	16,5	0,4	0,8	3,8
EDS 2011	32,4	40,8	21	0,3	1,3	4
EDS 2004	23,4	46,3	23,1	0,3	1,2	5,7
EDS 1991	18,6	58,3	18,5	0,3	1,4	3,1

Source : construit à partir des documents EDS, 2018, 2011, 2004, 1991.

Ce tableau donne un aperçu de l'état matrimonial des Camerounaises âgées de 20 à 24 ans entre 1991 et 2018. On observe effectivement une montée du célibat et une diminution de la part des femmes mariées pour cette tranche d'âge. Ces deux tendances sont à mettre en relation avec une augmentation de l'âge au premier mariage des femmes qui se marient de moins en moins jeunes. En 1955, on compte uniquement un pays africain, l'Afrique du Sud, pour lequel l'âge médian au premier mariage pour les femmes est à plus de 21 ans, alors que dans tous les autres pays d'Afrique sub-saharienne pour lesquels on dispose de données, la majorité des femmes sont alors âgées de moins de 18 ans pour leur premier mariage. En 2000, plus que 4 pays présentent des chiffres pour lesquels l'âge au premier mariage des femmes est à 18 ans et moins (Hertrich : 2007). Dès la fin des années 1990 le Cameroun se caractérise par une tendance à la hausse de l'âge au mariage (Antoine, 2010), qui se poursuit jusqu'en 2018 (EDS, 2018).

Par ailleurs, chez les 20-24 ans, on remarque une quasi-stabilité des taux de divorce et de séparation, ce qui montre que la montée du célibat ne traduit pas nécessairement un recul dans l'importance accordée au mariage.

Les écarts observés dans le célibat entre 1991 et 2018 des femmes âgées de 20-24 ans sont moins importants si on considère les 25-49 ans (au moins donner les chiffres généraux pour ces deux années). Mais ils restent présents, et s'expliquent notamment par la scolarisation des jeunes filles et l'urbanisation. Ainsi, l'âge médian au premier mariage augmente progressivement entre ces deux années tant pour le milieu urbain que rural bien que dans des proportions différentes avec un premier mariage nettement plus précoce en milieu rural.

Tableau 2: Âge médian à la première union, Camerounaises de 25 à 49 ans

Enquête	Milieu de résidence		Niveau d'instruction	
	(Ensemble) Urbain (%)	Rural (%)	Non Scolarisé (%)	Secondaire 2 nd cycle (%)
EDS 2018	22	18	16,7	24
EDS 2011	20	17,3	15,8	21,8
EDS 2004	18,7	16,6	15,3	20,8
EDS 1991	17,4	16	15,2	20,3

Source : construit à partir des documents EDS 2018; 2011; 2004; 1991.

La ville et l'urbanisation sont couramment évoquées comme facteurs influençant les processus de transformations sociales en Afrique sub-saharienne avec des traditions qui sont à la fois compromises et réinventées. Ces transformations sociales ont, entre autres conséquences, de plus de femmes qui immigrent dans les villes. Thiombiano et Legrand (2014) soulignent que la ville et l'éducation dans plusieurs pays sont associées à une augmentation des divorces. En effet, « à Lomé et à Dakar, par exemple, les femmes instruites ont plus de risque de divorcer que leurs consœurs non scolarisées (Thiombiano & Legrand, 2014 : 1434).

Dans le même sens, Adjamagbo et Calvès (2012) expliquent le recul de l'âge au mariage par des facteurs tels que la pauvreté grandissante des hommes liée à la dégradation générale des conditions de vie qui affecte le niveau de revenu, ou encore le fait de vivre en ville qui pour les femmes favorise une scolarité de plus en plus prolongée. En termes de transformations sociales en Afrique, ces auteures mettent l'accent sur les conséquences de la crise financière des années 80, qui remet en question la division traditionnelle des responsabilités entre les hommes et les femmes en attribuant à ces dernières, en plus des devoirs de soins, une plus grande part dans la gestion financière du ménage.

Le contexte de la ville s'avère donc pertinent pour saisir la détresse liée aux situations d'infertilité. Le contexte urbain interagit avec l'infertilité à travers la plus grande prévalence de la stérilité dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales (Larsen et Menkem, 1991), et avec l'augmentation des possibilités de rapports sexuels hors mariage (Calvès, 2002 ; Bajos et al., 2013 : 24). Par ailleurs, les âges médians au premier enfant, et au premier mariage augmentent en même temps que le temps passé aux études ou au travail salarié.

Tableau 3: Âge médian à la première naissance, Camerounaises de 25 à 49 ans

Enquête	Milieu de résidence		Niveau d’instruction		
	(Ensemble) (%)	Urbain (%)	Rural (%)	Non Scolarisé (%)	Secondaire et plus (%)
EDS 2018	21,1		19,1	18,7	22,8
EDS 2011	20,4		18,8	18,2	24
EDS 2004	19,7		18,6	17,7	20,9

Source : construit à partir des documents EDS, 2018, 2011, 2004.

Pourtant, l’âge au premier rapport sexuel diminue, de même que le nombre d’enfants qu’aura eu une femme à la fin de sa vie féconde (Adjamagbo et Antoine, 2002 ; Antoine, 2010 ; Clark et *al.* 2017). Or, ces transformations des comportements sexuels dans des contextes de forte prévalence des maladies sexuellement transmissibles augmentent le risque de connaître une infertilité due aux séquelles des MST (Ravolamanana Ralisata et *al.*, 2001). Ceci précise le lien entre les processus qui expliquent les changements dans le mariage en Afrique et au Cameroun en particulier et les expériences de l’infertilité. Mais l’infertilité peut aussi occasionner une transformation du mariage.

3. Mariage, maternité, et infertilité en Afrique

Dans la majorité des sociétés africaines, le mariage confère aux femmes un premier niveau de respectabilité dont la concrétisation arrive avec la maternité. Ainsi, une des principales responsabilités des femmes mariées est celle de la production d’enfants (Calvès et Meekers, 1997 ; Faye, 2011). En effet, Calvès et Meekers (1997) expliquent que la naissance d’un enfant fait partie du processus matrimonial, ce qui explique que l’infertilité soit une source de divorce.

Une descendance nombreuse est source de fierté et de statut social pour les hommes comme pour les femmes, et ces dernières font des enfants le but premier du mariage (Karanja, 1987, 1994). Le statut social et économique étant dépendant du nombre de leurs enfants, il semble normal que les femmes mariées privilégient une descendance nombreuse. (Ibid. 1997 :7)

Près de vingt ans plus tard, ces propos semblent rester d’actualité puisqu’en effet, « la cérémonie de mariage est un moment de double célébration : d’une part, les parents des mariés sont salués gracieusement à la fois en tant que géniteurs, et surtout, en tant

qu'éducateurs ; d'autre part, les nouveaux mariés sont, ce jour-là, mis sur un piédestal en raison de l'attente sociale qui pèse sur eux, celle de fonder une descendance » (Codjo, 2016 : 2). Et dans ce sens, l'absence de reproduction constitue un enjeu pour la stabilité de l'union, et de l'alliance nouvellement formée entre les familles. Toutefois, cette obligation pèse surtout sur la famille de la femme (Bajos et *al.* 2013), en raison notamment des cérémonies liées au paiement du prix de la fiancée et au mariage (Evans-Pritchard, 1973 ; Faye, 2011 ; Codjo, 2016). En effet, au Sénégal par exemple, le père du futur marié prend en charge une partie du paiement de la dot (Mondain et *al.*, 2007:632), ceci dans un contexte d'après crise économique où même le coût cette dot a augmenté de manière à parfois exclure les hommes du marché matrimonial (Mondain et *al.*, 2007:633). L'enfantement est alors un enjeu d'honneur pour la famille de la mariée qui a accepté de recevoir la dot en échange de services futurs, dont celui de l'enfantement.

Selon Jukpor (s.d. :3), « l'importance de la femme ne s'apprécie plus qu'à travers la dot », c'est le moyen par lequel le père de la fille accède à un meilleur statut social. Le prix de la fiancée est payé par l'homme et sa famille en prévision de l'utilité de la jeune femme. Elle doit non seulement prendre soin de la maison, mais aussi produire des enfants pour honorer son mari et justifier sa place (Jukpor, s.d.). Chez les Bamiléké au Cameroun par exemple, la femme est demandée par la belle-famille à ses parents en termes de bonne semence qu'ils auraient vu fleurir et qu'ils aimeraient acquérir afin que leurs propres champs fleurissent aussi bien. De mère en fille, cette bonne semence devra être disséminée. Conséquemment, le fait de porter les fruits c'est réaliser la promesse faite à l'occasion du mariage, et justifier le prix de la dot que l'homme et sa famille auront versée à la famille de la femme. Le désir de maternité est donc étroitement lié à un devoir de maternité, c'est le contre-don du paiement du prix de la fiancée (Mbow et Diop, 2019 : 5).

Ainsi, dans cet échange que représente la dot, toutes les tâches ne se valent pas et ne sont pas interchangeables. Même si une femme qui ne sait pas prendre soin de la maison et faire des repas peut se retrouver pointée du doigt, ces tâches peuvent toujours être apprises. D'ailleurs, souvent dans le processus de conclusion d'une union, les belles familles s'assurent, en accueillant la future mariée quelque temps, qu'elle est capable d'effectuer efficacement ces tâches. Yana l'observait au Cameroun en 1993, et cette pratique a toujours cours, notamment chez les Bamiléké. De plus, une partie du travail de *Care* peut, surtout

en ville, être réattribué à une personne accueillie par le ménage, ou à un travailleur domestique. En revanche, la maternité ne se délègue pas encore, même si le succès des cliniques de fertilité par la PMA que j'aborde plus loin dans ce chapitre pourrait renverser la tendance. Dès les premiers mois suivant le mariage, le travail de procréation doit commencer. On s'attend à ce que la femme ait l'air enceinte (Yana, 1993 ; Bajos, et *al.*, 2013). Qu'elle soit fatiguée, vomisse, prenne du poids ou se plaigne de migraine, est interprété positivement, car il pourrait présager une grossesse.

Avec les années, le constat l'absence d'enfant conduit à une détérioration des rapports entre l'épouse et la belle famille ; la belle-mère surtout souvent propose une seconde épouse pour son fils. Comme on le verra dans le prochain point, l'infertilité est porteuse de nombreuses conséquences pour le mariage, notamment le divorce ou la polygamie.

III. Féminisation de l'infertilité : représentations et conséquences

Les représentations et conséquences de l'infertilité découlent de tout ce qui est mentionné précédemment dans ce chapitre en termes de contexte normatif, de place de l'enfant, de la reproduction dans les dynamiques familiales et en termes de position des femmes dans ces processus de formation des unions.

Les normes et les différentes injonctions liées à la reproduction font donc de l'infertilité une situation stigmatisante. La stigmatisation liée à l'infertilité peut prendre plusieurs formes et atteindre différents domaines de la vie sociale, comme on le verra plus bas. Elle concerne à la fois les sociétés patrilinéaires et les sociétés matrilineaires. Et les conséquences peuvent même s'étendre au-delà de la vie de la femme infertile. Par ailleurs, les pratiques conduisant à la stigmatisation des femmes infertiles créent à l'échelle de la société une peur vis à vis des soupçons d'infertilité qui pèsent en priorité sur les femmes. Et comme on le verra, cette peur et ces soupçons d'infertilité réorganisent les pratiques et normes sociales de reproduction surtout pour les femmes qui doivent apporter la preuve de leur fertilité.

Mais avant, il est nécessaire de préciser que bien qu'il s'agisse de contextes marginaux, l'infertilité n'est pas toujours stigmatisante pour les femmes en Afrique. En effet, Evans-Pritchard (1973) observe que chez les Nuer du Soudan, une femme infertile est considérée

comme un homme et est traitée comme « oncle paternel ». À ce titre, elle obtient une part des dots versées pour ses nièces et dispose alors d'un capital suffisant pour payer une dot pour une jeune fille qu'elle épouse légalement, et dont elle est le mari. Elle choisit ensuite un homme pour engendrer des enfants avec son épouse. Les enfants seront ceux de la femme infertile puisque c'est elle qui a payé la dot. De la même manière que chez les Nuer, Gluckman (1953) observe que chez les Zulu, une femme riche et infertile peut épouser une autre femme en donnant du bétail. Elle désigne un membre de sa famille pour procréer avec son épouse et endosse la paternité des enfants de cette dernière. Bien que ces observations mériteraient d'être actualisées, elles contribuent à prouver que le stigmate d'infertilité est socialement construit, et notamment à travers des positions socio-économiques des personnes concernées. Dans les contextes urbains contemporains, on verra plus bas que les situations économiques des femmes affectent surtout leur capacité à trouver des traitements.

A. Infertilité : stigmatisation aux multiples facettes

La dimension persécutive de l'infertilité (Tichit, 2004) concerne surtout les expériences des jeunes femmes infertiles, et revêt plusieurs dimensions qui peuvent être communes à plusieurs femmes ou être tout aussi singulières que la manière dont chaque femme définit ce qui représente un défi pour elle. La littérature identifie cependant des éléments partagés tels que le manque de respect et considération accordé aux femmes infertiles en comparaison de ce qui est accordé aux mères.

1. Stigmatisation et exclusion du groupe des femmes

À part lorsqu'il s'agit des belles-mères, rarement la souffrance expérimentée par les femmes en Afrique est présentée comme provenant d'autres femmes. Les femmes sont surtout dépeintes comme subissant la violence masculine et patriarcale. Mais dans le cas de l'infertilité, une partie de la violence qui est subie par les femmes est instiguée par leurs paires.

Comme observé par Nyasulu (2020) et Elwell (2022) au Malawi, la stigmatisation est un phénomène fréquent chez les femmes infertiles, et elle est souvent portée par les femmes

fertiles. « Stigmatization is experienced as an overt demonstration of disrespect and social invisibility such as mocking and derision, barring infertile women from interacting with children, and socially excluding women from conversations with other fertile women » Elwell (2022 :114). Les enjeux de la quête de respectabilité pour les femmes ne sont certes pas soumis au seul élément de la maternité (Skeggs, 2015), mais ce facteur reste un élément très important du vécu quotidien de l'infertilité. Hollos et Larsen (2008 : 167) observent que la conséquence la plus troublante du manque d'enfant au Nord de la Tanzanie est le manque de respect auquel les femmes — comme Zainabu, Silvia et Asha, interviewées dans le cadre de leur étude — font face dans leur communauté. Zainabu, une femme répudiée pour cause d'infertilité après dix ans de mariage, se retrouve donc à vivre seule. Les autres mères interdisent, du fait de son statut, à leurs enfants de lui adresser la parole, ce que Zainabu décrit comme un profond manque de respect. Silvia et Asha vivent aussi ce manque de respect qui, pour elles, s'exprime dans les surnoms désagréables que leur donnent leurs maris, mais surtout les autres femmes. Les auteurs estiment que très souvent, les femmes fertiles ne sont pas en mesure de comprendre les situations de femmes infertiles. Plus encore, elles pensent être supérieures à ces dernières en raison de leurs capacités de procréation (Hollos et Larsen, 2008 : 170). Les capacités de procréation étant stratégiquement plus importante socialement que des réalisations professionnelles (Journet 1990 : 306). Hollos et Larsen prennent l'exemple de cette femme qui estime que les enfants l'empêchent d'avoir le rythme de voyages qu'elle aimerait avoir, mais préfère avoir des enfants, car c'est important d'être appelée mère, d'avoir des enfants dont il faut s'occuper (Hollos et Larsen, 2008 : 170).

L'infertilité conduit donc à une exclusion du groupe de femmes, mais aussi, parfois, à une exclusion des activités religieuses qui sont réservées aux femmes qui ont prouvé leur statut grâce à la maternité, une exclusion aussi de la vie sociale, car l'accouchement du premier enfant représente un rite de passage.

Au Sénégal, Journet base son travail sur une société patriarcale Diola et constate que :

Le groupe féminin se révèle [...] beaucoup plus exigeant en ce qui concerne la reconnaissance de l'identité sexuée de la femme : chaque femme doit engendrer pour connaître « ce que c'est d'être femme », et être reconnue comme telle par les autres. Bien plus que le mariage proprement dit, le premier accouchement apparaît ainsi comme le marqueur le plus pertinent dans les étapes de socialisation des femmes et de leur sexualité. C'est lui qui conditionne leur accès aux grandes *usines*

de la maternité et de la fertilité (*l'uni ou kalache et le thuya ou enankoro*), autour desquels gravite la majeure partie de la vie sociale et religieuse des femmes. Les puissantes associations liées à ces *ukin* sont en effet responsables de la manipulation rituelle des pouvoirs sur la pluie, la fécondité des femmes et la fertilité des rizières. (Journet, 1981 : 101-102)

Plus loin, elle explique que dans la société Diola, la femme infertile fait figure de bâtarde. Son existence sociale n'est pas reconnue et elle se trouve exclue de toutes les activités et assemblées réunissant les hommes, mais aussi de celles réunissant les femmes. Durant les rencontres de ces assemblées, elle est l'objet de calomnie et d'insultes (Journet, 1981 : 106). Gerrits (1997) effectue des constats similaires lorsqu'elle étudie l'infertilité dans la tribu matrilineaire Macua du Mozambique. Elle remarque que même si les maris ne sont pas en mesure de répudier les femmes infertiles, ces dernières se trouvent exclues de certaines activités sociales et religieuses. Bien que ces travaux datent de plusieurs années, ils renseignent sur l'attitude des femmes face à l'infertilité d'autres femmes. Ils suggèrent par ailleurs la pertinence de se poser la question de l'attitude des femmes face à l'infertilité dans les sociétés contemporaines.

Cela dit, la majorité des sociétés africaines étant des sociétés patriarcales et patrilinéaires, les femmes sont en général désignées comme responsables de l'infertilité. Dans ce contexte, elles ont plus de probabilités que les femmes mères de vivre des divorces ou la polygamie.

2. Infertilité, divorces et polygamie

L'enfant est ce qui donne à la femme une preuve de son statut de mère et épouse (Afiyanti et Solberg, 2015). La stabilité des unions est donc étroitement liée à la capacité de la femme à procréer (Araoye, 2003, Fledderjohann, 2017). Même s'il existe plusieurs explications autour du risque de divorce pour les femmes africaines — Thiombiano et Legrand (2014 : 1434) mentionnent le jeune âge des conjoints, le niveau d'éducation des femmes en milieu urbain qui ont plus de probabilité de divorcer que les femmes moins instruites — les femmes incapables de donner naissance à des enfants vivants et bien portants sont, plus que les autres, susceptibles de faire face à des divorces au cours de leur vie.

Les familles africaines sont très attachées à l'enfant, la procréation est d'ailleurs la vocation première d'une union, en conséquence, l'infécondité du couple augmente le risque de divorce. Par exemple au Togo, en milieu rural, les unions infécondes ont deux fois plus de risque d'être rompues que les unions fécondes (Thiriat, 2000). Les recherches menées dans d'autres régions ont aussi souligné le risque élevé de divorce des couples sans enfants (Andersson, 1997 ; Bumpass et al., 1991 ; South, 1995 ; Clarke et Berrington, 1999). (Thiombiano et Legrand, 2014 : 1434)

Thiombiano et Legrand expliquent qu'au Burkina Faso, les femmes sans enfant ou ayant un seul enfant ont deux fois plus de risque de connaître un divorce que les femmes ayant quatre enfants, et encore plus que les femmes ayant cinq enfants. Bledsoe (2002) observe le même phénomène en Gambie où une de ses participantes, Kaddy Seesay fait face à un divorce en raison du manque d'enfant même si elle a porté trois grossesses pour lesquelles le premier enfant est décédé jeune, et les deux suivantes ont été de fausses couches. Au Cameroun, Bureau (1996 : 148) observe qu'« en cas de stérilité confirmée et définitive, la femme est traitée en Douala de "piquet, statue, morceau de bois inutile, terre infertile", son mari la renvoie et normalement la belle-famille doit donner une autre femme à la place de la première ». De même, Feldman-Savelsberg (1994) signale que l'infertilité est un motif de divorce dans la tribu Bangangté. En effet, chez les Bamiléké du Cameroun, le manque d'enfant représente la perte de pouvoir du chef de famille et le déclin de sa lignée (Johnson-Hanks, 2006 : 14).

Dans les cas où l'infertilité ne mène pas au divorce, il est fréquent d'observer, au Cameroun par exemple, une transformation du mariage en une union polygamique, officielle ou non, dans le but de permettre à l'homme d'avoir une descendance.

En effet, la famille polygame était reconnue dans la société traditionnelle africaine comme utile pour la communauté qui la pratiquait. À travers elle, les familles pouvaient résoudre certains problèmes comme le manque de main-d'œuvre familiale pour les travaux champêtres, l'infertilité d'une femme en prenant en mariage une autre épouse susceptible de procréer, etc. (Nguimfack, 2014 : 50)

Par ailleurs, l'infertilité au Cameroun induit pour certaines femmes une perte de l'accès à la terre distribuée par son mari. Elle reçoit moins de cadeaux de ce dernier, et est abandonnée dans la vieillesse sans enfant à labourer la terre pour sa survie (Feldman-Savelsberg, 1994). Ainsi, les conséquences de l'infertilité s'étendent au-delà de la vie matrimoniale.

3. *Marginalité dans le vieillissement et dans la mort*

La notion de vieillissement dans les études fait appel au concept de classe d'âge pour mettre en lumière des attentes et des avantages qui structurent les identités des personnes tout au long du parcours de vie. La maternité et la ménopause traduisent des temporalités dans la reproduction et précisent une manière de vieillir qui est socialement avantageuse : vieillir en étant mère et grand-mère. L'infertilité crée ainsi des marginalités dans le vieillissement en créant des manières de vieillir qui sont stigmatisées, celles des femmes âgées et stériles. Bien qu'en Europe, Amérique et Asie, on observe des expériences positives et négatives du vieillissement (Seck, et *al.*, 2012). Les expériences du vieillissement en Afrique sont presque toujours positives. Les femmes âgées et ménopausées occupent une place importante en termes d'implication dans les décisions de la communauté.

Les femmes rencontrées considèrent que le vieillissement correspond à une étape d'épanouissement qui leur donne un statut, avec des avantages familiaux et communautaires considérables. Pour elles, les enfants représentent une richesse inestimable, une forme d'investissement familial et d'engagement dans le développement de la société. Après 60 ans, le fait d'avoir de grands enfants est perçu comme une « grâce de Dieu ». Ainsi, ces aînées évoquent la réussite de leurs enfants, la contribution financière de ces derniers aux charges de la maison, la sécurité qu'ils assurent pour leurs mères et l'affranchissement de celles-ci des travaux domestiques physiquement exigeants qui transforment l'étape de vieillesse en une période de grand repos. (Seck et *al.*, 2012 : 231)

Les familles et la société n'attendent plus d'elles des services reproductifs, puisque désormais ce travail est effectué par les jeunes femmes. Les femmes plus âgées voient dans leurs petits-enfants une raison de vivre, la relation étant souvent plus étroite que celles qu'elles ont entretenues avec leurs enfants (Seck et *al.*, 2012 : 232). Le vieillissement n'est donc pas simplement un résultat du temps (Bledsoe, 2002), mais se rapporte à la capacité à transmettre, notamment le travail de reproduction, et en même temps, de profiter d'avantages sociaux qui découlent de ce travail (Tichit, 2004 : 261). Ceci suppose que le statut de mère et de grand-mère s'appuie sur la capacité des enfants à prendre ce travail en main.

L'infertilité crée une cassure dans cette chaîne de transmission et marginalise les femmes infertiles des avantages liés au vieillissement. Les femmes infertiles en fin de vie sont donc condamnées à être oubliées.

La stérilité constitue un handicap social majeur. En effet, au-delà de la vie quotidienne et de la reconnaissance sociale, ne pas avoir de descendance c'est être condamné à l'impossibilité de devenir ancêtre et donc à disparaître de la mémoire des vivants. (Tichit, 2004 : 265)

Elles sont enterrées sans honneur et sans le protocole réservé aux personnes adultes.

La femme stérile n'est pas considérée comme une vraie femme, *lo* ; elle mourra *suru*, c'est-à-dire jeune fille immature, et sera inhumée dans le cimetière des enfants, sans que les griots tapent pour elle, lors de ses funérailles, les grands tambours qu'on n'utilise que pour honorer les femmes fécondes. Il n'y aura pas derrière elle, dans son lignage d'accueil, de fille ni de petite-fille par le fils ou la fille pour entendre les réclamations de son double en peine. Elle sera en ce monde comme si elle n'avait pas vécu. (Héritier, 1996 : 79)

Cette pratique observée en pays Samo a des équivalents dans plusieurs sociétés africaines. Au Nigeria, Hollos et *al.* (2009) montrent que l'enterrement des femmes infertiles diffère de celui des femmes qui ont eu des enfants.

The problem also extends to their burial which usually takes place in their paternal compound and which, in the case of individuals with many children, are elaborate feasts. In earlier days, infertile women could not be buried on town land, since it was believed this would harm the land's fertility, and they were consequently disposed of in the forest. This is no longer the case, but the burial of infertile women remains a problem since burial expenses are usually borne by the women's sons. Their funeral costs are consequently paid for by their paternal kin, resulting in very small-scale and quiet burial rites¹⁸. (Hollos et *al.*, 2009 : 2065)

En effet, la dépouille de la femme infertile subit des traitements qui obéissent à une conception surnaturelle de l'infertilité, une malédiction, un acte de sorcellerie auquel il faut faire face pour le bien de la famille.

¹⁸ Le problème s'étend également à leur enterrement, qui a généralement lieu dans l'enceinte paternelle et qui, dans le cas de personnes ayant beaucoup d'enfants, donne lieu à des festins élaborés. Autrefois, les femmes stériles ne pouvaient pas être enterrées sur les terres de la ville, car on pensait que cela nuirait à la fertilité de la terre, et elles étaient donc enterrées dans la forêt. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, mais l'enterrement des femmes stériles reste un problème car les frais d'enterrement sont généralement supportés par les fils de ces femmes. Les frais d'enterrement sont donc pris en charge par la famille paternelle, ce qui donne lieu à des rites funéraires très modestes et silencieux. [Traduction libre]

Comme l'explique Héritier, la disparition de la mémoire des vivants s'accompagne d'un traitement spécifique administré à la dépouille.

Enfin, ce corps qui n'aura pas servi, qui n'aura jamais connu la douleur d'enfanter, la déchirure, les reins rompus par les souffrances de l'accouchement, ce corps connaîtra ces souffrances après sa mort. En différents endroits du pays Samo, on procède sur la femme stérile, avant de l'enterrer couchée sur le dos et non sur le côté gauche, à une opération qui vise à lui « briser les reins ». On lui transperce le dos à hauteur des reins avec un bâton épointé, fait d'un bois qui ne donne pas de fruits, le *sendière*. (Héritier, 1996 : 79)

Cette pratique concerne surtout les femmes qui n'ont jamais eu leurs règles, la puberté des jeunes filles se traduisant en langue Samo par « reins brisés ». Cette étape représente la sortie de l'enfance et l'autonomisation du destin. Les femmes infertiles qui n'ont donc pas eu les reins brisés pendant leur vie, les auront pendant la mort. Dans la même veine, Naab (2011) relève des anecdotes à propos des traitements particuliers effectués sur les dépouilles des femmes infertiles au Ghana.

Anecdotal evidence gathered from Ghanaians showed that, in some Ghanaian cultures, a woman who has never given birth will have her little finger cut off and used to plug her rectum after death, and this is done shortly before burial which constitutes an improper burial. Other cultures plug the vagina of a childless woman with powdered pepper after death as a form of punishment.¹⁹ (Naab, 2011:22)

Ces traitements visent à punir la femme infertile, et dans d'autres cas comme celui du Cameroun, ils reposent sur une représentation des femmes infertiles défuntes comme étant malfaisantes, bien que plusieurs d'entre elles ont recours à différents rituels de purification de leur vivant. Au Cameroun, les explications que j'ai recueillies à travers des post Facebook mentionne qu'en pays Bamiléké, une femme qui décède sans enfant doit subir des rites. Ces rites consistent le plus souvent à enterrer la femme avec une pierre, un rejeton de plantain ou tout autre objet symbolisant l'enfant qu'elle n'a jamais eu, et qui l'accompagne dans son voyage. Ceci l'empêchera de réclamer qu'un enfant de la famille ne la suive dans la mort.

¹⁹ Au Ghana, les croyances sur l'infertilité semblent avoir fait l'objet d'une attention anecdotique plutôt que d'une recherche empirique. Les données anecdotiques recueillies auprès des Ghanéens ont montré que, dans certaines cultures ghanéennes, on coupe le petit doigt d'une femme qui n'a jamais accouché et on l'utilise pour lui boucher le rectum après sa mort, et ce peu de temps avant l'enterrement, ce qui constitue un enterrement inapproprié. Dans d'autres cultures, on bouche le vagin d'une femme sans enfant avec du poivre en poudre après sa mort, en guise de punition. [Traduction libre]

B. Émotions et infertilité

Plusieurs auteurs relèvent que traditionnellement dans les sciences sociales, les émotions sont analysées comme étant un résidu, un frein à l'exercice d'une pensée rationnelle (Grossetti, 2004 ; Bernard, 2015). Toutefois, cette tendance est critiquée (Berthoud, 2009 ; Granger, 2014 ; Bernard, 2015 ; Déchaux, 2015 ; Feildel, 2018), en considérant les émotions comme produit des rapports sociaux et témoins de ce qu'une personne perçoit comme étant sa place dans la société. Granger analyse les travaux de Halbwachs sur les émotions et précise que celles-ci sont sociales :

L'expression des émotions, rires, pleurs, colère, fureur ou marques d'affliction, ne saurait trouver son ressort dans les seuls ébranlements intérieurs de l'individu, sans quoi, toujours singulière et toujours attachée à des circonstances particulières, elle serait vouée à changer sans cesse de forme, c'est-à-dire à demeurer toujours collectivement indéchiffrable et immaîtrisable, dès lors qu'on change d'individu ou que change l'individu dans le temps. Tout au contraire, c'est le groupe (ou comme dit Halbwachs « la collectivité ») qui a la main sur les émotions individuelles. (Granger, 2014 : 41)

Le caractère social des émotions appelle à ce que Hochschild (2003 : 32 ; 2017) qualifie de travail émotionnel. C'est « l'acte par lequel on essaye de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment », et il représente l'effort fourni par les personnes dans une gestion quotidienne des émotions. Or, comme le remarque Jaoul :

Bien souvent, l'annonce d'une stérilité entraîne les mêmes réactions que celle d'un deuil ou d'une maladie grave : en particulier, révolte, jalousie, culpabilité, recherche désespérée d'une cause, pour finir au bout d'un temps plus ou moins long par une certaine acceptation. La littérature indique que les femmes sont psychologiquement plus affectées que les hommes par leur infertilité. Elles ont un score plus élevé au questionnaire évaluant le stress et la dépression. (Jaoul, 2011 : 2)

L'impossibilité de la procréation induit donc un travail émotionnel qui concerne autant les hommes que les femmes, et qui mobilise plusieurs palettes d'émotions.

En ce qui concerne l'infertilité, c'est en psychologie qu'on trouve le plus de travaux en lien avec les émotions. Vénara (2013) s'intéresse aux émotions des couples infertiles et remarque qu'ils ressentent du stress, de la colère, un sentiment de mort, un dégoût de soi, de la tristesse, de la jalousie, etc. D'autres auteurs en psychologie utilisent le genre comme

outil d'analyse et font une différenciation entre le ressenti des hommes et celui des femmes face aux situations d'infertilité. Jaoul (2016 : 30) remarque que la recherche est plus souvent dédiée aux femmes, présentées comme étant psychologiquement plus affectées par leur infertilité car l'enfantement serait plus important pour elles que pour les hommes. Pourtant, elle décrit l'infertilité des hommes comme étant synonyme d'une castration symbolique et provoquant une crise identitaire (Jaoul, 2016 : 33).

Les émotions en lien avec l'infertilité sont un objet récent pour les travaux de type sociologique. Les auteurs qui s'y intéressent tendent à mettre en lumière les facteurs socioculturels qui façonnent les émotions liées à l'infertilité.

1. Émotions, Peur et soupçons d'infertilité

L'infertilité suscite une large variété de réactions émotionnelles qui sont toujours négatives qu'il s'agisse de l'infertilité des femmes ou de celle des hommes (Dierickx et *al.*, 2021 ; Bahri et *al.*, 2021). Dierickx et ses collaborateurs observent que les hommes infertiles en Gambie expriment des sentiments de souffrance et de solitude, qui sont cohérents avec les conséquences de l'infertilité précédemment analysées.

All men felt sad, stressed, emotionally drained, ashamed, unconfident among peers and having poor self-esteem. In addition, some respondents expressed jealousy and feeling excluded from social and religious events, where people talk about their children. These feelings originated from infertility itself, as well as from everyday challenges that come with it.²⁰ (Dierickx et *al.*, 2021: 7)

Bien que des émotions telles que la colère, la tristesse, et le dégoût apparaissent dans la littérature, la peur est la principale émotion qui apparaît dans les études sur les émotions liées à l'infertilité. Cette peur est mise en relation avec les contextes sociaux et sert de moyen pour analyser des comportements.

²⁰ [Traduction libre] Tous les hommes se sont sentis tristes, stressés, vidés de leurs émotions, honteux, peu sûrs d'eux parmi leurs pairs et ayant une mauvaise estime d'eux-mêmes. En outre, certains répondants ont exprimé de la jalousie et se sont sentis exclus des événements sociaux et religieux, où les gens parlent de leurs enfants. Ces sentiments provenaient de l'infertilité elle-même, ainsi que des défis quotidiens qui l'accompagnent.

Feldman-Savelsberg (1994) se sert de métaphores culinaires pour analyser la peur de l'échec de reproduction chez les femmes des Hauts-plateaux de l'Ouest Cameroun. La cuisine pillée est ainsi le reflet d'une perte d'enfant due au vol in utéro du fœtus par une sorcière, la cuisine-utérus est pillée-vidée de son contenu, par une femme malfaisante. L'infertilité impose ainsi un fardeau psychologique, en particulier aux épouses d'un foyer polygame. Les épouses incapables d'avoir des enfants ont fait l'objet de moqueries et de critiques de la part de leurs coépouses qui ont réussi à avoir des enfants. L'auteure mentionne que la peur est donc surtout le témoin d'une vulnérabilité (genre, économie, identitaire) des femmes Bamiléké qui évoluent dans un contexte de forte valorisation de la maternité. C'est une peur des conséquences sociales qu'entraîne une telle situation. Mais quelle forme prend cette peur ?

Boivin et *al.* (2020) proposent une cartographie de la peur provoquée par l'infertilité à travers dix-sept pays en Afrique dont le Cameroun. Les auteurs relèvent que cette peur concerne en fait tout le monde (hommes et femmes, célibataires et en couple, fertiles ou non, de différentes professions ou confession religieuses). Par ailleurs, cette étude mentionne que la peur des situations d'infertilité est de deux ordres, la peur de susciter une situation d'infertilité en raison de mauvais choix de reproduction, et la peur de vivre avec les conséquences de cette infertilité. Et dans ce sens, les femmes posent des actions sur le long terme, qui visent à promouvoir ou à protéger leur fertilité. Tant qu'elles n'ont pas donné naissance à une descendance nombreuse, protéger ou restaurer sa fertilité reste un enjeu pendant le parcours de vie.

2. Protéger sa fécondité

La fécondité est un bien social qui, sur le marché matrimonial, donne aux femmes qui sont fécondes et à leur familles des gains et des avantages. Dans ce sens, la capacité reproductive devient une chose à protéger, de peur de s'en faire dépouiller et de tomber dans l'infertilité. Cette peur peut être due à des menaces réelles ou perçues, mais elle influence les comportements et les représentations. Les actions de protection de la fertilité sont de deux ordres. D'une part, il s'agit de rites coutumiers visant à protéger ou à restaurer la fertilité,

et d'autre part, il y a les actions visant à éviter les comportements perçus comme menaçants pour la fertilité.

En termes de coutumes, Bureau (1996) notait l'existence chez les Douala du Cameroun, de rites autour du mariage dont le but était de protéger la fertilité de la femme. Ces rites sont constitués de périodes d'abstinence, de sacrifices d'animaux, de cultes aux ancêtres, de confessions d'actes de sorcellerie, de rites de purification, dans le but d'apaiser les cœurs et de faire revenir la fertilité. Feldman-Savelsberg (1994 : 465) mentionne également l'existence chez les Bamiléké du Cameroun, de cérémonies de protection de la fertilité.

En ce qui concerne l'attention portée aux potentielles menaces à la fertilité, Kaler (2009) parle des rumeurs d'infertilité liées aux vaccins, surtout à la peur de déclencher une situation d'infertilité. Elle étudie une vingtaine de pays africains dont le Cameroun et explique qu'autour de plusieurs campagnes de vaccination pour des pathologies comme la tuberculose, le tétanos ou les carences en vitamines, se forment des rumeurs quant à la menace que représenteraient ces vaccins pour la fertilité. Au Cameroun, des écolières et leurs parents ont protesté contre l'administration de l'antitétanique puisque des femmes infertiles accusent le vaccin reçu cinq ans plus tôt, la campagne de 1990 a ainsi été abandonnée (Kaler, 2009: 1713). Ces rumeurs ne causent pas nécessairement l'échec des campagnes de vaccination, elles sont surtout le reflet d'une peur de l'infertilité et de ses conséquences, ainsi que d'un manque de confiance envers les décisions publiques de santé. Comme expliqué dans le prochain chapitre, cette méfiance se situe dans le sillage d'un rapport à l'hôpital comme institution coloniale. Un autre exemple est celui de la contraception. La plupart des femmes au Cameroun ou au Nigeria par exemple sont réticentes à l'idée d'utiliser la contraception, car elles craignent que cet arrêt temporaire de la fertilité ne se transforme en un arrêt définitif (Koster-Oyekan, 1999 ; Bajos et al., 2013) Dans un souci de préservation de la fertilité, elles évitent la contraception tant que le nombre d'enfants souhaité n'est pas atteint.

La peur des conséquences sociales de l'infertilité, a la capacité de modifier les comportements, mais surtout celle de réorganiser les normes sociales de reproduction.

3. *Faire la preuve de sa fécondité*

Dans le but de faire la preuve de sa fécondité, plusieurs recherches font état d'une réorganisation de normes sociales qui sont plus ou moins facilement négociées afin de permettre aux hommes et aux femmes de faire la preuve de leur fécondité (Willan et al., 2020 : 3 ; Boerma et Mgalla, 1999 : 186). Cette réorganisation ne signifie pas une remise en question des normes, mais elle permet une sexualité avant le mariage pour les femmes célibataires plus âgées, ainsi qu'une sexualité en dehors du couple, pour les femmes qui sont déjà mariées dans le but d'obtenir une grossesse. Ce qui signifie qu'en ce qui concerne les normes de reproduction, des discours, stratégies et attitudes contradictoires peuvent cohabiter dans un même contexte comme le démontrent Willan et al. (2020 : 3).

En effet, pour les femmes qui sont célibataires, l'encouragement de la sexualité dans un but de reproduction correspond à une réorganisation de la norme du mariage comme lieu exclusif de l'enfantement. Et dans ce cas, la norme procréatrice précède la norme matrimoniale à tel point que certains auteurs mentionnent le fait que certaines femmes utilisent la maternité comme moyen d'entrer en union (Willan et al., 2020 : 3 ; Adjamagbo et Koné, 2013 : 68 ; Johnson-Hanks, 2002 : 874). Ainsi, dans un contexte de peur de l'infertilité, la présence d'un enfant, bien que né hors du mariage, est la preuve de la fécondité de la mère (Gage et Bledsoe, 1994 ; Johnson-Hanks, 2002). C'est ce qui explique que malgré l'existence de normes légitimant la sexualité dans le cadre du mariage, certaines femmes célibataires multiplient les partenaires sexuels dans leur recherche de solutions. En effet, à part une seule participante, toutes les femmes célibataires infertiles de l'échantillon de Gerrits (1997 : 45) mentionnent avoir des rapports sexuels réguliers avec plusieurs partenaires.

Pour les personnes mariées, la littérature insiste surtout comme on l'a vu précédemment, sur la possibilité pour les hommes de chercher des solutions à l'infertilité en multipliant des conquêtes ou des secondes épouses. Le fait pour certaines femmes mariées d'avoir d'autres partenaires afin de tenter de concevoir une grossesse reste quant à lui moins exploré. Koster-Oyekan (1999 : 23) observe qu'en raison de la peur de l'infertilité, les femmes usent de stratagèmes afin de garantir la reproduction. Ainsi, en cas d'infertilité dans le couple, certaines femmes mariées sans enfant se sont vu proposer par leur famille,

entourage et médecins, d'essayer de « prendre une grossesse » (tomber enceinte) d'un autre homme, et de prétendre que le père de l'enfant est le mari. Dans le même sens, la majorité des femmes mariées de l'échantillon de Gerrits (1997 : 45) mentionnent avoir eu plusieurs partenaires sexuels en plus du mari. Ces femmes ont des relations extra maritales pour plusieurs raisons, dont suivre les recommandations des soignants, parce que le mari est absent, ou parce qu'il a lui-même des relations sexuelles hors mariage ou a pris une seconde épouse. Gerrits observe que même si les femmes Macua gardent ces relations extra maritales secrètes, elles ne sont pas non plus effrayées à l'idée que le mari les découvre et divorce. Se donner une chance d'avoir des enfants est plus important pour elles que rester mariée. De plus, autant l'éducation favorise les transformations du mariage en Afrique, il semble qu'au Cameroun par exemple, les femmes ayant au moins un niveau d'éducation secondaire ou supérieur sont plus susceptibles que les autres d'être infidèles (Olamijuwon et *al.* 2020 : 608).

Bien que la question des émotions semble apporter une certaine homogénéité dans les expériences et les enjeux de l'infertilité, il demeure que les conséquences de l'infertilité sont beaucoup plus importantes pour les femmes que pour les hommes. Et ces conséquences sont liées à une stigmatisation à multiples facettes qui génère une peur de l'infertilité et explique la détermination qu'ont certaines femmes et certains couples à rechercher une solution dans la résolution de l'infertilité. Dyer et *al.* (2002 : 1660) mentionnent que les personnes en recherche de traitement sont prêtes à faire tout ce qui sera nécessaire, et à suivre le parcours thérapeutique jusqu'au bout.

IV. Corriger ou contourner : pratiques de prise en charge de l'infertilité

L'importance de la maternité et sa place fondamentale dans les parcours de vie des femmes et des jeunes couples en Afrique fait qu'en cas d'infertilité, il y a plusieurs solutions qui sont mises en œuvre dans le but de corriger ou du moins de contourner cette situation.

Les études mentionnent le confiage comme solution, mais, le moyen le plus évident dans une situation d'infertilité, c'est la correction médicale, qui elle dépend des étiologies et des registres explicatifs qui sont associés à l'infertilité. Or, dans un contexte comme le

Cameroun, autant la diversité ethnique que la diversité religieuse abordées en introduction crée un contexte multiple d'étiologies de l'infertilité.

A. Pratiques de confiage

Dans des contextes occidentaux, la filiation qui ne se réalise pas par la maternité peut se faire par l'adoption. En Afrique subsaharienne, l'adoption formelle est un phénomène marginal. En revanche, les pratiques de confiage, qui soutiennent la mobilité des enfants, y sont répandues. Les couples les plus aisés vont accueillir au sein de leur foyer des enfants de la famille ou de l'entourage, dans le but de leur offrir une éducation (Vimard et Guillaume, 1991 ; Yana, 1999 ; Eloundou-Enyegue, et al., 2007 ; Ba, 2021). Mais certaines études présentent aussi le confiage comme étant un des moyens de contourner l'infertilité (Marie, 2000).

Lallemand (1976) identifie au Burkina l'existence d'une multiplicité de figures maternelles portée par la circulation des enfants entre des mères génitrices et des mères éducatrices et nourricières, ces dernières étant souvent stériles. Le système du confiage, permet d'atténuer le manque d'enfant en favorisant la circulation des enfants des femmes ayant eu plusieurs enfants vers les femmes sans enfants du réseau de connaissance ou de parenté.

Le confiage va de situations temporaires et non exclusives, au « don » exclusif d'un enfant qui coïncide avec l'adoption (informelle) de l'enfant par des membres de la famille. L'exemple de la Côte d'Ivoire peut être applicable à plusieurs contextes de l'Afrique subsaharienne dont celui du Cameroun. La mobilité des enfants résulte alors d'une « délégation des rôles parentaux, d'une durée plus ou moins longue des parents biologiques vers d'autres individus » (Vimard et Guillaume, 1991).

Au Mozambique, Gerrits (1997 : 46) observe que plus de la moitié des femmes infertiles ont eu des enfants confiés. Ces enfants sont soit ceux de l'entourage, soit ceux du mari. Mais bien que le confiage soit une solution temporaire, la pratique soulève plusieurs défis pour les femmes infertiles tel qu'observé par Gerrits (1997).

Sometimes, the biological parents accused the foster parents of mistreating their children or exploiting them. Other women had themselves, e.g., when the children

did not want to obey their foster mother because she was not the 'real mother'.
²¹(Gerrits, 1997 :46)

Aujourd'hui, cette pratique a toujours cours et se présente avec des enjeux similaires. Au Cameroun, le confiage se révèle être source d'un plus grand stress encore puisque la maman biologique peut à tout moment demander à reprendre son enfant, de même qu'avoir au sein d'un ménage infertile un ou des enfants confiés ne permet pas de résoudre la question des rapports avec le mari et surtout avec la belle famille (Bonnet, 2018 : 238). Ainsi, même en présence d'un enfant confié, Fisher (2003 : 1) souligne que rien n'est jamais « aussi bien que le fait d'avoir ton propre enfant ». Ce qui explique le recours fréquent et systématique aux soins médicaux de correction de l'infertilité.

B. Infertilité et itinéraires thérapeutiques

Zempleni (1985) mentionne que pour une même maladie, il est possible d'observer une pluralité des causes au sein d'un même espace géographique. Cette pluralité de causes correspond à une pluralité de sens (Laplantine, 1993), et explique la multiplicité des itinéraires thérapeutiques, « les parcours que suivent les malades ainsi que leurs familles et les choix thérapeutiques qui en découlent » (Janzen, 1995 : 9). Le sujet des itinéraires thérapeutiques met donc de l'avant la relation entre la diversité de modèles étiologiques et thérapeutiques, et la recherche de soins. En effet, comme le souligne Fassin (1990), la diversité religieuse et culturelle en Afrique conduit à une diversité dans la compréhension, le sens et les itinéraires thérapeutiques des malades. Les personnes savent ce qu'est être malade en termes de dégradation du corps, mais « le malade ne fera pas nécessairement appel au médecin ou au dispensaire lorsqu'il présentera des troubles qu'il attribuera à la catégorie du magico-religieux — ou plus exactement à des interprétations sociales. » (Fassin, 1990 : 60). Ainsi, en cas d'infertilité, en plus des options biomédicales, « différents

²¹ [Traduction libre] Parfois, les parents biologiques accusaient les parents d'accueil de maltraiter leurs enfants ou de les exploiter. D'autres femmes l'ont fait elles-mêmes, par exemple lorsque les enfants ne voulaient pas obéir à leur mère d'accueil parce qu'elle n'était pas la "vraie mère".

recours sont envisagés par les époux et leur famille (guérisseurs, néo-guérisseurs, marabouts, prières, etc.) » (Duchesne et Bonnet, 2014 : 3).

1. Médecines religieuses et traditionnelles pour l'infertilité

Dans l'idée d'une complexité des itinéraires thérapeutiques, on note le recours à des soignants dits traditionnels/naturels et religieux dans la prise en charge de l'infertilité. La différence entre ces termes et les réalités qu'ils recouvrent n'est pas toujours claire. En effet, Fassin (1990) comme Faye (2011) par exemple décrivent une religion qui se mêle aux rites traditionnels. Faye (2011) explique que dans le cadre de l'infertilité, la médecine traditionnelle est explorée autant par les pasteurs, les devins, les prêtres exorcistes, les herboristes, que par les personnes s'identifiant comme tradithérapeutes. Cependant, Faye ne fait aucune différence entre le recours aux soins des religions locales et ceux des religions modernes comme le christianisme ou le catholicisme par exemple. Or, dans un contexte comme celui du Cameroun, en raison de la multiplicité des églises de réveil (donner des exemples) dont une des positions est le rejet de la tradition, il semble pertinent de se poser la question de l'implication de ces structures dans la prise en charge de l'infertilité.

En ce qui concerne les médecines traditionnelles, on remarque que les auteurs s'intéressent à des sujets tels que les conditions de recours à cette option thérapeutique, ou se placent dans une perspective de valorisation des médecines traditionnelles.

Les thérapies traditionnelles sont en général le premier recours des femmes infertiles. En effet, Gerrits (1997) constate que les femmes Macua du Mozambique utilisent majoritairement et prioritairement les services des guérisseurs, car les explications formulées pour l'infertilité ne proviennent généralement pas des médecins. Pour Faye (2011), au Sénégal le recours à la médecine traditionnelle est lié aux représentations sociales faisant de l'incapacité de procréation un malheur attribué soit au mauvais sort jeté par les co-épouses ou les parents, soit à la possession de la femme par des génies maléfiques qu'il faut chasser par un exorcisme.

Par exemple chez les Joola, les femmes victimes de fausses couches sollicitent l'intervention des prêtres auprès des esprits (boekin) en offrant du vin de palme. Cette attitude est aussi justifiée par la représentation sociale qui fait de l'enfant une récompense. (Faye, 2011 : 9)

Les thérapies traditionnelles de l'infertilité s'appuient donc sur des traitements, mais aussi sur des rituels visant acquérir ou à rétablir la fertilité comme au Cameroun par exemple. En effet, selon Brochet De Thé, « pour combattre le mal qui cause la stérilité et pour acquérir la fécondité, les femmes bëti disposent des rites suivants : le mazili ndzoé yanda bit, le kua (ouakoa, ou koa), le ndziba, le tsogo et le ndongo osoé » (1985 : 253). Le Ndziba par exemple est une condition dans laquelle on se représente un ver qui circule à travers les parties reproductives de certaines femmes, causant plusieurs inconforts dont les situations d'infertilité.

*Ndziba, tsogo et ndongo osoé*²² sont trois rites réservés aux femmes désireuses de devenir mères et qui pensent qu'une souillure (*olanda*) personnelle ou héréditaire (inceste, abattage clandestin d'un animal domestique, enterrement d'un cadavre humain par une femme, etc.) les rend stériles. Parfois, toute la famille y participe. Lorsque le premier rite n'a pas donné de résultat, on fait le suivant. Le *ndongo osoé*, le plus fort des trois, est pratiqué en ultime recours. (Bochet De Thé, 1985 : 255)

Le recours à cette option se fait donc dans une logique de mobilisation de toutes les possibilités de soin disponibles, mais aussi en raison de l'existence de différents registres explicatifs pour l'infertilité.

Un autre point de vue sur les traitements traditionnels de l'infertilité est celui de la féminisation de ce domaine. En effet, El Aaddouni (2003) observe que les femmes Marocaines sont au centre de l'administration des soins de médecine traditionnelle pour l'infertilité. Selon cette auteure, le savoir en lien avec ces soins est « produit par les femmes et consommé par elles » p.4. Ce qui démontre la place des femmes dans les soins de procréation en tant que sage-femmes, soigneuses.

En ce qui concerne la valorisation des médecines traditionnelles, on note que la majorité des études (Telefo et *al.*, 2012 ; Koman et *al.*, 2019 ; Any et *al.*, 2021 ; Azonbakin et *al.*,

²² *Ndziba* : (ou *nziba*) - rite traitant la femme dans son rôle de génitrice.

Tsogo : rite collectif pour tout le village lorsque les femmes sont menacées de stérilité.

Ndongo osoé : (ou *ngal ndongo*) - rite pour effacer les souillures qui rendent les femmes stériles.

(Bochet De Thé, 1985 : 278)

2021) sur les médecines traditionnelles contre l'infertilité s'inscrivent dans une perspective de standardisation, spécialisation et de légitimation de la médecine traditionnelle, souvent nommée médecine naturelle ou médecine par les plantes. Les auteurs tentent de dresser un inventaire des plantes utilisées dans différents pays et contextes. Koman et *al.* (2019 : 7092) identifient ainsi trente-cinq feuilles, graines, rhizomes, plantes entières, racines, écorces de tiges, écorces de racines qui, sous la supervision de donneuses de soins, sont utilisées dans la prise en charge de l'infertilité en Côte-D'Ivoire. Au Cameroun, Telefo et *al.* (2012) font le même travail.

33 espèces de plantes appartenant à 30 genres et à 19 familles ont été recensées. Les espèces les plus utilisées dans ces régions sont : *Aframomum letestuanum*, *Eremomastax speciosa*, *Justicia insularis* et *Crinum distichum*. La littérature confirme l'utilisation de la majorité de ces plantes dans le traitement de l'infertilité féminine ou des maladies pouvant l'induire. (Telefo et *al.*, 2012 : 25)

Ces travaux tendent à faire de la médecine traditionnelle une médecine naturelle, qui s'éloigne des étiologies, rites et religions traditionnelles pour embrasser le jargon et les diagnostics de la biomédecine. En termes de coûts, Faye (2011) parle de vin de palme comme pour payer les soins, mais il n'y a généralement que peu d'information sur les coûts réels, financiers ou pas, et sur les procédures d'administration des soins. Ceci même lorsqu'on s'intéresse aux travaux qui tendent à rapprocher la médecine naturelle de la médecine religieuse (comprise ici comme un ensemble de thérapies qui font appel à la religion et à la foi, tel qu'expliqué par Kuate Djilo (2022).

2. La bio-médicalisation de l'infertilité en Afrique

Bonnet et Duchesne (2019) expliquent que le besoin de médicalisation de l'infertilité provient notamment du constat selon lequel les maladies du système reproducteur sont les principales causes de l'infertilité. Elles estiment à plus de 20 % le pourcentage des femmes en Afrique subsaharienne qui vivent des situations d'infertilité, bien que Larsen (2004) fasse remarquer que la précision de diagnostic et de l'explication dépend du type de formation sanitaire considéré.

Le pourcentage élevé de maladies stérilisantes est par ailleurs le symptôme de systèmes de santé défaillants et d'un manque de politiques publiques de santé en ce qui concerne la prise en charge de l'infertilité.

a. Soins biomédicaux, diagnostics et PMA

Bonnet et Duchesne (2019) estiment que d'une manière générale, il y a un manque de connaissances sur les expériences africaines en matière de PMA, car les données médicales sont privées, la recherche par les professionnels du domaine est peu accessible, et le sujet est peu exploré par les sciences sociales. On note que les pays africains suivent des trajectoires différentes quant à la mise à disposition de structures de soins de PMA.

Tableau 4: Premières naissances avec fécondation in vitro déclarées en Afrique subsaharienne

Année de naissance	Pays
1984	Afrique du Sud
1989	Nigéria
1997	Togo
1998	Cameroun
2000	Mali
2002	RDC (Kinshasa)
2005	Mauritanie
2006	Kenya
2009	Côte d'Ivoire
2010	Gabon
2015	Rwanda

Source : Bonnet et Duchesne, 2019 : 182

Ce tableau montre qu'après la mise en place des premières structures de PMA, il y a eu une pause qui a duré pratiquement 10 ans avant qu'entre 1997 et 2009, un nouveau pays s'inscrive dans la liste chaque deux à trois ans. Cette démocratisation de la PMA doit être nuancée puisque selon Bonnet et Duchesne, entre 1984 et 2015 seuls onze pays africains sur cinquante-cinq ont mis sur pieds des cliniques de PMA. De plus, dans les pays qui proposent la PMA, cette offre est majoritairement soutenue par le secteur privé, et les auteurs observent des dysfonctionnements liés à la prise en charge des couples infertiles, ainsi que des problèmes d'encadrement de la pratique (Mbow et Toure, 2019 : 9-10). Plus spécifiquement, il s'agit de problèmes de procédure d'obtention du consentement pour des

examens, de surcharge de travail pour les praticiens, d'usurpation du titre de spécialiste de l'infertilité. De plus, le manque de moyens pour formuler des diagnostics fiables et fournir des traitements adéquats contribue à un flou sur la pertinence des soins proposés. Ce qui pose la question de l'encadrement juridique et organisationnel de la prise en charge médicale de l'infertilité. Ce d'autant plus que les États n'inscrivent pas cette problématique aux agendas de la santé sexuelle et reproductive. En effet, l'offre générale de procréation médicalement assistée dans les pays africains est largement influencée par la tendance malthusienne des actions en matière de santé sexuelle et reproductive qui convergent vers la maîtrise de la fécondité. Ceci contribue à entretenir l'invisibilisation de l'infertilité, et fait peser sur les personnes infertiles la responsabilité de la recherche des soins.

Dans la plupart des pays du continent, l'argument d'une surpopulation africaine conduit les États africains à considérer que l'infertilité ne constitue pas une question de santé publique et de ce fait ne relever pas de leur responsabilité. Au niveau des politiques publiques, évoquer la procréation médicalement assistée apparaît alors presque incongru. (Bonnet et Duchesne, 2019 : 181)

Ainsi, en l'absence de politiques spécifiques à l'infertilité, l'offre de soins est constituée de la prise en charge auprès des établissements de soins généraux, ainsi que d'une offre privée spécialisée dans les techniques de procréation médicalement assistée.

b. Inégalités et accès aux soins de PMA

Pour rendre compte des inégalités en termes d'accès à la reproduction, Greil et *al.* (2011) utilisent le concept de *stratified reproduction*²³ emprunté à Ginsburg and Rapp (1995). Ils expliquent qu'il existe une stratification dans la reproduction qui prend appui dans les politiques publiques pour encourager certaines femmes à recourir à certains services de reproduction et dissuader d'autres femmes de les utiliser. Bien que la formulation originale du concept s'intéresse plus aux stratégies d'évitement d'une grossesse qu'à l'infertilité, il permet de penser les inégalités d'accès aux soins à partir des situations propres aux femmes (Bonnet et Duchesne, 2019 ; Le Marcis, 2014/1). Bonnet et Duchesne constatent que « le

²³ [Traduction libre] reproduction stratifiée

coût onéreux de la fécondation *in vitro* maintient le recours à cette technique à un milieu restreint au pouvoir économique fort et résidant en ville. » (Bonnet et Duchesne, 2019 : 178). Ce qui signifie que seules les femmes ayant avec leur entourage atteint un certain niveau de stabilité financière sont capables de recourir à la PMA, que ce soit localement ou internationalement.

Les inégalités d'accès aux soins sont par ailleurs envisagées sous l'angle des différences entre les soins disponibles pour les femmes et les hommes, au Nord et au Sud. Patel (2016 : 60) observe que les infrastructures et le soutien des gouvernements au Nord permettent un accès plus aisé aux soins pour les femmes infertiles alors que les femmes au Sud sont parfois laissées à elles-mêmes, financièrement exploitées par tous les types de soignants. La pertinence de la séparation des enjeux de reproduction pour les femmes et pour les hommes est établie par des travaux qui relèvent un « désengagement masculin articulé à une volonté acharnée de la femme à être enceinte ». (Duchesne et Bonnet 2014 : 1 ; Diop, 2009 ; Inhorn, 1993). Ceci dans un contexte où le stigmate de l'infertilité repose surtout dans l'idée que le manque d'enfant est en premier considéré comme étant du fait des femmes, faisant peser sur elles la responsabilité de la recherche de solution (Inhorn, 1993 ; Boerma et Mgalla, 1999). En conséquence, même si la PMA offre plus de possibilités aux femmes en termes de gestion du corps et de contrôle de la reproduction, « les pratiques et les représentations qui lui sont liées peuvent également entretenir, voir accentuer les normes sociales dominantes de la procréation, de la parentalité et de genre » (Rozée et Mazuy, 2012 : 5). À long terme, elles portent seules la responsabilité de la procréation et ne sollicitent plus financièrement leur mari. Plusieurs femmes telles que les participantes à l'étude de Bonnet et Duchesne (2014) renoncent à leur style de vie et à des biens personnels afin de financer la recherche de soins.

Avant de venir en France, Mariam vend les terres qu'elle a reçues en héritage à la mort de son père pour payer le coût des consultations et des examens. Bénédicte vide son compte en banque et vend sa voiture. De plus, elles introduisent toutes les deux une rupture dans leur activité professionnelle. Mariam abandonne son activité professionnelle lorsqu'elle vient consulter pour la première fois en France avec son mari et elle finit par faire appel à des associations françaises pour son alimentation et son hébergement, après avoir logé plusieurs mois chez une parente de son mari. De fait, elle connaît une véritable chute sociale, qui ne la fait pas faiblir pour autant dans sa trajectoire de PMA. Bénédicte, quant à elle, prend un congé sans solde.

Chaque épouse finit par ne plus solliciter financièrement son conjoint. » (Bonnet et Duchesne, 2014 : 15)

La recherche d'enfant fragilise donc les femmes non seulement professionnellement, mais aussi financièrement, et elles sont souvent les seuls membres des couples à devoir consentir à de tels sacrifices car il existe une démission des maris qui contraste avec les investissements et sacrifices des femmes pour accéder à la maternité. Mais les investissements de ces femmes, bien qu'expressions d'inégalités de genre, peuvent être interprétées comme étant une manifestation de la volonté d'émancipation des femmes de leur mari, de leur belle famille, et non comme une reproduction des schémas qui conduisent à faire de la maternité une norme à laquelle il faut à tout prix se conformer. Bonnet et Duchesne (2014) mettent ainsi en perspective l'agentivité de ces femmes et l'articulation de leurs désirs d'enfants face aux diktats culturel ou religieux.

En conclusion, cette revue montre que l'étude de l'infertilité constitue un point de départ idéal pour analyser les disparités inter-sociétales et transculturelles en matière de santé, la relation entre identité et santé, les rôles de genre et les variations sociales et culturelles dans le processus de médicalisation. L'infertilité est stratifiée, à la fois globalement et localement dans la manière dont la question se pose aux sociétés africaines. Cependant, un certain nombre de questions restent en suspens.

Par exemple, à la suite de la définition sociale de l'infertilité, quelles catégories peuvent être dégagées, qui renvoient à des situations réelles d'infertilité ? Toujours en rapport avec une définition de ce qu'est l'infertilité, l'infertilité représente-t-elle toujours une situation stigmatisante dans les contextes africains ?

Pour ce qui est de l'inscription de l'infertilité dans les parcours de vie, on connaît bien le contexte d'émergence des situations d'infertilité, du moins d'un point de vue normatif. Mais on sait peu de choses sur la manière dont le stigmate d'infertilité évolue une fois au fil de la vie que la situation d'infertilité se trouve résolue et que les femmes, jadis stigmatisées, entrent dans la maternité. En d'autres termes, comment évoluent les relations sociales, les rapports aux normaux et aux stigmatisés dès lors qu'une personne fait le retour vers la normalité?

De plus, un des points qui je pense constitue une zone d'ombre de la littérature actuelle, concerne la question du désir d'enfant dans les sociétés africaines contemporaines. Le mariage a connu plusieurs transformations que l'on peut observer en examinant l'évolution de l'âge au mariage, les formes de mariage ou encore le divorce et le célibat. Dans ce contexte, il serait intéressant de se poser la question de savoir quelle forme prend le désir d'enfant dans les sociétés africaines contemporaines, et quelle est la place et l'importance de l'enfantement dans lesdites sociétés par rapport au mariage. Par ailleurs, bien que la littérature semble contenir un consensus sur l'importance de la place du mariage et de la reproduction dans les parcours des femmes, on a peu d'indications sur les subtilités des expressions de ces normes à un niveau local ou à l'échelle d'un parcours de vie.

On constate aussi que la plupart des travaux portant sur l'infertilité des femmes africaines se déploient majoritairement dans des contextes ruraux. Et même lorsque des travaux s'intéressent à l'infertilité en contexte urbain, ils s'attardent surtout sur les techniques modernes de prise en charge de l'infertilité et non pas sur une approche globale de l'expérience de l'infertilité.

La dernière zone d'ombre qui est identifiée dans cette revue de littérature concerne la documentation des expériences quotidiennes de l'infertilité. En effet, on remarque que la plupart des travaux s'intéressent à des parties du vécu de l'infertilité soit le traitement, les conséquences psychologiques, les questions de genre ou encore les conséquences matrimoniales. Ainsi, peu de travaux ont une approche globale de l'infertilité. Plus encore, la plupart des travaux qui s'intéressent aux conséquences sociales de l'infertilité mettent rarement en avant l'agentivité des femmes, qui souvent sont présentées comme subissant passivement et impuissamment leur sort lié à l'infertilité. Or, Johnson-Hanks (2006) estime que la fécondité a été traditionnellement étudiée sous deux angles : le plan politico-économique, représentant les évolutions scientifiques et les coûts d'opportunités des enfants, et le plan symbolique (place de l'enfantement dans les cultures et les relations sociales) et un troisième courant qui récemment tend à réconcilier les deux précédents, celui du vécu de l'infertilité sur la base de la vie quotidienne, ce qui permet de différencier les situations des femmes (Johnson-Hanks , 2006). Elle plaide ainsi pour une méthode et un objectif consistant à étudier le quotidien afin de mieux comprendre les itinéraires particuliers des vies reproductives ou non reproductives des femmes.

Le vécu de l'infertilité au quotidien représente donc la trame de cette thèse au travers de différents thèmes (normes, temporalité, émotions; parcours thérapeutiques; relations et statut social en contexte d'infertilité; etc.) que je vais développer dans le cadre de mon travail. Je m'intéresse particulièrement aux contextes urbains africains, dans une approche globale des expériences de l'infertilité pour les femmes.

Chapitre 2 : Assemblage théorique autour de l'infertilité : genre, sociologie des bifurcations et stigmat

Ce chapitre présente l'assemblage théorique qui est mobilisé pour analyser les expériences de l'infertilité pour les citadines camerounaises. Il emprunte notamment à la sociologie des bifurcations et de l'imprévisible, à l'analyse des parcours de vie, et aux concepts de genre et de stigmat. Dans ce qui suit, je présente et discute ces concepts en prêtant une attention particulière aux implications qu'ils ont pour l'étude des expériences de l'infertilité des Camerounaises. Le chapitre est divisé en trois parties.

Dans la première, je propose une réflexion sur le féminisme et notamment sur la notion de genre, et la manière dont ce concept est mobilisé pour saisir les expériences des femmes. Dans ce sens, j'analyse différentes postures des féministes en ce qui a trait à la place de la santé sexuelle et reproductive, aux droits des femmes, et à la place de la maternité dans les parcours de vie des femmes et plus particulièrement ceux des femmes africaines.

La deuxième partie de ce chapitre se concentre sur le concept de stigmat (Goffman, 1945), sur sa contribution (au cadre théorique et) à la compréhension de l'objet d'étude. La revue de littérature au Chapitre 1 montre que les personnes infertiles subissent différentes formes de marginalisation. Le concept de stigmat permet de préciser les enjeux des moments de bifurcations, qui sont envisagés dans le cadre de l'infertilité comme des moments mettant les femmes à risque de stigmatisation et d'autostigmatisation. Le travail de Goffman sur la stigmatisation se base en grande partie sur la maladie mentale, ce qui représente un élément traduisant la pertinence du concept pour l'étude de conditions médicales. J'aborde aussi les limites formulées à l'endroit du concept de stigmat, sa focale sur les individus et les difficultés de faire le lien entre les expériences personnelles et les dynamiques globales qui en découlent. Cette difficulté de déplacement entre les échelles personnelles et sociétales est résolue en mobilisant le troisième élément de ce cadrage théorique.

La troisième partie de ce chapitre examine la sociologie des bifurcations. Cette proposition permet de se rapprocher de l'expérience de l'infertilité en la conceptualisant comme un événement, un moment de bifurcation dans le parcours de vie. Loin d'être une nouvelle discipline, la sociologie des bifurcations est un projet de construction d'un modèle d'analyse sociologique qui embrasse pleinement les moments de changement, de

potentielle irréversibilité, témoins de la non-linéarité des parcours sociaux. Je pars des approches traditionnelles des bifurcations en sociologie pour préciser le projet de Grossetti (2004) et son cadre d'analyse. Ce faisant, je mets en lumière la manière dont chaque élément de ce cadre d'analyse contribue à la compréhension de l'objet d'étude. Par ailleurs, la sociologie des bifurcations fait partie d'une toile théorique et méthodologique qui se tisse en prenant appui sur des concepts tels que celui de carrière, de stratégie, et principalement sur les approches biographiques. En critiquant la linéarité artificielle des parcours de vie, le travail de Grossetti s'inscrit dans la même lignée que plusieurs travaux qui ne se réclament pas nécessairement de la sociologie des bifurcations. Ces travaux, notamment ceux de Johnson-Hanks (2002) sur la théorie des conjonctures vitales, fournissent des pistes explicites de la mise en œuvre du cadre d'analyse des bifurcations. Cet assemblage de concepts et théories me permet de proposer une approche unique de l'étude de l'infertilité qui prend appui sur les expériences des femmes, leur donnant des sphères d'expression. Les théories et concepts mobilisés se situent à la fois dans la dimension collective du social, à travers les normes notamment, et dans l'individuel, en prenant en compte les aspirations et émotions des individus. Ceci me semble pertinent pour étudier mon objet qui se situe aux confluent de projets parentaux personnels et de projets collectifs de reproduction. Ces propositions prennent en compte non seulement la force qu'exerce le contexte, mais aussi le potentiel qu'ont les individus de créer des opportunités de changement. Ces perspectives me permettront de voir quelles stratégies les participantes utilisent pour créer ou explorer différentes avenues de résolution en fonction de leurs positions et ressources. En outre, ces propositions prennent en compte différentes échelles d'analyse comme le temps et l'espace et permettront d'envisager l'infertilité selon chacun de ces points de vue. Elles permettent enfin de réinscrire l'infertilité dans un ensemble de contraintes relationnelles et de ressources.

I. Genre, femmes et reproduction en études africaines

Dans cette articulation sur les différences dans les débats autour du Genre au Nord et au Sud, mon objectif est d'analyser les ambiguïtés qui existent autour du traitement de la maternité dans les luttes des femmes.

Mead (1955) à travers ses travaux dans des tribus de Papouasie-Nouvelle-Guinée démontre que les rapports de genre « ne sont pas des phénomènes à valeur universelle générés par une nature biologique commune, mais bien des constructions culturelles » (p. 22). En effet, chaque société construit des attentes vis-à-vis de ses membres selon qu'ils soient des hommes ou des femmes, bien que cette différenciation ne signifie pas nécessairement une stratification. Cependant, selon Héritier (1996), la hiérarchisation des positions et rôles sociaux se retrouve dans plusieurs couples normatifs et analytiques tels que « le rapport hommes/femmes, et ou aînés/cadets (...), le rapport parents/enfants » (p. 67). À propos des rapports hommes/femmes, Héritier constate la fréquence de la domination masculine, dont elle replace l'enjeu dans le contrôle de la reproduction.

Ainsi, je ne m'intéresse pas à la portée générale des luttes des femmes au Nord ou au Sud, mais à la manière dont les débats sur les relations entre les hommes et les femmes dans le féminisme dominant, et dans les luttes des femmes en Afrique, ont façonné la manière dont les questions liées à la reproduction, et donc l'échec de reproduction, sont traitées sur le continent.

A. Maternités et participation citoyennes des femmes

Cette partie aborde les préoccupations des femmes dans la période à laquelle plusieurs auteurs se réfèrent comme étant la première vague du féminisme fin XIX^e- début XX^e siècle (Forte et *al.*, 2023). Je propose un bref aperçu de la première vague du féminisme en ce qui concerne les rapports de genre dans le Nord global, puis dans le cas spécifique du Cameroun.

1. *La maternité dans les premiers mouvements de femmes au Nord.*

La première vague des mouvements féministes au Nord (fin XIX^e début XX^e) , est basée sur la maternité comme moyen de participation politique pour les femmes (Knibiehler, 2007). Le fait de se poser en mère de citoyens permet de lier la sphère privée - dans laquelle la femme mariée doit obéir à son mari-, au domaine public où « les hommes les approuvaient et les encourageaient, louant les « mères des générations futures

» (Knibiehler, 2007 :11). Ceci pose donc la question de la place des femmes infertiles dans ces luttes.

Cependant, ironiquement, en raison de leur statut de mère et de la nécessité du soin aux enfants, les femmes se trouvent écartées de la participation politique et assignées à la sphère domestique. Se développe alors un féminisme de suffragistes dans lequel les femmes, toujours engagées dans des revendications autour de la maternité (assurances et congés de maternité, etc.), ne se posent plus en mères, mais en êtres humains (Knibiehler, 2007). C'est aussi un féminisme égalitariste qui, sans remettre en question les structures sociales qui donnent plus de pouvoir aux hommes, entend faire élaborer des lois plus favorables aux femmes. Les femmes en France, aux États-Unis, en Grande-Bretagne, réussissent à obtenir un statut de citoyennes, qui ultimement leur permet d'accéder au marché du travail.

Ce féminisme maternaliste et suffragiste ne questionne donc pas les positions des hommes, mais milite pour une reconnaissance des spécificités des femmes, et valorise leur potentiel de contribution à la construction de la nation à travers la maternité. C'est un féminisme qui considère la différence entre les hommes et les femmes comme naturelle, et cette binarité est critiquée par Scott (1998 : 9) notamment. Bien que cette critique remonte à quelques décennies, on verra plus bas qu'elle reste présente dans plusieurs travaux sur le genre en Afrique. De plus, Forte et Leconte (2023 :1) expliquent que malgré les contributions des femmes racisées telles que Sojourner Truth, la lutte pour les droits civiques concerne essentiellement les femmes blanches privilégiées.

2. Mouvements des femmes, rapports de genre et maternité au Cameroun

Dans le même temps (que celui de la première vague), alors que les femmes au Nord dénoncent des inégalités sexistes, les femmes Camerounaises font face à la domination coloniale, qui s'appuie entre autres sur des lois sexistes. Le travail de reproduction des femmes est mobilisé au travers de politiques pro natalistes, de même que leur force productrice est mobilisée dans le développement économique et militaire de l'empire colonial. En effet, selon Bambona (2012), dans le Cameroun colonial de 1894 à la guerre de 1914, les femmes camerounaises font partie de l'appareil colonial allemand en étant intégrées aux troupes militaires. Contrairement aux femmes blanches épouses de colons

qui bénéficient d'une certaine protection, les Camerounaises, habituées au dur labeur sont sollicitées pour résister à la force franco-anglaise. Cependant, elles sont assignées à des rôles qui rappellent la domesticité : ravitaillement, soutien moral aux troupes, information, soins aux blessés, s'approchant de plus en plus de la zone de front, sans pour autant prétendre à la même rétribution que celle accordées aux hommes.

On observe donc non seulement des expériences différenciées entre les hommes et les femmes au Cameroun, mais aussi entre les Camerounaises et les femmes occidentales bourgeoises, tenantes de la première vague du féminisme.

Après la défaite allemande de 1914, le Cameroun est placé sous mandat français en 1916, et anglais en 1922. Mais ce changement ne bouleverse en rien la division coloniale du travail et la place des femmes dans ce dispositif. Cependant, dans un contexte pro nataliste, il est intéressant de noter la manière dont la maternité est mobilisée dans la colonie comme moyen de hiérarchiser politiquement et socialement les femmes camerounaises.

En effet, Ndengue (2016) explique qu'en 1945, une partie des Camerounais obtiennent le droit de vote. Ce droit de vote est qualifié de capacitaire, car il concerne uniquement les hommes en tant qu'auxiliaires de l'administration. En 1946, Laurence Eteki Maladi, crée l'Assofecam qui milite pour l'émancipation des femmes camerounaises et réclame une levée des restrictions à l'exercice du droit de vote des femmes. Conséquemment, une nouvelle loi est votée en « mai 1951 accordant le droit de vote aux mères de deux enfants » (Ndengue, 2016 : 74). La maternité nombreuse est donc encouragée et sert de critère pour la participation politique des femmes. Ce qui n'est pas sans rappeler les revendications des femmes bourgeoises du Nord qui basaient leurs revendications sur la participation citoyenne par la maternité. Cependant, en revendiquant l'égalité de genre et en critiquant les rôles attribués aux femmes Africaines dans l'appareil colonial, l'Assofecam est jugée dangereuse et est interdite. Mais son combat est perpétué par l'Union démocratique des femmes camerounaises (UDEFEC) (Terreta, 2007 :62) et par l'Union des Femmes Camerounaises (UFC) qui émerge en 1952 (Ndengue, 2016 : 75). Les revendications de ces associations sont concomitantes à la seconde vague du féminisme.

On constate donc que dans la trame temporelle qui correspond à ce qu'on appelle la première vague du féminisme, les systèmes de domination locaux et les systèmes de domination coloniaux se nourrissent les uns des autres pour assujettir les femmes

camerounaises, ou pour les utiliser lorsque cela est nécessaire. Dans ce sens, l'idée de colonialité du genre (Lugones : 2019)²⁴ est extrêmement pertinente pour sortir de la binarité homme-femme, et rendre compte des différenciations dans les expériences des femmes africaines et européennes, par rapport à l'enjeu que représente la maternité dans la participation citoyenne. En effet, contrairement au contexte occidental dans lequel les hommes refusent aux femmes la participation politique en les réassignant à la sphère domestique *en raison* de la maternité, dans les colonies, les femmes peuvent justement accéder à une participation politique partielle à *condition* d'être capable de maternité. La maternité pour les femmes africaines est donc paradoxalement une clé d'accès à une certaine indépendance à travers la participation politique. Toutefois, cela ne nous renseigne pas sur la manière dont l'infertilité est traitée, d'un côté comme de l'autre, une femme infertile au Nord ou aux Suds semblant se retrouver en dehors de la portée des luttes des femmes et de la gestion coloniale.

Dans la seconde vague du féminisme, les différences de genre se précisent, de même que l'on commence à aborder le statut des femmes infertiles en raison de l'émergence des techniques de procréation médicalement assistée.

B. Maternité, genre, et contrôle du corps fécond

La deuxième vague du féminisme émerge dans les années 60-80 en nommant et en circonscrivant la trame temporelle de la première. Dans la seconde vague du féminisme, la différence des expériences entre les hommes et les femmes se précise à travers les travaux de féministes telles que Betty Friedan (1963) aux États-Unis, Germaine Greer (1970) en Angleterre et Simone de Beauvoir en France (1949) qui affirme la construction sociale des rôles de genre en écrivant qu' « on ne naît pas femme, on le devient ». Cette réflexion sur le genre est approfondie par des féministes anglophones telles qu' Ann Oakley (1972) qui montre que le sexe renvoie à la distinction biologique entre mâles et femelles, tandis que

²⁴ L'idée de colonialité du genre met en lumière l'intersection entre les dynamiques coloniales et les constructions de genre, tout en soulignant les continuités entre le colonialisme historique et les formes contemporaines d'oppression. Cependant, la notion pourrait bénéficier d'une approche plus contextualisée de la notion de genre, notamment dans les cultures africaines.

le « genre » renvoie à la distinction culturelle entre les rôles sociaux et les identités des hommes et des femmes. Et Joan Scott (1986/2009), qui apporte une dimension historique à l'analyse des rapports de genre en interrogeant les relations de pouvoir qui sont aux fondements des catégories homme et femme.

1. Maternité, genre et la seconde vague du féminisme au Nord

Les débats sur la maternité pendant la seconde vague du féminisme sont polarisés entre l'accès la contraception et l'avortement, qui permettent à des femmes en situation de procréer de choisir de ne pas le faire, et les avancées technologiques en PMA, qui permettent aux femmes infertiles de réaffirmer leur désir d'enfant.

Ce contexte crée ce qu'Engeli nomme «désordre dans l'ordre reproductif» (2009 :203), une situation de mise en débat de la biologisation de la reproduction et de trouble dans l'ordre traditionnel du genre. Fortino (1997) repère d'ailleurs trois étapes dans ce débat:

La première, 1970/1971, est celle de la « maternité volontaire » ou de la lutte pour la libération de l'avortement. (...). La deuxième étape, 1970 / 1975, est celle de la théorie de la maternité comme esclavage et voit se développer l'utopie de l'émancipation immédiate des femmes. (...) La dernière étape, 1976 / 1980, est celle de la 'maternitude'. À partir de 1976, c'est un tout autre discours qui émerge et prend résolument à contre-pied le précédent. (Fortino, 1997 : 3-4-6)

Cependant, c'est la seconde étape qui marque le plus profondément les débats sur le genre. Simone de Beauvoir (1953) par exemple, considère que le fait de devenir une mère renforce les institutions patriarcales qui accordent plus de pouvoir aux hommes. Selon Neyer et al. (2011 :164-165), le patriarcat conduit à diminuer l'importance du travail des femmes autour de la maternité biologique et donc des contraintes liées à la grossesse, mais aussi de la maternité sociale, c'est-à-dire du soin nécessaire aux enfants – que Hochschild (1983-2003) théorise à travers son travail sur la charge émotionnelle genrée qui s'adresse aux femmes dans les sphères professionnelles et conjugales. Les imperfections du système capitaliste sont mises de l'avant en ce qu'il exploite non seulement la force de production des femmes, mais aussi leur force de reproduction non rémunérée, au profit des hommes et de la société (Yuval-Davis : 1997).

En questionnant la maternité, les travaux des féministes de la seconde vague inspirent des revendications concernant la liberté sexuelle et la maîtrise du corps fécond. Cependant, les femmes racisées au Nord et les femmes au Sud ne se retrouvent pas dans cet agenda féministe qui ne prend pas suffisamment en compte leurs conditions de vie ainsi que la spécificité de leur histoire coloniale ou esclavagiste (Sow, 2012 :150). Dans cette optique, il s'avère difficile pour elles de s'identifier au discours des féministes majoritaires. Elles souhaitent mettre l'accent sur la variabilité des expériences d'oppression eu égard aux rapports de domination propres à une société raciste, sexiste, et colonialiste (Vergès, 2017).

2. La seconde vague et les luttes des femmes au Cameroun

Au moment de la seconde vague du féminisme, les revendications des femmes camerounaises concernent majoritairement les indépendances (le Cameroun obtient son indépendance de la France et de la Grande-Bretagne en 1960), occultant souvent les débats sur leurs propres conditions (Sow, 2007). Cependant, en analysant la présence coloniale, elles mettent de l'avant la contribution des femmes blanches dans l'entreprise coloniale et dans leur assujettissement. Contrairement au Nord qui la rejette largement, les femmes camerounaises se saisissent de la maternité comme moyen de résistance à la domination coloniale.

Selon Terreta (2007), les nationalistes camerounaises de l'UDEDEC (1952 (Ndengue (2016)) articulent une critique politique du pouvoir colonial et de celui accordé aux hommes, – en comparaison au pouvoir qu'avaient les femmes avant et pendant une partie de la période coloniale – à une réclamation de la maternité comme faisant partie du pouvoir politique des femmes, un acte de résistance aux politiques coloniales de réduction de la population. En effet, pour Terreta (citant Diduk, 1989),

In most Cameroonian societies, motherhood brought women outside the household, by marking their transition to adulthood, their entry into socio-economic realms of planting, trade, and belonging to associations, and their participation in political processes. (Terreta, 2007:79)²⁵

²⁵ [Traduction libre] Dans la plupart des sociétés camerounaises, la maternité a fait sortir les femmes du foyer, en marquant leur transition vers l'âge adulte, leur entrée dans les domaines socio-économiques de la plantation, du commerce et de l'appartenance à des associations, ainsi que leur participation aux processus politiques. (Terreta, 2007:79)

Contrairement aux discours féministes dominants de cette époque, la maternité au Cameroun ne correspond donc pas à un enfermement pour les femmes, c'est un moyen d'exister socialement et politiquement. Ceci permet donc de poser l'hypothèse selon laquelle, dans le contexte camerounais de cette époque, l'infertilité n'est pas uniquement un deuil social. C'est aussi un deuil politique puisque les femmes infertiles seront exclues des avantages politiques que confère la maternité. Et cette tendance se poursuit dans les travaux scientifiques contemporains qui placent souvent les femmes africaines dans la sphère du privé, oubliant que c'est à travers cette sphère qu'elles accèdent au public du fait de la reconnaissance dont elles font l'objet, en raison entre autres de la maternité.

La maternité devient donc un outil de résistance, ce qui conduit les femmes à boycotter les cliniques de santé mère-enfant gérées par les colons, qui sont envisagées comme étant un moyen d'infertiliser les femmes et de taire la révolution. Dans ce sens, l'analyse genrée des expériences des femmes camerounaises de cette époque permet d'élucider une des sources de la peur de l'infertilité telle que décrite au chapitre 1.

Cependant, les militantes de l'UDEFEC insistent sur l'importance de la santé reproductive pour les femmes.

From the early days of the UDEFEC, its founders stressed the importance of medical care for women, particularly pre-natal care, and the need for improved birthing clinics and maternity wards in dispensaries. The importance of biological fertility, reproduction, and maternity care resonated with Cameroonian women in urban and rural areas alike. (Terreta, 2007 :79)²⁶

Ainsi, dans cette trame historique qui correspond à la seconde vague du féminisme, la place accordée à la maternité évolue. D'abord valorisée par l'appareil colonial en contexte de guerre et de besoin de main-d'œuvre, la maternité se trouve limitée par ce même appareil colonial, de même que par celui du développement plus tard. Ce qui permet de proposer que les expériences contemporaines de l'infertilité s'inscrivent dans un héritage colonial qui contribue à l'invisibiliser. Il devient donc nécessaire d'interroger la récupération du

²⁶ [Traduction libre] Dès les premiers jours de l'UDEFEC, ses fondateurs ont souligné l'importance des soins médicaux pour les femmes, en particulier les soins prénataux, et la nécessité d'améliorer les cliniques d'accouchement et les maternités dans les dispensaires. L'importance de la fertilité biologique, de la reproduction et des soins de maternité a trouvé un écho auprès des femmes camerounaises des zones urbaines et rurales. (Terreta, 2007:79)

débat sur la santé sexuelle et reproductive des femmes africaines par l'entreprise du développement dans un contexte néocolonial.

La seconde vague du féminisme est donc un moment de profonds bouleversements qui mettent en lumière des dissensions dans le mouvement féministe. C'est par ailleurs le moment d'un approfondissement du concept de genre, avec une documentation plus précise des expériences des femmes en relation avec la maternité. Pourtant, l'infertilité reste un sujet largement occulté, notamment en Afrique, comme le mentionne Anne Retel (1974) dans ses travaux sur la ceinture d'infertilité.

Cependant, les luttes des femmes de la seconde vague au Nord conduisent les institutions internationales, notamment les Nations Unies, à agir pour la formation de cadres dont le rôle consiste à penser les expériences des femmes et les moyens de remédier aux inégalités. La mise en place en 1979 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) par les Nations Unies en constitue un exemple. Cette convention pose les prémices des cadres *genre et développement en Afrique* qui, à la faveur du tournant malthusien, s'inspirent des revendications de la seconde vague pour mettre de l'avant la limitation des naissances comme un des moyens d'améliorer les conditions de vie des femmes.

C. Identités multiples, féminismes de la troisième vague et santé sexuelle et reproductive

Avec l'institutionnalisation du féminisme dans l'académie, de plus en plus de femmes se réclament du mouvement. La troisième vague du féminisme, émergeant dans les années 1990, se caractérise par l'affirmation de l'approche intersectionnelle et par la reconnaissance des identités multiples qui traversent le mouvement des femmes.

1. Maternités, genre et féminismes de la troisième vague

La troisième vague féministe a eu un impact significatif sur les discours et les pratiques liés au développement en Afrique, avec l'éclosion de voix remettant en question les

approches traditionnelles qui ne prenaient souvent pas en compte les réalités complexes et variées des femmes sur le continent.

Dans la mouvance décoloniale nourrie par la reconnaissance des identités multiples, en Afrique, le genre se trouve questionné dans sa pertinence comme outil pour saisir les réalités des femmes africaines (Oyèrónké Oyéwùmí, 1997). De même au Nord, le concept est retravaillé, notamment par des chercheurs tels que Judith Butler (1999), qui met en évidence la performativité du genre dans la vie quotidienne, et remet en question les idées traditionnelles sur le genre, notamment le lien entre femme-féminité, et homme-masculinité. Dans ce sens, la maternité est une performance de genre, un ensemble de comportements et de discours qui sont façonnés par des normes culturelles. Bien que le travail de Butler se concentre principalement sur le genre, elle reconnaît l'importance de l'intersectionnalité, c'est-à-dire la manière dont les identités de genre interagissent avec d'autres axes de l'identité tels que la race, la classe sociale et l'orientation sexuelle.

En effet, Maillé (2014) explique que dans la suite des débats portés par les femmes noires des États-Unis d'Amérique depuis la première vague, des femmes telles Kimberlé Crenshaw et Patricia Hill Collins proposent des outils théoriques permettant de prendre en compte les multiples critères de leurs identités.

Kimberlé Crenshaw a proposé le concept d'intersectionnalité en 1989 afin de saisir la variété des interactions des rapports de genre et de race, au plus près de la réalité même des expériences des femmes afro-américaines. (...) L'intersectionnalité des rapports de pouvoir produit en effet des tensions, des conflits et des effets destructeurs et déstructurants dans les processus de mobilisation des mouvements sociaux. (Maillé, 2014 :43)

L'intersectionnalité est présentée à la fois comme une théorie et une posture méthodologique dont l'ambition est de saisir les individus dans leur multiplicité. Ils sont en effet façonnés par les trajectoires historique, temporelle et contextuelle du eux et du nous (frontières ethniques, raciale, géographiques, économiques, genre, capacité), mais aussi par les processus de subjectivation et d'incarnation qui façonnent les identités, les rapports à soi et aux autres. Dans ce sens, les approches intersectionnelles de la maternité tiennent compte de la manière dont la classe, la race, ou l'histoire coloniale par exemple influence les expériences de la maternité comme l'explique (Neyer et al, 2011) :

Linking maternity to the gender, racial, social, and economic structures also challenged the assumption of a universal concept and experience of motherhood, and it called attention to the special discrimination and exploitation of mothers which were not termed "true mothers", in particular single mothers, stepmothers, mothers of color, and mothers of a different ethnic or national background. (Neyer et al, 2011 :166)²⁷

Un exemple de ce que Neyer propose autour d'une approche intersectionnelle de la maternité se trouve dans les travaux de Vergès (2017). Selon cette dernière, les rapports coloniaux peuvent être analysés à travers la gestion du corps des femmes. Une figure de la bonne mère émerge ici, elle est non seulement blanche, mais aussi de la classe moyenne ou élevée. Vergès relève ainsi une disparité entre les politiques appliquées dans les territoires français d'Outre-mer où les femmes vivaient des stérilisations forcées, et la France où les femmes sont encouragées à la maternité.

La troisième vague féministe a eu un impact significatif sur les discours et les pratiques liés au développement en Afrique, avec l'éclosion de voix qui remettent en question les approches traditionnelles ne prenant souvent pas en compte les réalités complexes et variées des femmes sur le continent africain.

2. Genre et santé sexuelle et reproductive en Afrique

Les débats sur le lien entre genre et santé sexuelle et reproductive (SSR) en Afrique s'inscrivent dans une dynamique marquée par les politiques de développement et les agendas internationaux de population. La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire en 1994 et la Conférence mondiale sur les femmes à Beijing en 1995 ont joué un rôle déterminant dans l'intégration des perspectives de genre dans les politiques de santé reproductive sur le continent (Pelchat, 1995; Locoh, 2007; Calvès & Adjamagbo, 2014). Ces événements ont contribué à établir un cadre normatif plaçant l'empowerment des femmes et l'accès aux services de SSR au cœur des stratégies

²⁷ [Traduction libre] L'établissement d'un lien entre la maternité et les structures sexospécifiques, raciales, sociales et économiques a également remis en question l'hypothèse d'un concept et d'une expérience universels de la maternité, et a attiré l'attention sur la discrimination et l'exploitation particulières des mères qui n'étaient pas qualifiées de "vraies mères", en particulier les mères célibataires, les belles-mères, les mères de couleur et les mères d'une origine ethnique ou nationale différente (Neyer et al, 2011 :166).

de développement (Sen et al., 2009). Toutefois, ce cadre a suscité des critiques, notamment quant à son adéquation aux réalités socioculturelles africaines et à son enracinement dans des approches occidentales du féminisme.

L'approche dominante de la SSR en Afrique repose largement sur une lecture des inégalités de genre inspirée des théories féministes transnationales. Cette perspective met en avant la nécessité de donner aux femmes un contrôle accru sur leur fécondité et leur santé reproductive comme levier d'autonomie économique et sociale (Hardee et al., 1998). L'empowerment des femmes à travers la planification familiale et l'accès à la contraception est ainsi un axe central des interventions en matière de SSR (Murphy, 2017). Cependant, ce cadre s'inscrit dans une temporalité qui correspond à la troisième vague du féminisme, laquelle met l'accent sur l'intersectionnalité et la diversité des expériences féminines (Crenshaw, 1989). Or, comme le soulignent Calvès et Adjamagbo (2014), l'orientation dominante en Afrique a plutôt suivi une logique de contrôle démographique héritée des politiques néo-malthusiennes, où la réduction de la fécondité est envisagée comme un impératif du développement. Cette focalisation a conduit à une tension entre les objectifs de justice reproductive (Ross et Solinger, 2017) et les politiques de population visant à limiter la croissance démographique (Bongaarts, 2014).

Face à ces enjeux, plusieurs chercheuses africaines ont remis en question la pertinence du concept de genre tel qu'il est mobilisé dans les politiques de SSR. Sow (2012:152) distingue deux principales orientations dans les débats féministes en Afrique :

- Le rejet du concept de genre en tant qu'importation occidentale, position défendue notamment par des autrices publiées dans *Jenda, A Journal of Culture and African Women Studies*. Ce courant critique l'application du concept de genre aux sociétés africaines sans prise en compte des logiques sociales et historiques locales (Amadiume, 1987; Oyěwùmí, 1997). Dans cette perspective, les catégories de sexe et de genre sont perçues comme des constructions occidentales inadaptées aux

structures sociales africaines précoloniales, où les relations de pouvoir étaient souvent organisées différemment (Oyěwùmí, 1997)²⁸.

- La réappropriation critique du concept de genre, défendue par des chercheuses associées à *Feminist Africa*. Cette approche ne rejette pas entièrement le concept de genre, mais propose une lecture plus ancrée dans les réalités africaines. Elle met en lumière les multiples formes de résistances et d'agentivité des femmes africaines face aux injonctions sociales et aux normes reproductives (Mama, 2001; Cornwall, 2007). Plutôt que d'abandonner l'analyse de genre, ce courant cherche à l'adapter aux contextes locaux en intégrant les enjeux de classe, d'ethnicité et de colonialité (Tamale, 2020).

En parallèle de ces deux orientations, un autre courant critique émerge, proposant une relecture des enjeux de la maternité et de la SSR à partir des réalités africaines. Le maternisme, porté par des chercheuses comme Acholonu (1995), Obioma Nnaemeka (1997), Nkealah (2016) et Sakombi (2018, 2022), remet en question la centralité du genre dans l'analyse des rapports sociaux et valorise une vision des relations hommes-femmes fondée sur la complémentarité et l'interdépendance. Ce courant critique le féminisme dominant pour son manque de prise en compte des réalités spécifiques aux femmes africaines en matière de reproduction et d'organisation familiale. Il propose une lecture des relations de genre qui ne repose pas sur une opposition systématique entre les sexes, mais sur des dynamiques de coopération et d'alliances (Nnaemeka, 2004).

Par ailleurs, certaines chercheuses plaident pour une approche fondée sur la justice reproductive, qui prend en compte les rapports de pouvoir globaux et les inégalités structurelles influençant l'accès aux services de SSR (Ross et Solinger, 2017; Tamale, 2020). Contrairement aux approches centrées sur la planification familiale et le contrôle des naissances, la justice reproductive insiste sur la nécessité de garantir aux femmes le droit d'avoir des enfants, de ne pas en avoir, et d'élever leurs enfants dans des conditions dignes et sécurisées. Cette approche est particulièrement pertinente en Afrique, où les

²⁸ Voir *Male Daughters, Female Husbands: Gender and Sex in an African Society* (1987) et *Re-Inventing Africa: Matriarchy, Religion and Culture* (1998) d'Amadiume, ou *The Invention of Women: Making an African Sense of Western Discourses* d'Oyewùmí (1997)

politiques démographiques et les programmes de SSR ont souvent été façonnés par des préoccupations externes liées à la croissance démographique et aux objectifs de développement durable (Bongaarts, 2014; Tamale, 2020).

Le débat sur le genre et la santé sexuelle et reproductive en Afrique est traversé par des tensions entre les agendas internationaux, les critiques féministes africaines et les perspectives alternatives sur la maternité et la justice reproductive. Si l'intégration du genre dans les politiques de SSR a permis de visibiliser certaines inégalités et d'améliorer l'accès des femmes aux services de santé, elle a également été critiquée pour son inscription dans des cadres normatifs occidentaux et pour son accent sur le contrôle démographique. Alors que certaines chercheuses africaines rejettent le concept de genre en tant qu'outil d'analyse importé, d'autres tentent de le réapproprier pour mieux rendre compte des réalités locales. Parallèlement, des approches comme le maternisme et la justice reproductive offrent des alternatives qui mettent en avant des conceptions différentes des relations entre hommes et femmes et des enjeux de la reproduction. Ces perspectives, encore marginalisées dans les politiques publiques, méritent d'être davantage prises en compte pour une approche plus inclusive et contextualisée de la santé sexuelle et reproductive en Afrique.

II. Étudier les marginalités et la stigmatisation

Erving Goffman dans son livre *Stigmate, les usages sociaux des handicaps* — publié pour la première fois aux États-Unis en 1963 sous le titre *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* et que l'on aurait pu traduire plutôt par « *Stigmate : notes sur la gestion d'une identité abimée* » — analyse l'expérience de la stigmatisation et la question de la normalité dans la société ce qui ouvre plusieurs pistes de réflexion pour appréhender la situation d'infertilité chez les femmes camerounaises. En particulier, en posant l'infertilité comme une remise en question de l'identité des femmes dans la société camerounaise, il devient alors pertinent de saisir leur degré d'agentivité à travers les actions qu'elles entreprennent pour gérer leur identité de femme infertile.

Goffman propose un résumé de ses résultats de recherche sur le stigmate en ces termes :

Le concept d'identité sociale nous a permis d'envisager la stigmatisation. Avec celui d'identité personnelle nous avons étudié le rôle que joue le contrôle de l'information dans le maniement du stigmaté. Maintenant, grâce à cette notion de l'identité pour soi nous pouvons analyser ce que l'individu ressent à l'égard de son stigmaté et de ce qu'il en fait, non sans prêter une attention particulière aux divers conseils qu'il reçoit en cette matière. (Goffman, 1975 :128)

Au-delà de sa signification étymologique (une marque durable sur la peau), le concept de stigmaté renvoie en sociologie à tout attribut social dévalorisant, qu'il soit visible ou non.

A. Identités et stigmaté

Les identités sociales sont des catégories, caractérisées par des attributs, qui dans les relations sociales permettent de répartir les personnes. Elles sont d'abord virtuelles, et font naître des attentes en fonction des représentations qu'on se fait des personnes et de leurs attributs: « nous appuyant alors sur ces anticipations, nous les transformons en attentes normatives » (Goffman, 1975 :12). Dans le contact, on réalise quels sont les attributs réels des personnes, et on se fait une idée de leurs identités sociales réelles. Ainsi, si le contact avec une personne nous conduit à identifier des attributs qui la rendent différente des personnes considérées ordinaires, si l'écart entre son identité sociale virtuelle et son identité sociale réelle est trop grand, et que les attentes normatives qui découlent de l'identité sociale virtuelle ne sont pas comblées, lesdits attributs se constituent en stigmaté et diminuent la personne aux yeux de l'observateur. Il définit ainsi le stigmaté comme étant « un attribut qui jette un discrédit profond » (1975 :13) Goffman identifie deux façons dont la stigmatisation peut être vécue : la première est lorsqu'une différence est connue ou visible, la personne est discréditée et lorsque la différence est invisible ou inconnue, la personne discréditable. Ainsi, surtout pour les personnes ayant un stigmaté visible, la rencontre avec les autres est toujours source d'angoisse. Lorsque le stigmaté n'est pas visible, la personne met en œuvre un contrôle strict des informations afin d'éviter le discrédit.

En raison de la complexité et de la multiplicité de situations que recouvre le concept de stigmaté, Link et Phelan (2001 :365) proposent de ne pas formuler une définition statique du concept, mais de laisser à chaque chercheur le soin de définir ce concept en

l'arrimant à la réalité sociale étudiée. Dans le cadre de cette thèse, le stigmaté est considéré à la fois comme un attribut (infertilité) et une absence d'attribut (absence d'enfant), qui dans les relations sociales et les relations à soi sont sources de (auto)marginalisation, et qui appellent un éventail de réponses.

B. Typologie et réponses au stigmaté chez Goffman

Goffman (1975 :14) distingue trois types de stigmates : les difformités du corps, les tares de caractère, les caractéristiques tribales. Il explique que la fabrique de discrimination qui découle d'attributs potentiellement stigmatisants nécessite la présence d'un sentiment de normalité chez la personne qui observe, une acceptation du stigmaté et un sentiment de déviance chez la personne observée. En effet, selon l'auteur si une personne qui porte des attributs négatifs développe sur elle-même une image de normalité et sur les autres un sentiment d'étrangeté, il est possible qu'elle échappe au stigmaté. Par ailleurs, à partir de l'identification d'un attribut négatif, les personnes supposent l'existence d'autres caractéristiques négatives afin de justifier une attitude déshumanisante envers la personne stigmatisée.

Toujours est-il que les normes sociales que l'individu stigmatisé intègre et qui façonnent son idée de la normalité servent de base pour nourrir un sentiment de honte, de haine et de mépris de soi en raison de l'attribut dévalorisé. Et ces normes sont renforcées par la présence dans l'entourage de personnes normales, qui n'accordent pas la considération et le respect que l'individu anormal aurait reçu. Goffman décrit ce moment de prise de conscience du stigmaté selon quatre modalités :

- Avec le stigmaté inné, l'individu se socialise au sein de son désavantage; (la prise de conscience du stigmaté opère donc par un processus d'apprentissage construit socialement);
- Avec la socialisation dans le cercle domestique, le stigmaté peut constater son handicap lorsqu'il sort de ce cercle;
- Lorsqu'un individu se voit affligé d'un stigmaté sur le tard, il doit se réidentifier; (le parcours de vie étant imprévisible, les individus peuvent à tous

moments, acquérir des caractéristiques discréditantes au regard des normes et des rôles de genre par exemple);

- Enfin, ceux qui ont été socialisés dans une communauté étrangère doivent apprendre une seconde manière d'être.

L'auteur identifie aussi plusieurs types de réponse de la part de la personne stigmatisée, qui montrent qu'elle n'est pas complètement dénuée de pouvoir face aux normes sociales et au stigmat. La personne stigmatisée fait donc preuve d'agentivité et peut initier des actions de correction ou d'effacement du stigmat. Ces actions mobilisent souvent de grands investissements, y compris le recours à des charlatans selon Goffman. Il insiste ici sur le risque de victimisation :

Ici, il convient de mentionner une tendance à la « victimisation », qui provient de ce que la personne stigmatisée se trouve exposée à toutes sortes de charlatans qui viennent lui vendre des remèdes (...), des cures par la foi, de l'assurance dans la conversation. Mais, qu'il s'agisse de techniques efficaces ou de tromperies, la quête, bien souvent secrète, qu'elles entraînent montre de façon particulièrement évidente jusqu'où les personnes stigmatisées sont prêtes à aller et par la suite la tristesse d'une situation qui les conduit à de telles extrémités. (Goffman, 1975 :20)

Une autre stratégie consiste pour la personne stigmatisée en une tentative de maîtrise des domaines d'activité qui lui sont normalement fermés et ainsi, de tenter d'améliorer sa situation. La personne stigmatisée peut aussi positiver sa situation en mettant en avant les caractéristiques et les expériences acquises en raison des défis soulevés par le caractère stigmatisant. Par ailleurs, les personnes discriminées autour d'un stigmat peuvent se regrouper afin de créer des groupes de soutien et d'identification, ou encore se couper de la société. Le stigmat peut en outre être inversé et utilisé pour obtenir des « petits profits » (p.21) comme justifier un échec, avoir obtenu une bénédiction à travers la souffrance, une relativisation de son malheur.

La personne stigmatisée n'est donc pas dans une attitude passive face au stigma, elle met en œuvre différentes sortes de stratégies visant à infléchir les normes et leurs modalités de régulation. Le concept de stigmat est donc pertinent pour saisir les situations marginales, et est souvent mobilisé dans les travaux qui vont dans ce sens. Mais les utilisations du concept de stigma posent un ensemble de questions.

C. Mobilisation du concept de stigmaté et défis

Link et Phelan (2001 : 365-366) identifient deux défis principaux à l'utilisation du concept de stigmaté. La première limite est que plusieurs chercheurs qui travaillent sur des questions de marginalités ne sont pas eux-mêmes des marginaux, ce qui apporte une difficulté à rendre compte des expériences des marginaux. Kleinman (1997) y répond en écrivant que non seulement chaque chercheur se trouve dans une marginalité de sujet, de terrain, de discipline, mais en plus, il n'y a pas besoin d'être soi-même un marginal pour vivre et écrire sur la marginalité.

Living and writing at the margin of the wider society, whether it is our destiny or not, can be a statement about what is and what is not at stake. Perhaps it is only at the margin that we can find the space of critical engagement to scrutinize how certain of the cultural processes that work behind our backs come to injure us all, constraining our possibilities, limiting our humanity. (Kleinman, 1997 :5)

Ainsi, selon cet auteur la marginalité est même une situation avantageuse pour le chercheur, car elle contient un projet politique et social de changement.

La seconde limite réside dans le focus de l'approche de Goffman sur l'individu. Ce point de vue est secondé par Garneau (2017 :51) qui parle d'un « couplage flou » entre le microsociologique et le macrosociologique dans la proposition de Goffman.

Pour répondre à ces limites, Link et Phelan proposent une reconceptualisation du stigmaté qui identifie quatre ingrédients à prendre à compte dans l'analyse. Ces ingrédients sont l'étiquetage, les stéréotypes, la séparation, la perte de statut et la discrimination.

In our conceptualization, stigma exists when the following interrelated components converge. In the first component, people distinguish and label human differences. In the second, dominant cultural beliefs link labeled persons to undesirable characteristics to negative stereotypes. In the third, labeled persons are placed in distinct categories so as to accomplish some degree of separation of "us" from "them." In the fourth, labeled persons experience status loss and discrimination that lead to unequal outcomes. Finally, stigmatization is entirely contingent on access to social, economic, and political power that allows the identification of differentness, the construction of stereotypes, the separation of labeled persons into distinct categories, and the full execution of disapproval, rejection, exclusion, and discrimination. (Link et Phelan, 2001: 367)

Ces ingrédients de la stigmatisation sont aussi des étapes à travers lesquelles la société et les personnes définissent une banque de caractéristiques questionnables, les identifient et les mettent ensuite en rapport avec les normes sociales. Dans un troisième temps, le stigmatisme crée une exclusion et se traduit en perte de statut et en discrimination qui varie selon des rapports de pouvoir. Selon (Link et Phelan, 2001), le terme de stigmatisme ne s'applique que lorsque chacun de ces ingrédients fait partie de l'expérience.

De plus, concevoir le stigmatisme comme étant dépendant de rapports de pouvoir et surtout des situations sociales des personnes discréditables fait le lien entre les expériences individuelles et les expériences collectives. Ce couplage est par ailleurs présent dans les travaux de Kleinman sur les douleurs chroniques.

Dans le livre *Writing at the Margin* Kleinman (1997) explore les concepts de stigmatisme et de délégitimation en rapport aux expériences de douleurs chroniques, maladies invisibles. Dans son travail, il contextualise le stigmatisme en envisageant la maladie chronique comme ayant une existence réelle, mais aussi comme une construction sociale ancrée dans

the biocultural interactions between family, work, and the psychophysiology of the person in pain; the micropolitical use of symptoms as idiom of distress and rhetoric for conducting interpersonal negotiations; the ethnography of differing reactions to care across gender, ethnic, and class lines²⁹. (Kleinman, 1997 :122)

Les expériences de stigmatisation qui en découlent suscitent des résistances que Kleinman (1997 :145) analyse à travers les concepts de dé-légitimation, une perte de confiance et de contrôle sur les perceptions et expériences précédentes du monde social. Cette perte est aggravée par un manque de ressources pour ceux qui vivent dans des environnements marqués par différentes formes d'oppression. Dans ce sens, la quête de re-légitimation est alors une tentative de reprise de contrôle.

Ainsi, l'infertilité est une situation stigmatisante qui produit des personnes discréditables, puisque cet attribut n'est pas visible. Le travail de Goffman permet d'insister sur le moment où la personne stigmatisée prend conscience du stigmatisme et sur la manière dont cette personne réagit. Ce moment est théorisé dans ce travail comme celui de l'ouverture d'une

²⁹ [Traduction libre] les interactions biculturelles entre la famille, le travail et la psychophysiologie de la personne souffrante ; l'utilisation micropolitique des symptômes en tant qu'idiome de la détresse et rhétorique pour mener des négociations interpersonnelles ; l'ethnographie des réactions différentes aux soins selon le sexe, l'ethnie et la classe sociale.

conjoncture vitale (Johnson-Hanks, 2002) — moment imprévisible ponctuel ou crise — dans laquelle, une personne prend conscience de sa situation d'infertilité et des conséquences de cette situation sur son parcours de vie. Dans sa mise en œuvre, les chercheurs reconceptualisent le concept de stigmat en apportant une dimension collective à l'analyse.

III. Sociologie des bifurcations et analyse de l'infertilité

La sociologie des bifurcations a été développée par Michel Grossetti dans le but d'accorder une place plus importante à l'imprévisibilité inhérente au social dans l'analyse sociologique. Grossetti n'est pas le seul auteur dont les travaux reposent sur une mobilisation des contingences comme élément fondamental dans les parcours de vie (Bledsoe, 2002; Johnson-Hanks, 2002, 2017). Mais il est le seul à proposer un projet théorique qui me semble complet, autour de l'idée de bifurcation, contingence, conjoncture et imprévisibilité. Grossetti définit une bifurcation comme étant « un processus dans lequel une séquence d'actions comportant une part d'imprévisibilité produit des irréversibilités qui concernent des séquences ultérieures » (Grossetti, 2010 :47). Dans le même sens, Bidart la décrit comme « l'apparition d'une crise ouvrant un carrefour biographique imprévisible dont les voies sont elles aussi au départ imprévues — même si elles vont rapidement se limiter à quelques solutions de rechange —, au sein desquelles sera choisie une issue qui induit un changement important d'orientation » (Bidart, 2006 :32).

A. Approches traditionnelles des bifurcations

La question du rôle de l'imprévu dans les dynamiques sociales a été soulevée par plusieurs courants sociologiques, qui lui ont réservé différents traitements. Bessin et *al.* (2009) prennent appui sur deux principaux auteurs qui, sont représentatifs des principales tendances en sociologie.

Pour Bessin et *al.*, « la sociologie durkheimienne s'est en grande partie fondée contre l'explication de phénomènes historiques par des événements ou des effets de contingence » (2009 :23). Grossetti (2014 :13) explique que pour les Durkheimiens, il est impossible de

faire de la science avec du contingent. Le projet de construction d'une science des sociétés repose sur des objectifs de scientificité. Dans la sociologie Durkheimienne, l'imprévisibilité fait l'objet d'un rejet. Ce d'autant plus que la contingence et l'imprévisibilité s'apprécient au regard d'un parcours de vie et donc au regard des expériences personnelles. Or, la sociologie durkheimienne se place à un niveau d'analyse macrosociologique, dans lequel la contingence n'a pas de place.

Relativement aux approches microsociologiques notamment avec Max Weber et Simmel, Grossetti estime qu'elles ont un meilleur potentiel que les approches holistiques pour prendre en compte la part de contingence dans le social. En effet, une approche microsociologie se situe au niveau de l'expérience individuelle et donc, est en mesure de saisir l'imprévisibilité qui y est reliée. Mais on remarque que « Simmel prônait une “approche génétique” des phénomènes historiques [...]. La méthode génétique permet d'éviter d'attribuer la cause des phénomènes observés au génie de quelques-uns ou à des forces transcendantes » (Bessin et al. 2009 :25). Et la mise à l'écart de ce que Simmel considère comme étant des forces transcendantes correspond à une évacuation de la contingence dans le social. Grossetti (2004 :14) observe donc que l'analyse de la contingence est marginale dans les approches individualistes.

Les tendances soit du rejet ou de la mise à l'écart de la contingence et de l'imprévisibilité dans le social sont à l'origine des deux principaux courants en sociologie et des travaux qui vont en découler (Grossetti, 2004). Cela dit, l'auteur note un regain d'intérêt pour l'imprévisibilité bien que, « faute de lui donner un statut précis dans l'analyse, de nombreux sociologues ont pris l'habitude de raisonner comme s'elle n'existait pas, donnant ainsi l'impression que ce qui est arrivé devait arriver » (Grossetti, 2004 :16). Ou lorsqu'elle est mobilisée, l'imprévisibilité sert surtout d'argument de rejet des prétentions de scientificité des sociologies traditionnelles. Grossetti prend en exemple l'ethnométhodologie de Garfunkel (1967) qui « insiste sur le caractère contingent des rôles, des catégories, et, plus généralement, de l'essentiel de ce que les sociologues auxquels il s'attaque considèrent comme stable » (Grossetti, 2004 :17).

Dans ce sens il propose un cadre théorique qui vise à travailler la contingence et l'imprévisibilité comme des éléments faisant partie du social et de l'analyse.

B. Projet de la sociologie des bifurcations

Grossetti part du constat selon lequel « dans l'analyse de données empiriques, les sociologues sont parfois confrontés à des situations qu'ils décrivent comme des “ruptures importantes”, des “moments de redéfinition”, des “tournants”, des “bifurcations”, etc. » (2006 :6). Ces notions qui traduisent l'aléa du social sont en effet représentées par plusieurs concepts (De Montigny Gauthier et De Montigny, 2014 : 5).

Bien que reconnaissant des spécificités théoriques à chacun de ces vocables, l'utilisation indifférenciée de ces expressions témoigne du premier élément de posture qu'adopte l'auteur, qui consiste à « éviter de construire un nouveau vocabulaire totalisant censé se substituer aux approches existantes » (Grossetti, 2004 :5). Son but n'est donc ni de construire une nouvelle sociologie, ni de bâtir une nouvelle théorie qui prenne parti entre une approche individualiste, une approche holistique, interactionniste ou relationniste de la réalité sociale. Cependant, en accord avec les travaux Lahire (1996), Grossetti propose de varier des échelles d'action pour justement sortir des contradictions inhérentes aux courants traditionnels en sociologie.

Les implications qui découlent de sa proposition seront abordées dans les prochaines lignes. Il s'agit notamment de la place des parcours de vie comme technique d'investigation de la question de l'agentivité dont peuvent potentiellement faire preuve les personnes à travers leurs choix et de la place du contexte qui sert de trame de fond auxdits choix.

Je propose que l'infertilité représente un moment de bifurcation dans un parcours de vie, un moment de questionnement du futur. Le but de cette partie est de montrer la pertinence du dispositif théorique issu de la sociologie des bifurcations pour l'étude de l'infertilité.

C. Le cadre d'analyse des bifurcations

L'idée de Grossetti (2004) est que la vie sociale se compose à la fois d'éléments planifiés et non planifiés prévisibles, planifiés et imprévisibles, non planifiés et imprévisibles, dont la survenue porte des conséquences relativement irréversibles. Il propose donc un modèle théorique bâti sur quatre piliers, et interprétant les dynamiques sociales comme des séries

de mécanismes d'encastrement (accroissement des dépendances d'une entité) et de découplage (autonomisation de cette entité). Grossetti résume son modèle en ces termes :

Les acteurs (individuels ou collectifs) subissent ou mobilisent des ressources dans des séquences d'action plus ou moins prévisibles qui peuvent produire de plus ou moins grandes irréversibilités, c'est-à-dire des altérations durables des acteurs et des ressources. Dans ce processus, on peut suivre des histoires et voir l'action se déplacer d'un niveau à l'autre, des entités nouvelles (acteurs ou ressources) se constituer (se découpler) ou disparaître (se dissoudre). Le processus peut prendre des formes multiples, plus graduelles ou plus bifurcatives. (Grossetti; 2004 :9)

La notion d'imprévisibilité

Dans la conception de Grossetti, la contingence inhérente aux dynamiques de l'activité et des formes sociales n'est pas homogène. De plus, c'est un facteur de caractérisation des événements parmi d'autres, ce qui permet d'en faire un élément soumis aux configurations contextuelles. Ainsi, l'imprévisibilité peut être « parfois paramètre quantitatif (le taux d'imprévisibilité d'une situation), parfois caractéristique qualitative (le type d'imprévisibilité) » (Grossetti, 2004 :8). Par ailleurs, l'imprévisibilité peut être organisée, d'une manière à laquelle s'attendent les personnes, comme dans les rencontres sportives qui sont programmées, mais dont on ne connaît pas l'issue. Ceci est fondamental pour l'étude de la construction de l'infertilité comme problème social. En effet, une femme qui dans son adolescence par exemple vit une condition biologique stérilisante telle qu'une maladie sexuellement transmissible, fait face à une situation d'infertilité prévisible. En revanche, quand l'infertilité doit être abordée avec des prétendants ou une belle famille, la condition biologique devient une condition sociale dont l'imprévisibilité réside dans les réactions des personnes. Lorsque négative, cette réaction sera analysée comme étant un stigmat.

Par ailleurs, l'imprévisibilité peut aussi être non planifiée, « on parle alors de crise, de bouleversement, de révolution, etc. Un changement s'opère sans que les acteurs impliqués l'aient collectivement envisagé » (Grossetti, 2004 :33). Et les situations peuvent évoluer dans un sens ou dans l'autre. Ce qui signifie que dans le cas de l'infertilité, événement non planifié et imprévisible, on peut voir une évolution qui est prévue (choisir le moment ou à qui en parler), mais aux conséquences imprévisibles (réaction des personnes).

L'imprévisibilité constitue selon l'auteur le point de départ de son modèle d'analyse, car certaines actions et interactions, marquées par des imprévisibilités et des contingences, ont des résidus qui sont des ingrédients d'actions ultérieures. Ces résidus sont donc des produits de l'(inter)action, il les appelle irréversibilités relatives (Grossetti, 2004 :9). La notion d'imprévisibilité est essentielle à mon cadre théorique, car elle me permet d'analyser le déploiement de l'infertilité dans les parcours de vie en échappant à la tentation d'étiqueter les réactions des maris et des belles familles comme systématiquement et durablement négatives. L'imprévisibilité ouvre sur une plus grande variété de réactions et de déploiement de ressources qui peuvent évoluer dans le temps.

L'irréversibilité (relative)

La notion d'irréversibilité correspond à l'idée selon laquelle les bifurcations biographiques, les événements, et les choix des individus, peuvent avoir des conséquences qui affectent durablement les parcours de vie. Ceci permet à Grossetti d'introduire « la dynamique au cœur de la réflexion » (Grossetti, 2004 :8), c'est-à-dire la manière dont la gestion de ces potentielles irréversibilités met les individus en mouvement au regard « des ressources ou des contraintes que l'on peut chercher à s'approprier ou à détruire » (ibid, 2004 :37).

Il y a donc deux types d'irréversibilités : celles qui peuvent être considérées comme des acteurs, individuels ou collectifs, et les autres, qui sont pour les acteurs des ressources et des contraintes. La gamme des éléments qui peuvent être désignés ainsi est évidemment très vaste, [...] leur sensibilité à la contingence peut se révéler très variable (Ibid. : 41)

Ceci signifie que dans la gestion de l'infertilité, les femmes seraient aux prises avec des enjeux liés aux acteurs individuels comme les conjoints, ou collectifs comme le système de santé, lesquels, de manière variable, peuvent se constituer en atout ou en contrainte. En effet, les catégories régulièrement mobilisées par les sociologues telles que les acteurs, les ressources ou encore les structures sont ici considérées comme étant des irréversibilités relatives, c'est-à-dire comme résultant d'une construction sociale basée non seulement sur l'action, mais aussi sur les temporalités et l'histoire. Ainsi, la notion d'irréversibilité permet de faire sens et d'envisager plusieurs dimensions de l'infertilité à travers une analyse sociologique de la notion d'acteur, et de leur positionnement en fonction leurs ressources et contraintes.

Les ressources cognitives sont étroitement liées aux imprévisibilités et notamment aux acteurs. En effet, « certaines ressources ont la particularité d'être essentiellement présentes dans la tête des acteurs individuels. Toutes les sociologies ont des mots pour designer ce qui oriente « de l'intérieur » les comportements : « projets », « finalités », « intentions », « stratégies », « tactiques », « valeurs », « traditions », « routines », « affects », « ethnométhodes », « allant— de-soi », « dispositions », « habitus ». (Grossetti, 2004 :42). Les ressources cognitives (Grossetti, 2004 :8), sont des éléments de l'action qui sont mobilisés volontairement ou subis. Elles sont à la fois individuelles et collectives, et l'auteur en identifie quatre formes, les finalités, les valeurs, les routines et les affects (Grossetti, 2004 :43), qui sont interreliées dans la mesure où les affects par exemples, dispositions émotionnelles, orientent les finalités de l'action, qui elles-mêmes sont orientées et portées par des valeurs (normes ou dispositions) et des routines. Les routines, au-delà de comportements mécaniques, sont vues ici comme étant des « ressources de coordination entre acteurs » (Grossetti, 2004 :51), c'est-à-dire un éventail de rôles sociaux sur lesquels se construisent des habitudes comportementales. Et là, on en revient au rôle de la socialisation aux valeurs et normes dans la construction de routines.

On voit que dans le modèle de Grossetti, les irréversibilités relatives, de même que les ressources cognitives obéissent au même type de logique. Bien que toutes socialement construites, les irréversibilités relatives se rapportent à ce qui se trouve en dehors de l'individu, et les ressources cognitives à ce qui se trouve à l'intérieur de l'individu. La première piste que cela ouvre pour l'analyse de l'infertilité, c'est la possibilité d'analyser l'infertilité non seulement dans les rapports aux autres, mais aussi de considérer les carrières morales par lesquelles passent les personnes infertiles. Les irréversibilités et les ressources cognitives introduisent dans l'analyse des éléments qui concernent le contexte ainsi que les capacités des personnes à mobiliser différents types de ressources. Et ces éléments ne sont pas statiques, ils changent en fonction du temps, en fonction de l'historique de la personne; ils font aussi l'objet d'un arbitrage ou de négociation, parce que les composantes de ces ressources ont elles-mêmes des agendas et des positionnements qui leur sont propres.

Les échelles d'action

Les échelles d'action ont pour but non seulement l'identification de différents niveaux d'action, mais aussi la caractérisation empirique desdits niveaux. « On peut alors suivre le déplacement des niveaux d'action sans naturaliser celui des acteurs individuels » Grossetti, 2004 :9). Cette démarche s'appuie sur l'idée que dans l'enchaînement des différentes séquences d'activité, le niveau d'action se modifie suivant trois échelles : de temps (passage du temps court au temps long et vice versa), de masses (nombre d'acteurs à considérer) et de spécialisation (degré de confinement du phénomène étudié au sein d'un monde spécialisé). On peut dès lors envisager le temps comme étant une donnée fondamentale des expériences de l'infertilité, et envisager par exemple la durée de la situation d'infertilité comme étant une donnée déterminante. En effet, l'infertilité peut s'étendre sur le court ou le long terme, et être temporaire ou définitive. L'échelle de masse permet quant à elle de faire le lien avec les irréversibilités relatives, notamment les acteurs qui font partie de l'entourage et qui vont intervenir à un niveau, à un autre, dans l'expérience de l'infertilité. L'échelle de masse peut aussi renvoyer à des statistiques concernant les personnes infertiles dans un contexte et permettre une analyse du lien entre la multiplication des cas d'infertilité et les expériences personnelles de la situation, qui entraîne une certaine spécialisation.

Il s'agit donc de comprendre, face à une situation imprévisible, l'action des personnes en tenant compte des ressources elles-mêmes imprévisibles auxquelles elles ont accès, et de suivre le déplacement de cette action suivant différentes échelles de temps et de masse. On voit donc que l'action, en tant qu'élément théorique, est fondamental dans le modèle de Grossetti, ce qui le conduit à proposer, non pas une nouvelle théorie de l'action, mais des ingrédients de l'action qui aident à la caractériser.

D. Implications conceptuelles de l'utilisation de la sociologie des bifurcations

Dans cette partie, j'analyse des concepts qui, sans être circonscrits à la sociologie des bifurcations, sont utiles pour adapter le cadre proposé par Grossetti.

Au-delà de sa capacité à prendre en compte l'imprévisible du social et donc de la reproduction, mon intérêt pour la théorie des conjonctures vitales repose essentiellement sur deux points. Non seulement c'est un cadre d'analyse qui a été développé en prenant appui sur des expériences de femmes africaines, mais aussi il a été développé dans le contexte du Cameroun. Johnson-Hanks (2002) s'intéresse aux mécanismes sociaux qui se trouvent à la base des chiffres présentés dans les EDS, notamment à la baisse de la fécondité et à la relation qui existe entre l'éducation et la reproduction. Deux questions structurent son raisonnement: pourquoi est-ce que les femmes camerounaises *béti* éduquées attendent si longtemps pour avoir leur premier enfant? Et que signifie devenir une femme *béti*, particulièrement pour les femmes éduquées? Elle arrive à la conclusion que le devenir femme dans la société *béti* inclut l'acquisition d'une identité de femme respectable qui rejaillit sur la famille (Johnson-Hanks, 2002; 2003). Cette respectabilité se traduit dans la pratique par une reproduction contrôlée et l'acquisition d'un statut de femme scolarisée, ce qui nécessite de prolonger l'entrée dans une maternité socialement reconnue, laquelle peut se passer bien après l'accouchement du premier enfant. Johnson-Hanks (2002) propose une approche diachronique de l'organisation sociale en utilisant une unité de description qu'elle nomme conjoncture vitale et qu'elle définit en ces termes :

Vital conjuncture. The analytic concept of the vital conjuncture refers to a socially structured zone of possibility that emerges around specific periods [échelles de temps chez Grossetti] of potential transformation in a life or lives [echelle de masse chez Grossetti]. It is temporary configuration of possible change, a duration of uncertainty and potential. Although most social life may be thought of as conjunctural, in the sense that action conjoined to a particular, temporary manifestation of social structure [idée de ressources structurelles], vital conjunctures are particularly critical durations when more than usual is in play, when the futures at stake are significant.³⁰ (Johnson-Hanks, 2002:871)

³⁰ [Traduction libre] Conjoncture vitale. Le concept analytique de la conjoncture vitale fait référence à une zone de possibilité socialement structurée qui émerge autour de périodes spécifiques de transformation potentielle dans une ou plusieurs vies. C'est une configuration temporaire de changement possible, une durée d'incertitude et de potentiel. Bien que la plupart des vies sociales puissent être considérées comme conjoncturelles, dans le sens où l'action est liée à une manifestation particulière et temporaire de la structure sociale, les conjonctures vitales sont des durées particulièrement critiques lorsque plus que d'habitude est en jeu, lorsque les futurs en jeu sont significatifs.

Johnson-Hanks (2002) explique que les conséquences sociales des événements de la vie se situent dans les futurs potentiels auxquels ils font appel. Donner naissance pour la première fois n'est pas une transition standardisée vers l'âge adulte, mais plutôt un lien entre des futurs sociaux potentiels: une conjoncture vitale. Plutôt qu'une sociologie des étapes de vie, Johnson-Hanks (2002) propose une sociologie des parcours de vie. Elle permet, au lieu de penser le changement à partir de catégories préétablies, de le faire à partir de la négociation que font les personnes entre leurs aspirations et le contexte au moment où le futur qui semble établi devient incertain et où s'ouvrent différents univers de possibles.

Dans les travaux de Johnson-Hanks la notion de conjoncture vitale est donc mobilisée pour analyser le cheminement des femmes camerounaises vers une certaine respectabilité en rapport avec l'éducation, le contexte économique de sous-développement, la religion, la maternité. Elle souligne que ces éléments s'entrecroisent dans les stratégies des femmes, en même temps que la notion de respectabilité elle-même est porteuse de contingence tant elle est mouvante (Johnson-Hanks, 2006). Cependant, la théorie manque d'éléments pour comprendre la transformation d'un événement de vie en moment de conjoncture vitale. Grossetti répond à ce manque en indiquant que l'appréciation de la conjoncture se trouve dans le potentiel d'irréversibilité de l'événement. Dans ce sens, une situation comme une infertilité n'ouvre une conjoncture vitale que parce qu'elle est potentiellement porteuse d'irréversibilités pour l'individu, c'est-à-dire de conséquences durables pour le parcours de vie.

Les conceptualisations de Grossetti et de Johnson-Hanks se nourrissent donc mutuellement, le travail de Grossetti relève un grand nombre d'indications sur des aspects que la théorie des conjonctures vitales, dans sa formulation de départ, n'explore qu'en partie. Le travail de Grossetti inclut ainsi les notions d'échelle de temps et de masse. Ces notions sont celles sur lesquelles s'appuie Johnson-Hanks en 2017 pour proposer une mise à jour de la théorie des conjonctures vitales. Elle fait la remarque selon laquelle au moment de son développement, la théorie ne s'est appliquée qu'à un nombre réduit de personnes et sur des périodes limitées. Or, comme elle l'explique, la théorie peut contenir plusieurs échelles. Dans ce sens, le fait de mettre l'accent sur des aspirations personnelles et collectives permet de suivre une période conjoncturelle selon qu'elle s'étire en temps et en nombre de personnes concernées. Elle peut aussi se transformer en une situation définitive

de telle sorte que la conjoncture devienne une période de crise et constitue une nouvelle normalité. Cela dit, c'est dans le travail de Goffman sur le stigmat, présenté plus haut dans ce chapitre, qu'on trouve des clés de lecture claires des stratégies que les personnes mettent en œuvre afin de pouvoir résoudre une situation conjoncturelle et échapper aux irréversibilités. Par ailleurs, on voit que la méthode d'investigation privilégiée est celle de l'analyse des récits de vie.

Parcours de vie et notion de carrière

L'analyse sociologique des parcours de vie repose sur la manière dont les individus racontent leur trajectoire et sur la manière dont ces récits sont reconstruits par le chercheur. Ces récits tendent souvent à donner une apparence cohérente et continue à l'expérience vécue, atténuant ainsi l'hétérogénéité et la contingence qui marquent pourtant toute trajectoire de vie. Selon Goffman (1975), l'individu qui se raconte cherche à « sauver la face », c'est-à-dire à produire un récit qui fasse sens socialement et qui préserve son image. Cette dynamique de narration, étudiée par Bertaux (2016) et Bourdieu (1986), conduit souvent à une épuration du récit, où les incertitudes et les aléas de la vie sont minimisés (Bidart, 2006/1 : 29). Or,

S'intéresser aux parcours de vie implique, entre autres dimensions, de prendre en considération les moments de bifurcation, significatifs de la redéfinition de l'identité sociale d'un individu [...] S'interroger sur les points de bifurcation au cours du cycle de vie implique au préalable de revenir sur ce qui peut provoquer ces changements dans la carrière d'un acteur [social] (Voegtli, 2004 :145-146).

Ainsi, prêter une attention particulière aux bifurcations et aux moments de crise dans les récits de vie permet de s'approcher au plus près de la réalité sociale en dépassant les versions lissées et continues des récits de vie. Dans ce sens, le travail du sociologue inclut l'identification des moments de bifurcation et la compréhension des dynamiques qui se forment autour de ces moments. Or, De Montigny-Gauthier et De Montigny (2014 : 4) affirment que « les parcours biographiques comprennent une pléthore de trajectoires (professionnelles, familiales, sociales, migratoires, etc.) et de carrières interdépendantes ». Et mises en relations les unes avec les autres, ces carrières permettent de saisir l'ensemble du parcours de vie (Gaudet, 2013), car elles représentent différents domaines de l'existence

(relations familiales et interpersonnelles, relations professionnelles, etc.) et la manière dont ces domaines s'articulent (Bertaux, 2016). La notion de carrière peut donc être mobilisée pour étudier les bifurcations dans les parcours de vie en s'intéressant à divers aspects qui les meublent.

Becker situe l'origine du concept de carrière dans les travaux Hughes (1958) sur les professions, et le définit comme étant un enchaînement de positions qu'occupe une personne à l'intérieur d'un système professionnel (Becker, 1985 :24). Hughes définit la carrière comme étant le « parcours ou progression d'une personne au cours de la vie (ou d'une partie donnée de celle-ci) » (Hughes, 1996b : 175). Cet auteur identifie trois dimensions à la notion de carrière. L'*âge biologique* qui se trouve à un niveau micro social et crée une temporalité de telle sorte qu'un événement ne soit jamais vécu deux fois de la même manière, mais qui correspond aussi aux capacités physiques qu'ont les personnes de s'engager dans certaines interactions ou projets, comme dans la carrière sportive ou la jeunesse des personnes permet de suivre certaines activités. La deuxième dimension des carrières identifiée par Hughes est l'*âge social*. L'âge social est au niveau macro social et correspond à des attentes formulées par la société en fonction de l'âge biologique des personnes. La troisième dimension qu'identifie Hughes (1996 b: 178) est pleinement influencée par son intérêt pour les parcours professionnels et concerne les *transformations de l'organisation du travail et des systèmes sociaux*. Cette troisième dimension prend en compte les effets du changement social sur les carrières professionnelles. Mais la notion de carrière ne s'applique pas uniquement à l'étude des carrières professionnelles.

Becker dans *Outsiders* (1985) utilise le concept de carrière pour analyser les comportements déviants. Les déviants, les *outsiders*, sont pour lui les personnes qui sont en infraction par rapport à la norme dominante (1985 :8). Pour Becker le concept de carrière inclut une notion de contingence qui repose non seulement sur des facteurs objectifs et structurels, mais aussi sur des facteurs subjectifs tels que les désirs des individus (Becker, 1985 :24). À travers son travail sur l'usage de la marijuana, Becker propose de restituer l'expérience des positions déviantes dans une perspective de carrière qui prend en compte des contingences relationnelles et structurelles.

Dans la même veine, Debest (2015) utilise le concept de carrière déviante pour analyser les choix marginaux de maternité. Ce concept lui permet d'analyser le non-désir d'enfant

de femmes françaises comme étant une décision personnelle soumise à la sanction sociale. Pour les sociologues interactionnistes notamment,

Tout le monde (les élèves, les chômeurs, les malades, les déviants...) a une carrière. [...] La notion est également considérée à la fois dans sa dimension objective, comme la situation officielle de l'individu, et dans sa dimension subjective ce qui permet de décrire les changements subjectifs d'un individu (significations intimes, image de soi). L'analyse de la carrière comme processus diachronique se centre sur la manière dont les acteurs anticipent les changements, les préparent, font face aux difficultés, interprètent leurs échecs ou réussites. (Rostaing, 2021 :48)

La dimension subjective de la notion de carrière est par ailleurs présente dans les travaux de Goffman (1968) à travers le concept de carrière morale, plus tard itinéraire moral (1975), développé dans le cadre de l'étude de la maladie mentale et de ce qu'il nomme carrière du malade. Pour lui, le concept de carrière est intéressant parce qu'il est ambigu et permet de faire un lien entre les expériences personnelles et l'environnement. Goffman définit la carrière morale du malade comme étant le « cycle des modifications qui interviennent dans la personnalité du fait de cette carrière et aux modifications du système de représentation par lesquelles l'individu prend conscience de lui-même et appréhende les autres » (Goffman, 1968 :179). Bien que le travail de Goffman ait été développé en prenant en compte des institutions totalitaires telles les prisons et ou les asiles, ses propositions sont pertinentes dans le cadre de l'étude de l'infertilité et de l'enfermement symbolique qu'elle induit en raison de la stigmatisation. Ce concept permet à Goffman de comprendre les maladies non pas « comme des états statiques, à un moment "t" du temps, fixés dans la "nature" des personnes concernées, mais comme des processus temporels complexes et contingents » (Loriol, 2017 :95).

Le concept de carrière m'est donc utile pour mettre en lumière la pluralité de la vie sociale et pour articuler différents niveaux d'analyse micro et macro avec des temporalités objectives et subjectives. Cette pluralité dans les vies sociales renvoie à la notion d'imprévisibilité en ce sens que les orientations des carrières ne sont jamais totalement prévisibles.

L'utilisation du concept de carrière pose cependant un certain nombre de questions: « qu'est-ce que l'on montre par l'utilisation de cette notion? L'accent doit-il porter sur le point de bifurcation, ou au contraire sur ce qu'il signifie dès lors que l'on s'intéresse à

l'entièreté de la carrière d'un acteur? » Voegtli (2004 :146). Une piste de réponse est donnée par Grossetti (2004 :28) qui se base sur le travail de Passeron (1990) pour définir son approche des récits de vie et clarifier la place de la notion de carrière. Les deux pistes à concilier sont :

La première consisterait à s'intéresser à « l'institution biographique », c'est-à-dire à « l'inscription des itinéraires individuels dans la topographie et les calendriers institutionnels ». La seconde chercherait à réaliser à travers des concepts comme ceux de « carrière » et de « trajectoire », l'association entre les « structurations longitudinales » et « le produit agrégé de l'action des individus. ». (Passeron, 1990 :18-20)

Le concept de carrière permet donc de combiner les parcours personnels et les effets de structures dans l'analyse selon différentes modalités de temps. Voegtli (2004 :145) observe qu'en sociologie des parcours de vie, l'analyse en termes de carrière est souvent mobilisée, notamment en prenant en compte les points de bifurcation dans les carrières militantes, professionnelles, familiales, ou déviantes. Ce concept s'articule donc efficacement à la notion d'imprévisibilité et me sera utile pour faire un découpage thématique des parcours de vie des femmes infertiles. Ce faisant, un de mes objectifs est de mettre l'accent sur les possibilités qu'ont les personnes d'orienter leurs carrières, et donc, leurs stratégies de gestions de l'imprévisibilité et du stigmaté.

Si le parcours de vie désigne la trajectoire globale d'un individu, la notion de carrière, en revanche, renvoie à une structuration plus spécifique de certaines dimensions de cette trajectoire.

Si le parcours de vie englobe l'ensemble des dimensions d'une trajectoire individuelle, la carrière en représente une structuration spécifique, souvent analysée en lien avec un système social particulier. En ce sens, la carrière peut être considérée comme une modalité d'analyse du parcours de vie, permettant d'examiner comment les individus évoluent dans des cadres institutionnels, professionnels ou normatifs précis. Ainsi, en sociologie des parcours de vie, le concept de carrière permet de mettre en lumière les bifurcations, les transitions et les arbitrages que les individus opèrent face aux contraintes structurelles et aux opportunités sociales (Voegtli, 2004). Dans l'étude des trajectoires des femmes infertiles, cette approche permet d'examiner comment elles négocient leur place dans des

structures sociales normatives, comment elles font face à l'imprévisibilité de leur parcours et comment elles élaborent des stratégies pour gérer le stigmat. La distinction entre parcours de vie et carrière est essentielle pour comprendre la dynamique des trajectoires individuelles. Le parcours de vie offre une vision globale et intégrée de l'existence d'un individu, tandis que la carrière permet d'analyser des séquences particulières de cette trajectoire en mettant en évidence les structures, les bifurcations et les recompositions identitaires qui jalonnent son évolution. Dans le cadre de l'analyse sociologique des parcours de vie, la mobilisation du concept de carrière permet d'explorer les processus de transition, les stratégies de gestion de l'imprévisibilité et les effets des structures sociales sur les trajectoires individuelles. Ce cadre d'analyse est particulièrement pertinent pour comprendre comment les individus construisent du sens autour des événements qui marquent leur existence, et comment ils négocient leur place dans un monde social en perpétuelle mutation.

Stratégies de subversion des normes sociales de la maternité

Dans cette assertion, je discute spécifiquement du concept de stratégie en lien avec la gestion du stigmat analysée par Goffman plus haut, et l'importance du concept de carrière dans l'étude des récits de vie. Pour ce faire, je m'appuie sur le travail de Cournoyer (1994), qui décrit les stratégies qu'emploient les femmes en inventant « de nouveaux rapports sociaux avec ou sans maternité » Cournoyer (1994 :73). Si son étude porte sur la maternité comme événement susceptible de modifier les carrières professionnelles et les trajectoires de vie d'éducatrices en centre de réadaptation au Québec, elle peut aussi s'appliquer au contexte du Cameroun.

Les stratégies sont des choix conscients ou non, cohérents ou non, qui dépendent d'un ensemble de facteurs préexistants et d'objectifs et ressources anticipées (Cournoyer, 1994: 74). Selon l'auteure, les stratégies de subversion des normes sont déployées dans le but de concilier les normes sociales sur la maternité, les carrières familiales et les carrières professionnelles. Cournoyer (1994 :73) décrit les différentes sphères de la vie sociale et personnelle des femmes comme étant soumises à des influences réciproques.

Les « actrices » et « acteurs » (individus, couples, membres de la famille) se déterminent dans ce jeu d'influence. Ils postulent une interaction entre une situation donnée, avec ses contraintes et ses limites, et les capacités des actrices et des acteurs d'y répondre. Dépendantes des moyens dont ils disposent (selon leur appartenance sociale), ces capacités de répondre aux événements varieront également selon leurs priorités (plus ou moins fortes, permanentes, cohérentes), leur pouvoir d'interaction avec les autres, les marges d'initiative que permettent le champ d'activité en question (la famille ou le travail) et leur passé (capital social, habitudes acquises, systèmes de référence). Quels que soient les choix faits et l'action qui en découle (maintien, correction, réorientation de la situation), il en surgira toujours une nouvelle situation porteuse de nouvelles contraintes, limites, marges de manœuvre. (Cournoyer, 1994 :74)

À partir de ce propos, on note que la gestion stratégique des normes de la maternité ne se discute pas uniquement à l'échelle individuelle, mais s'inscrit dans plusieurs autres carrières sociales, notamment les carrières familiales. Par ailleurs, en accord avec la notion de ressources évoquée par Grossetti (2002), les stratégies face aux normes de la maternité sont tributaires des capitaux sociaux, financiers et cognitifs. Et le résultat de ces stratégies et contraintes forme un ensemble d'ingrédients pour de nouvelles actions.

Le travail de Cournoyer indique la nécessité de prendre en compte les trajectoires des femmes afin de déceler leurs stratégies pour gérer les limites auxquelles elles sont confrontées. Pour elle, « la trajectoire comprend des moments clés, ainsi nommés à cause des marges de manœuvre qu'ils ouvrent au choix et à l'action, et à cause des significations et des priorités qu'ils dévoilent » (Cournoyer, 1994 :74). Son idée de la trajectoire met donc en avant l'agentivité des femmes, qui sont certes soumises à des contraintes, mais font des choix qui correspondent à des objectifs.

Cependant, elle conclut qu'en ce qui concerne la maternité, ayant donné naissance ou pas, toutes les femmes de son échantillon se définissent comme étant des mères, biologiques ou sociales. Ce qui signifie que les stratégies de subversion de la norme de la maternité ne visent pas nécessairement un refus de la maternité, mais le développement d'une maternité plus flexible qui existe au-delà (du refus) de la maternité biologique. Cette flexibilité me permet d'analyser les stratégies des femmes infertiles face au stigmat, afin de sortir de la marge en négociant des statuts valorisés.

En conclusion, la théorie des conjonctures vitales fournit un point de départ sur le terrain - donc un point d'investigation pour commencer le récit, qui est celui de l'événement à partir duquel s'ouvre la conjoncture vitale. Et à partir de cet événement, il est possible de reconstruire une trajectoire/un parcours qui met en évidence un ensemble de stratégies, d'acteurs, de ressources, que la personne intéressée mobilise dans la négociation de son futur. Ce cadre théorique considère donc que l'infertilité constitue un moment de conjoncture vitale en raison des potentielles irréversibilités qu'elle occasionne dans un parcours de vie. Ce qui signifierait pour une analyse du genre, que le fait d'être une femme ou un homme ou le fait d'être assigné à telle ou telle autre rôle de genre affecte la capacité de la personne à se projeter dans le futur et finalement à mitiger les imprévisibilités qu'elle peut rencontrer dans sa vie quotidienne. La théorisation de Johnson Hanks approfondit la théorisation genre et imprévisibilité en y ajoutant une dimension temporelle.

Le cadrage théorique s'appuie sur quatre piliers complémentaires et transversaux aux propositions théoriques précédemment présentées, et qui invitent à mettre en œuvre des analyses prenant en compte plusieurs de ces dimensions simultanément. Ces piliers sont : les acteurs, les ressources et les relations, l'affect et les émotions, les notions de contingence et imprévisibilité, les échelles d'analyse.

- Acteurs, ressources et relations : il s'agit de comprendre quels acteurs, rapports, et structures interviennent dans la négociation d'un potentiel futur et dans la gestion du stigmat. Le concept de carrière est utile à l'analyse pour séparer artificiellement différentes sphères du parcours de vie et mettre en lumière les effets différenciés de l'infertilité sur chacune de ces sphères. Le concept de genre permet de repérer ces acteurs-ressources, personnages clé des récits, et de comprendre de manière plus précise la manière dont leurs réactions renseignent sur les représentations et les conséquences de l'infertilité dans les parcours de vie des Camerounaises.
- Affects et émotions : chez Goffman, autant dans les rapports aux normaux (personnes non discréditées) que dans le rapport à soi, il y a quelque chose de l'ordre de l'affect qui influence la construction et la gestion des stigmates. Dans le travail de Grossetti, l'affect est le soutien affectif qu'apporte le réseau de connaissances et de parenté (2004 : 48). Ces notions permettent de mettre en

- lumière la composante émotionnelle et affective du projet parental et de l'échec de reproduction, dimension qui est transversale à toutes les analyses.
- Contingence et imprévisibilité : ces notions sont à la base de la théorie des conjonctures vitales, et apparaissent comme éléments fondamentaux de la compréhension des expériences des personnes stigmatisées. En effet, il est intéressant de voir comment les situations contingentes et potentiellement irréversibles sont influencées par, et à leur tour influencent les institutions sociales telles que les familles. C'est aussi un point intéressant à étudier lorsqu'on considère le stress que représente le fait de ne pas pouvoir prédéterminer l'issue d'une situation. Ceci en analysant différents systèmes et institutions sociales qui permettent de rendre réversibles, ou tout du moins d'atténuer les conséquences d'événements imprévisibles.
 - Échelles d'analyse : dans la dernière mise à jour sur la théorie des conjonctures vitales, Johnson-Hanks se pose entre autres la question de savoir ce qui arrive lorsque les situations qui ouvrent une période d'incertitudes s'étendent dans le temps, dans l'espace et dans le nombre de personnes concernées. Ceci permet d'envisager les projets parentaux comme étant personnels, mais aussi collectifs. Ceci justifie une analyse diachronique à travers les histoires personnelles et collectives, mais aussi une analyse synchronique de la manière dont l'expérience de l'échec de reproduction se vit en un lieu et en une époque donnée par différents groupes de personnes.

Ce cadre est mobilisé pour explorer la proposition hypothétique selon laquelle le vécu des situations d'infertilité par les femmes au Cameroun est relié à leurs positions sociales et au cours particulier de leurs vies. Il permet non seulement de resituer l'expérience personnelle des femmes camerounaises dans un contexte plus large, mais aussi de dépasser la question de la coercition de la culture dans les prises de décisions pour poser celle de la manière dont se fait, dans la vie de tous les jours, l'arbitrage entre les choix personnels et les structures sociales, ou comment est-ce que certaines configurations sociales affectent les décisions personnelles de reproduction.

Questions et objectifs de la recherche

De toutes les questions soulevées dans la revue de littérature, je me concentre uniquement sur les expériences de l'infertilité par les citadines camerounaises.

Mettant l'accent sur les tendances globales, les études sur les populations africaines ont porté peu d'attention aux parcours individuels, notamment en rapport avec l'échec ou l'impossibilité de reproduction. La question de recherche repose sur l'idée selon laquelle l'infertilité ouvre une conjoncture vitale qui représente une rupture biographique, et s'inscrit dans les carrières sociales et morales des femmes en contestant le processus par lequel elles accèdent à un certain degré de respectabilité en devenant mères. Mon travail consistera alors à répondre à la question principale de savoir :

Suivant quels processus socio-normatifs l'infertilité des citadines camerounaises se construit-elle comme situation stigmatisante, s'insère-t-elle dans leurs carrières sociales et morales, et transforme-t-elle leurs parcours de vie?

Pour répondre à cette question, j'ai formulé quatre hypothèses exploratoires en me basant sur les travaux présentés dans la revue de littérature du chapitre 1, et sur les choix théoriques exposés dans le chapitre 2. Chacune des hypothèses exploratoires conduit à la formulation d'une sous question qui à son tour, fait l'objet d'un chapitre de résultats. Ces questions sont explorées dans ce qu'elles ont de pertinent pour saisir les expériences de l'infertilité par les femmes camerounaises.

La première hypothèse exploratoire pose que l'infertilité représente un moment de rupture biographique et une source de stigmatisme parce qu'elle se construit dans un contexte social et normatif qui fait de la reproduction un enjeu pour les identités et les interactions des femmes. Rendre compte de ce cadre permet d'analyser le contexte de formulation du projet parental et la manière dont ce projet s'inscrit dans des dynamiques plus globales. Dans ce sens, la première sous question de recherche est celle de savoir *comment l'infertilité se construit-elle comme situation stigmatisante?*

Le travail de Goffman permet d'établir que les stigmates sont les produits de constructions sociales. Mais à partir de quels éléments s'opère cette construction? Cette question permet

d'analyser le stigmate lié à l'infertilité comme étant le produit d'une construction sociale enchevêtrée dans des normes sociales et dans les histoires personnelles des femmes et de leur entourage.

La deuxième hypothèse exploratoire propose qu'en raison de l'inscription de l'infertilité dans des normes sociales et dans les carrières morales, la prise de conscience d'une situation d'infertilité va conduire à une recherche frénétique de solutions, notamment à travers la recherche de thérapies. La deuxième sous question de recherche est donc celle de savoir *quelles sont les trajectoires thérapeutiques empruntées par les femmes confrontées à l'infertilité, et comment ces parcours sont-ils influencés par leurs situations socio-culturelles et économiques?*

À travers l'étude des itinéraires thérapeutiques des femmes, cette question permet d'envisager les effets des éléments structurels tels que le contexte sanitaire et son fonctionnement sur le vécu et les options de recherche de solutions en matière d'infertilité au Cameroun. Mais aussi de mettre en lumière les dynamiques personnelles qui interviennent dans le schéma que dessinent les parcours thérapeutiques.

La troisième hypothèse exploratoire est que bien que la reproduction s'inscrive principalement dans la sphère conjugale ou familiale, l'infertilité affecte tous les domaines de la vie des femmes. Chacun de ces domaines représente une carrière, et donc une succession de statuts réalisés ou envisagés qui, dans leur vécu et leurs futurs développements, sont transformés par l'infertilité. La troisième sous question est celle de savoir *quelles sphères de la vie des participantes sont affectées par l'acquisition du statut de femme infertile, et de quelle manière?*

Cette question permet de mettre la survenue et potentiellement le dévoilement de l'infertilité en mouvement, et de suivre les déplacements de cette rupture selon différentes échelles de temps et de nombre. J'interroge l'environnement des femmes pour comprendre comment les acteurs, les ressources, les structures influencent le vécu d'une situation d'infertilité une fois avérée. Cette question permet en outre de replacer l'expérience de l'infertilité dans le cadre des relations des femmes avec les époux et donc, dans le cadre des relations de couple. Mais aussi dans le cadre des relations de famille — avec la famille de la femme et sa belle-famille, et dans le cadre des relations sociales de manière générale, ce qui inclut les réseaux professionnels et de connaissances.

La quatrième hypothèse exploratoire envisage l'infertilité sur le long terme et met l'accent sur l'agentivité des femmes camerounaises dans la gestion et le vécu du stigmat. La question est celle de savoir *quelles stratégies permettent l'identification et la redéfinition des futurs possibles lorsque l'infertilité se transforme en moment de crise?*

Elle propose que les femmes infertiles posent des actions et font des choix pour mitiger ou contourner les irréversibilités rattachées aux situations d'infertilité, et s'intéresse notamment aux stratégies développées par les femmes pour vivre avec le stigmat, le cacher et/ou continuer d'essayer de le résoudre.

Cette recherche contribue à la fois empiriquement et théoriquement aux débats scientifiques relatifs à l'infertilité et à son vécu en Afrique. D'un point de vue empirique, elle va permettre l'accroissement des connaissances sur l'expérience et le vécu des situations d'infertilité par les citadines camerounaises. Avec une étude de terrain, elle contribuera à créer des espaces d'expression pour les femmes qui sont souvent marginalisées socialement, et invisibilisées dans les recherches. Le travail de terrain permettra aux femmes qui le veulent de s'exprimer sur un sujet important pour elles, de poser des mots sur leurs expériences, et de reprendre le contrôle sur une partie de leur histoire en l'inscrivant dans un projet plus vaste et positif.

Par ailleurs, la thèse apporte un nouvel éclairage théorique à l'étude de la manière dont les situations imprévisibles et stigmatisantes affectent les parcours de vie des citadines camerounaises. La recherche adopte une approche originale dans l'étude de l'infertilité en mobilisant la sociologie des bifurcations et la théorie des conjonctures vitale pour l'appliquer à un sujet qu'elle a jusque-là peu étudié. Ce faisant, la thèse contribue à mettre à jour les normes de reproduction dans un contexte comme celui du Cameroun, elle se sert du concept de carrière pour analyser le déploiement de l'infertilité dans les parcours de vie des citadines camerounaises, mobilise le concept d'itinéraire thérapeutique pour mettre en avant les contraintes et les résistances qui façonnent les situations d'infertilité. Et enfin, ce travail met en lumière les agentivités des femmes, loin de subir passivement les situations d'infertilité, mettent en œuvre des stratégies de conquêtes de nouveaux possibles.

Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche

Ce chapitre présente la méthodologie employée pour cette recherche. Pour répondre à la question et aux objectifs de recherche et en accord avec mes choix théoriques exposés dans le chapitre 2, cette recherche adopte une approche qualitative qui s'appuie sur les parcours de vie et les pratiques des femmes.

La méthodologie se base sur l'usage des récits de vie comme technique principale de production des données. Je me sers par ailleurs de l'observation afin de saisir les tendances générales de mon objet d'étude sur les réseaux sociaux, et avoir accès à des données me permettant de mettre les récits de vie en perspective. Ainsi, la méthodologie qui est largement influencée par la sociologie des bifurcations et le concept de stigmatisme me permet d'analyser les expériences personnelles de l'infertilité au regard de processus, valeurs, projets communs.

La discussion commence par une présentation et une justification de l'emploi des récits de vie et des observations comme moyen de capter les expériences de l'infertilité pour les femmes camerounaises. Le second point de la discussion porte sur le processus de construction du groupe à l'étude, une précision des critères de sélection, le critère principal étant celui de la formulation d'un projet parental non réalisé, associé à une dette de procréation adressée en priorité à une femme, mais aussi à son conjoint, sa belle-famille ou même sa propre famille et, plus largement la société. La partie sur la construction des données inclut aussi une présentation anonymisée des personnes qui ont participé à ce travail, et des groupes Facebook qui ont servi de support aux observations. Le prochain point s'intéresse au processus d'analyse qui a conduit à la formulation des propositions mentionnées dans les quatre chapitres de résultats. Enfin, je discute de considérations éthiques, mentionnant les difficultés rencontrées non seulement en raison du contexte sanitaire, mais aussi en raison de la distance entre les participantes et moi du fait que j'étudie à l'étranger et que j'ai des enfants.

I. Méthodes de production des données: le récit de vie et les observations

Les méthodes mixtes concernent surtout les méthodes qualitatives et quantitatives, et sont mobilisées dans le but de donner plus de pertinence à la recherche en dressant un portrait plus complet de la réalité étudiée. Mais lorsque l'objet d'étude est appréhendé au prisme du paradigme qualitatif, il est courant de voir un mélange de plusieurs méthodes qualitatives (O'Reilly et coll. 2021 :67). Ce mélange a « un grand avantage sur les enquêtes basées sur un seul type de données. Il permet de mieux tenir compte des multiples registres et stratifications du réel social que le chercheur veut investiguer » (Olivier De Sardan, 2003 :42).

Par ailleurs, il est important de mentionner que la collecte de données dans le cadre de cette thèse ne commence pas avec le travail de terrain en lui-même.

Certaines de ces données sont recueillies pour une part préalablement à l'enquête de terrain (cf. littérature savante et « grise ») et permettent alors une « familiarisation » ou, mieux, l'élaboration d'hypothèses exploratoires et de questionnements particuliers. D'autres sont indissociables de l'enquête de terrain, et intégrées à celles-ci (les productions écrites des acteurs, les archives locales, la presse locale). D'autres enfin peuvent faire l'objet de corpus autonomes, distincts et complémentaires de ceux que produit l'enquête de terrain (presse, archives). (Olivier De Sardan, 2003 :41)

La production des données n'est pas une simple étape de la thèse, mais c'est un processus qui l'accompagne du début à la fin. Cette collecte de données peut être préparée et standardisée comme dans le cadre d'une revue de littérature ou d'une enquête de terrain, mais elle peut aussi être tout à fait fortuite comme lorsqu'on vient à être en contact avec la presse locale ou lors d'entretiens informels. Les idées proposées dans ce chapitre sont donc en lien avec une partie du travail de terrain, mais aussi avec les connaissances et entretiens préalables menés avant le début officiel de la collecte des données.

A. Saisir les expériences de l'infertilité à travers les histoires de vie

Dans le chapitre 2, j'ai développé un cadrage théorique qui oriente l'usage du parcours de vie comme méthode principale d'investigation. En effet, la forme « parcours de vie » accorde une place importante à tout ce qui relève du contingent dans la vie d'un individu.

Définition et justification des parcours de vie et des calendriers de carrières

L'approche biographique fait référence à une terminologie variée : biographie, autobiographie, récit de vie, histoire de vie (Olivier De Sardan, 1995). En sociologie, c'est l'école de Chicago³¹ qui utilise en premier lieu le récit de vie pour investiguer les faits sociaux. Bertaux définit le récit de vie comme étant la forme narrative d'une production discursive. Dans cette optique, le récit de vie consiste, pour un narrateur, à raconter à une autre personne un épisode de son expérience vécue (Bertaux, 2003 :32). Cette démarche est initiée par le chercheur qui va solliciter le récit. En raison de la multiplicité des conceptions, terminologies, et définitions des parcours de vie, cette section présente de manière non-exhaustive une partie des éléments qui ont permis la mise en œuvre de cette méthode.

De Montigny-Gauthier et De Montigny (2014 : 2) identifient quatre dimensions des parcours de vie. Le parcours de vie comme institution (1) est un ensemble de « normes formelles et informelles qui régissent les façons d'être et de faire à certains âges de la vie » (Gaudet, 2013 :17); cependant, les parcours tendent à se désinstitutionnaliser du fait de la remise en question des normes et de l'individualisation des parcours (Gaudet, 2013). Ensuite, (2) « l'approche du parcours de vie comme biographie individuelle analyse les vies des individus en tenant compte du contexte (social, économique, culturel, politique, structurel, etc.) de la société dans laquelle ils évoluent » (De Montigny-Gauthier et De Montigny, 2014 : 4). La troisième dimension (3) du parcours de vie le considère comme « un cadre général qui oriente le chercheur dans ses choix méthodologiques, ontologiques et épistémologiques » (De Montigny-Gauthier et De Montigny, 2014 : 3). Enfin, la

³¹ Voir par exemple "Le paysan polonais en Europe et en Amérique : récit de vie d'un migrant" (Chicago, 1919) de William I. Thomas et Florian Znaniecki en Amérique. En France, Daniel Bertaux, Les récits de vie. Perspective ethnosociologique, Paris, Nathan, coll. « 128 », 1997

quatrième dimension du parcours de vie l'envisage comme paradigme (4). Pour expliciter ce point, De Montigny-Gauthier et De Montigny (2014) se basent sur cinq principes proposés par Elder et *al.* (2004), et qui finalement englobent les trois premières dimensions.

Le premier principe affirme que les trajectoires de développement de l'individu s'échelonnent pendant toute la vie (*life-span development*) et est influencé par les changements sociaux, biologiques et psychologiques (Elder et Shanahan, 2006). Le deuxième principe est l'agentivité (...). Le troisième principe stipule que le temps permet par ailleurs de mesurer la durée des transitions, notamment leur ordre et leur temporalité dans le parcours de vie, en s'appuyant sur le concept de l'âge (Elder, Johnson et Crosnoe, 2004). Le quatrième principe correspond aux vies liées et interdépendantes au niveau des relations des individus et des réseaux sociaux (Elder, Johnson et Crosnoe, 2004) (...) Le cinquième principe correspond au contexte historique et social qui influencent le développement biologique et psychologique, les trajectoires individuelles et l'action humaine (Elder, Johnson et Crosnoe, 2004). (De Montigny-Gauthier et De Montigny, 2014 : 3)

Ainsi, dans ce travail, j'envisage le parcours de vie comme un paradigme. À partir des principes du parcours de vie comme paradigme, j'identifie des éléments qui me permettent de rendre compte de la complexité de mon objet d'étude. Le premier principe (*life-span development*) me permet de comprendre que l'infertilité ne se construit pas au seul moment de la survenue d'une situation ou du diagnostic, mais se construit par rapport à toute la durée du parcours de vie, influencé par le contexte social, mais aussi par les situations biologiques et les capacités émotionnelles des personnes concernées. Le deuxième principe, qui est celui de l'agentivité, me permet d'affirmer que les participantes qui vivent une situation d'infertilité ne sont pas passives face à celle-ci et aux normes sociales de reproduction. Elles font preuve d'une capacité décisionnelle qui leur permet de transformer leur parcours de vie et leurs expériences de l'infertilité. Le troisième principe concerne la temporalité et me permet d'envisager le temps dans sa dimension sociale, et donc de considérer l'âge non pas uniquement comme facteur biologique, mais comme un facteur permettant d'organiser les parcours de vie. Par ailleurs, la dimension temporelle du parcours de vie me permet de faire un séquençage des histoires de vie qui sont utiles à l'analyse et permettent de bâtir le quatrième et le cinquième principes sur les relations entre les individus et à leur réseau, et sur l'historique des transformations sociales et biologiques que connaissent les trajectoires personnelles. En somme, « le parcours de vie permet donc d'analyser le déroulement des vies des individus à partir de leur donné biologique et leur

capacité de réflexivité, cernés dans une dimension temporelle et un contexte donné » (De Montigny-Gauthier et De Montigny, 2014 : 2).

Malgré l'importance de la méthode des récits de vie dans ce travail, elle comporte quelques limites. En effet, « les récits de vie sont souvent critiqués pour trois problèmes qu'ils posent: 1) les problèmes d'objectivité, 2) les problèmes de fiabilité et 3) les problèmes épistémologiques» (Bah et *al.*, 2015 :134). Ces trois problèmes concernent le niveau de confiance qu'on peut accorder à un récit en raison de la stratégie narrative, des limites du langage et de l'impossibilité de vérification d'événements passés. Bertaux (2016) répond à ces limites en expliquant que le fait de récolter un nombre limité de récits permet, en les rapprochant les uns des autres, de dégager des tendances qui permettent de saisir la réalité sociale, et c'est dans cette même logique que des observations ont été menées. De plus, au-delà de ces limites identifiées dans la littérature, la mise en œuvre des récits de vie dans le cadre de cette thèse a une limite éthique. En effet, elle met de côté toutes les expériences de l'infertilité qui ne peuvent être mises en récit car trop courtes ou trop douloureuses à raconter pour les femmes concernées.

B. Observations virtuelles

Comme mentionné dans l'introduction, avant la formulation du projet de thèse, j'avais des indices indiquant que l'infertilité est une situation déterminante pour les parcours de vie des femmes camerounaises. En conséquence, dans le déroulement de mon terrain, ces connaissances préalables ont façonné la construction de mon guide d'entretien et les observations virtuelles.

L'observation permet une proximité avec l'objet d'étude (Gaudet et Robert, 2018 :83), comme en témoignent des expériences telles que celle de Goffman (1961) dans les asiles. Olivier de Sardan décrit l'observation en ces termes :

Par un séjour prolongé chez ceux auprès de qui il enquête (et par l'apprentissage de la langue locale si celle-ci lui est inconnue), l'anthropologue se frotte en chair et en os à la réalité qu'il entend étudier. Il peut ainsi l'observer, sinon « de l'intérieur » au sens strict, du moins au plus près de ceux qui la vivent, et en interaction permanente avec eux. On peut décomposer analytiquement (et donc artificiellement) cette situation de base en deux types de situations distinctes : celles qui relèvent de l'observation (le chercheur est témoin) et celles qui relèvent de

l'interaction (le chercheur est coacteur). Les situations ordinaires combinent selon des dosages divers l'une et l'autre composantes. (Olivier De Sardan, 1995 :3)

Mes observations se sont déroulées lors de séjours virtuels sur les réseaux sociaux dont je connais la langue (ou du moins les codes). En effet, même s'il est vrai que les communautés virtuelles n'étaient pas rependues au moment de la publication du travail d'Olivier De Sardan, son propos reste valide dans les cas de groupes Facebook. Ma présence s'y inscrit dans le temps long, je suis donc une observatrice de l'intérieur qui est à la fois témoin (lorsque je ne participe pas à un fil de conversation, mais que je peux en lire tout le contenu), et coactrice (lorsque je participe à construire la conversation et orienter le débat). J'ai donc pu avoir accès à plusieurs facettes des expériences de l'infertilité de l'intérieur en étant témoin des interactions. Sans être des ethnographies, ces observations se rapprochent de ce que Gaudet et Robert (2018 :84) qualifient « d'ethnographie numérique, d'ethnographie en ligne, ou de nethnographie ». Pour mon travail, les observations ont été menées en complément des récits. En effet,

Dans tous les cas, les informations et connaissances acquises peuvent soit être consignées plus ou moins systématiquement par le chercheur, soit rester informelles ou latentes. Si les observations et interactions sont consignées, elles se transforment en données et corpus. Sinon, elles n'en jouent pas moins un rôle, qui est de l'ordre de l'imprégnation. (Olivier De Sardan, 2003 :33)

Pour plusieurs raisons liées au mode de fonctionnement des groupes sur lesquels je reviens plus bas, l'observation n'a pas été systématiquement consignée, mais a servi de moyen pour éclairer les récits. Par ailleurs, elle a permis de recueillir des informations sur les thérapies utilisées par les citadines camerounaises contre l'infertilité. Ainsi, plusieurs des éléments de l'observation ont été incorporés aux données lorsque l'extraction le permettait.

II. Groupes à l'étude et déroulement du terrain

Les groupes à l'étude sont les personnes rencontrées, mais aussi les groupes Facebook analysés dans ce travail.

A. Population à l'étude

Les données analysées dans ce travail proviennent des personnes qui ont partagé des récits de vie, et publications dans des groupes Facebook.

Critères de recrutement des personnes

La « femme » en tant que telle n'existe pas, d'où l'importance d'une identification adéquate des femmes visées (Labrecque, 1991). Cette identification repose sur la définition de l'infertilité retenue pour ce travail, qui laisse ouverte la caractérisation qui permet de définir quelles personnes sont considérées comme femmes infertiles. La population à l'étude ce sont donc les femmes qui s'auto identifient ou qui sont identifiées par les autres comme étant infertiles. Le groupe à l'étude est constitué en tenant compte d'une définition de l'infertilité qui recouvre différentes réalités sociales et biomédicales. Il s'agit donc principalement de femmes de femmes vivant des situations d'infertilité selon les critères suivants :

- Des femmes adultes (âgées de plus que 21 ans, âge de la majorité au Cameroun);
- Ayant un projet procréatif non réalisé³² ;
- S'auto identifiant ou étant identifiées par l'entourage comme femme infertile.

Cette définition a permis de mettre en lumière des facettes multiples de l'infertilité qui est à la fois biologique et sociale, suivant des critères multiples pour chaque définition. Étant donné le caractère sensible du sujet de la recherche, j'ai mis l'accent sur une participation volontaire effective, en faisant comprendre aux femmes qu'elles peuvent, quand elles le souhaitent refuser de répondre à certaines questions ou mettre fin aux entretiens, ou encore décider de l'usage qui sera fait des données procurées. Cependant, pour assurer une hétérogénéité de l'échantillon, des données comme l'origine ethnique, le niveau de scolarité, le lieu de résidence, le niveau de salaire sont parmi les caractéristiques sociodémographiques qui ont été utilisées pour assurer une diversité des sources d'information.

³² Le non-désir d'enfant n'a donc pas été ni investigué pendant le terrain, ni exploré au cours des analyses, même s'il est possible que cet élément apporte des éclaircissements par rapport au vécu des situations d'absence d'enfant en général, notamment si les femmes sont identifiées par l'entourage comme étant infertiles.

Choix des groupes Facebook

Les groupes Facebook sont des rassemblements qui sont en général créés par une personne, avec une charte et un certain nombre d'objectifs. Cette personne est identifiée comme étant la créatrice du groupe. Elle peut par la suite, s'adjoindre d'autres personnes qui joueront le rôle d'administratrices ou de modératrices dans le groupe. Dans certains groupes, les participants ont la possibilité d'ouvrir des discussions. Mais la plupart du temps, les discussions sont postées et, pour être affichées dans le groupe, elles doivent être validées par ses administratrices et ses modératrices. Ce qui permet d'avoir un contrôle sur le type de discussions qui sont ouvertes dans les groupes, et de maintenir l'anonymat de personnes ne veulent pas faire des post à visage découvert. Par ailleurs, dans les groupes Facebook auxquels j'appartiens, existe la possibilité d'avoir des faux profils, permettant à certaines personnes de participer aux groupes sous de faux noms, et ainsi de faire des discussions et donner des avis dans l'anonymat total.

Mes choix des groupes ont été guidés par quatre critères principalement, qui permettent de saisir les expériences femmes qui sont liées au contexte du Cameroun.

1. Le fait que ce soient uniquement des groupes de femmes (toutes femmes ayant une connexion avec le Cameroun étant acceptées dans le groupe, je me suis intéressée aux camerounaises vivant au Cameroun)
2. L'existence préalable de fils de discussion sur l'infertilité
3. La taille des groupes : j'ai choisi d'observer les groupes comptant le plus grand nombre de membres.
4. Et dans les groupes, j'avais un intérêt particulier pour les postes ou les discussions qui concernaient les situations d'infertilité.
 - a. À travers des questions posées (sur les médications, les centres de soins, les diagnostics, la recherche de recommandation, etc.);
 - b. À travers des « *tcho* », qui sont des récits d'expériences dont l'introduction se fait en ouvrant un fil de discussion, et les développements numérotés sont ajoutés en commentaires.

Ces « *tcho* » sont extrêmement populaires et ne concernent pas uniquement les situations d'infertilité. De plus, Facebook offre depuis peu la possibilité aux membres des groupes

d'ouvrir des discussions de manière anonyme et le nom qui s'affiche est « membre du groupe », facilitant les récits de « *tcho* ».

B. Constitution des sources de données

Le groupe à l'étude et le corpus de publications ont été constitués en mettant à contribution mes réseaux sociaux réels et virtuels.

5. Constitution du corpus de données numériques

Dans les groupes Facebook, il suffit d'exécuter une recherche dans le groupe avec des mots clés. J'ai donc effectué des recherches en utilisant les mots infertilité et stérilité pour pouvoir afficher tous les posts qui se rapportent à ce sujet.

Image 3: Recherche du mot clé stérile dans le groupe Love Kmer Sisters



Source : Observation sur Facebook

J'ai ainsi constitué un échantillon de 18 discussions à parcourir. J'ai enregistré ces discussions dans ma session sous le thème thèse.

Image 4: capture d'écran de mon dossier d'enregistrement Facebook nommé thèse.



Source : Observation sur Facebook

L'application Facebook permet ainsi de sauvegarder des liens vers d'autres publications. Sur cette image, on peut voir des post qui ont été faits anonymement, mais aussi des liens vers des post qui ont été supprimés ou dont le groupe d'origine n'existe plus.

Les groupes Facebook ont aussi servi à la constitution de l'échantillon de participantes.

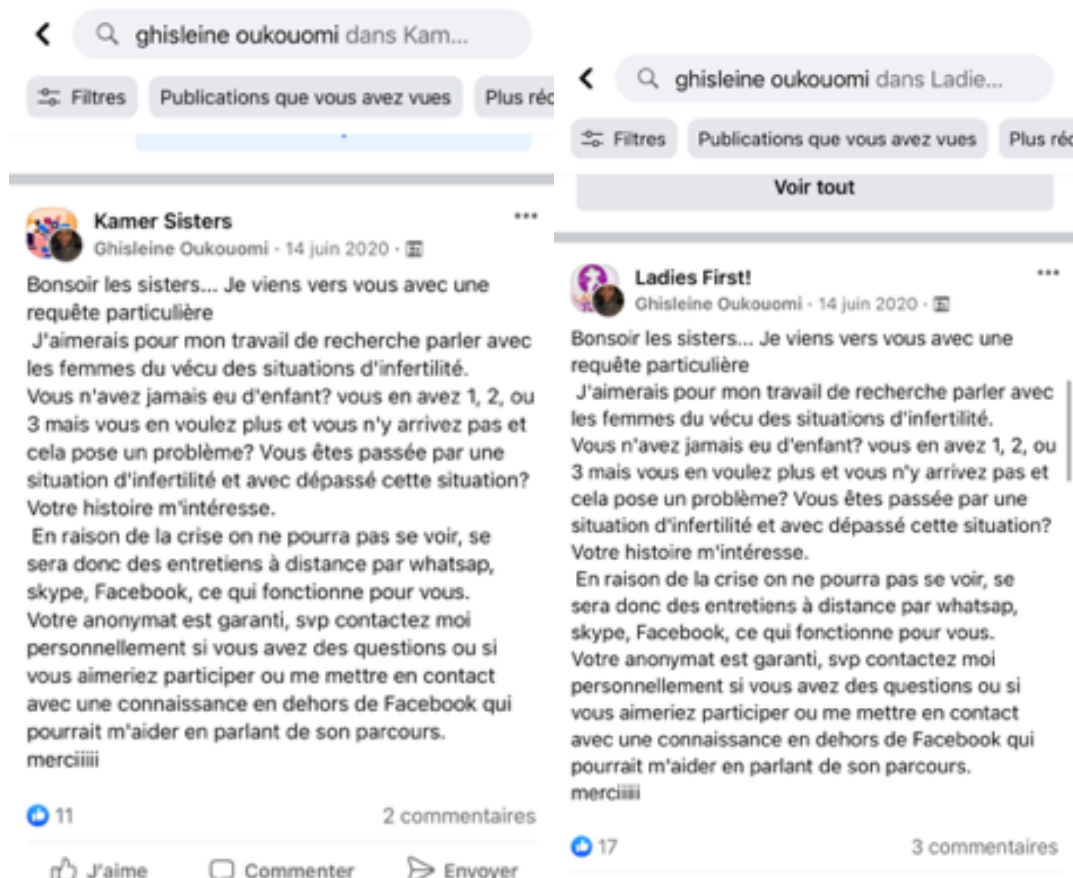
- **Option 1:** *Faire un post dans les différents groupes Facebook regroupant des femmes, les invitant à me contacter en privé si elles sont intéressées à participer.*

Ayant obtenu l'approbation éthique le 8 janvier 2020, et en raison du contexte de la pandémie, j'ai décidé de passer des annonces dans les groupes Facebook présentés précédemment.

J'ai ainsi placé des annonces (captures d'écran des post ci-dessous) dans trois groupes, Kamer Sisters, Love Kmer Sisters et Ladies First que je présente dans la partie sur l'échantillon.

Image 5: Post de recrutement sur Kamer Sisters

Image 6: Post de recrutement sur Ladies First



Source : Observation sur Facebook

Dans ces posts, je présente mon travail et le but du recrutement. J'invite les personnes ayant des questions ou intéressées à participer à me contacter via Messenger.

Cette méthode de recrutement comporte quelques limites. En effet, elle induit un manque de diversité dans l'échantillon qui n'inclut que les femmes qui ont au minimum des compétences en lecture et écriture, qui ont accès aux réseaux sociaux, et qui ont les moyens financiers d'investir dans des forfaits Internet. De plus, en raison de l'anonymat dans les groupes, on note un manque de relation avec la participante, difficulté de faire des entrevues de suivi, surtout lorsque la personne utilisait un faux compte qu'elle supprime ou délaisse finalement.

La mise en œuvre d'une autre option a permis de mitiger cette limite.

- **Option 2:** *faire du bouche-à-oreille, c'est-à-dire me servir de mon réseau de connaissances ou de celui des participantes pour recruter des femmes.*

Afin d'orienter le recrutement, quelques entrevues semi-directives, généralement non programmées, ont été menées sur les réseaux sociaux et en personne au Cameroun. Ces entrevues ont surtout été utiles pour comprendre à la fois les attentes des potentielles participantes dans leur choix de contribuer à mon étude, ainsi que les refus de participer de certaines personnes qui se qualifient au regard des critères énoncés précédemment. Je reviens sur ces raisons dans la partie sur le déroulement du terrain plus bas.

Après la première mise en contact, la sélection des participantes s'est faite par boule de neige, en leur demandant si elles connaissent d'autres femmes à qui je peux m'adresser pour poursuivre mon enquête.

Mes réseaux de connaissances et ma famille m'ont également mise en contact avec des personnes susceptibles d'être intéressées par la recherche.

C. Taille du groupe à l'étude

Pour Bertaux, la taille du groupe à l'étude permet d'aborder la question de la fiabilité des données, de la véracité des récits. En effet, le chercheur n'a aucun moyen de connaître la stratégie narrative des participants.

Or la solution existe : il suffit pour cela de recueillir non pas un seul, mais un petit nombre raisonnablement varié de récits de vie de personnes qui ont vécu au sein de la même « pièce » de la mosaïque sociétale (Becker, 1986). Car si chaque récit est en soi invérifiable, ce que chacun dit d'une même partie du tout sociétal à travers l'expérience qu'il/elle en a eue directement peut être mis en rapport avec ce qu'en disent les autres. (Bertaux, 2016 :18)

Pour Bertaux, recueillir plusieurs récits permet donc de mieux saisir la réalité sociale. Par ailleurs, l'explication de Bertaux mentionne que la méthode des récits de vie ne nécessite qu'un petit nombre d'expériences. Ce qui signifie qu'on ne recherche pas la représentativité statistique, mais d'avoir plusieurs points de vue sur la même réalité sociale afin de dégager des tendances générales. La saturation est alors atteinte lorsque le chercheur arrive à faire sens des récits les uns par rapport aux autres. Ceci n'exclut pas la possibilité que certaines zones grises subsistent, éléments moins analysés que l'on laissera pour des recherches

ultérieures. Par conséquent, si la saturation apparaît comme un critère habituel dans les études qualitatives, elle ne se mesure pas au nombre d'entrevues réalisées. Ainsi, tout en cherchant à maximiser les chances d'apparition d'au moins quelques cas capables de perturber mon système de représentation (Becker, 2002), j'ai été attentive à vérifier que les entretiens continuent d'apporter de nouvelles informations (Olivier De Sardan, 1995; Becker, 2002).

Dans le cadre de cette thèse, j'ai été en contact avec dix-neuf femmes qui ont accepté de faire un récit de leur expérience de l'infertilité. J'ai également mené deux courts entretiens avec deux autres femmes.

Bien que j'aie explicitement obtenu l'autorisation de mon amie Thérèse pour mentionner notre rencontre, elle n'a pas souhaité me faire un récit exhaustif de son parcours. De plus, j'ai brièvement parlé à une amie de ma mère qui me faisait part de son vécu, et de son impossibilité à donner naissance à un garçon.

Par ailleurs, j'ai rencontré trois hommes, dont l'un est le conjoint d'une des participantes, qui ont souhaité me faire part de leur avis par rapport au sujet de ma thèse. Ces entretiens font partie du corpus de données, car ils permettent de mieux comprendre certaines expériences relatées par les femmes, surtout lorsqu'elles s'expriment sur les attitudes de leurs conjoints face à l'infertilité. Dans le même sens, les récits réalisés dans les groupes Facebook ne sont pas des conversations à l'initiative du chercheur et sont souvent incomplets pour répondre au sujet d'étude. Mais ces données permettent non seulement d'éclairer le contexte, mais aussi de contribuer à établir la fiabilité des données (Bertaux, 2016) en apportant des informations à croiser avec les récits, et de les situer socialement avec plus de précision.

La prochaine section présente les participantes et les groupes Facebook plus en détail.

D. Profil sociodémographique des participantes et présentation des groupes Facebook

Les tableaux et figures suivants présentent les groupes Facebook dans lesquels les observations et le recrutement ont été menés, ainsi que les données biographiques des participantes.

Présentation des groupes Facebook

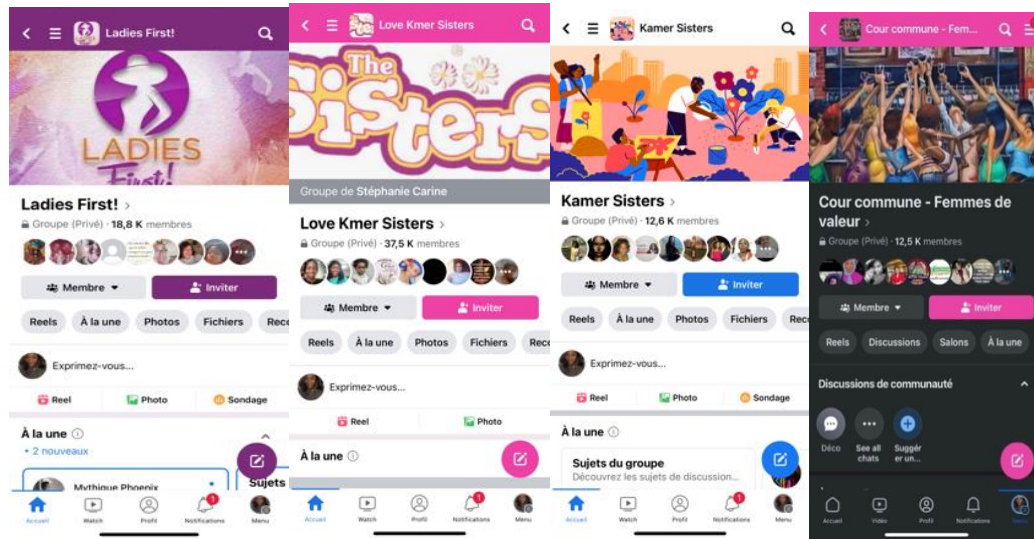
Les groupes Facebook sur lesquels j'ai effectué des observations sont « Cour Commune-Femmes de valeur », « Ladies first », « Love Kmer Sisters », « Kamer Sisters », et « Love Kamer Sisters ». Les images suivantes présentent les pages d'accueil des groupes

Image 7:Page d'accueil du groupe Ladies First

Image 8:Page d'accueil du groupe Love Kmer Sisters

Image 9: Page d'accueil du groupe Kamer Sisters

Image 10: Page d'accueil du groupe Cour Commune-Femmes de valeur



Source : ces images sont des captures d'écran des pages d'accueil des groupes, montrant le nom du groupe, le nombre de membres, et d'autres boutons pour créer des post.

Le tableau ci-dessous propose une présentation générale des groupes choisis pour les observations.

Tableau 5: Présentation des groupes Facebook

	Groupe	Nombre de membres	Date de création
1	Cour Commune-Femmes de valeur	12 500	7 Février 2021
2	Ladies first	18800	17 septembre 2020
3	Love Kmer Sisters	37500	26 Octobre 2015
4	Kamer Sisters	12800	14 Mai 2012
5	Love Kamer Sisters	Groupe supprimé par Facebook en 2015 et remplacé par Love Kmer Sisters	

Source : Observation sur Facebook

La différence d'effectif de publication enregistrées s'explique par le fait que chacun de ces groupes ait une culture différente. Dans le groupe *Kamer Sisters*, les leaders qui ont participé à sa création occupent beaucoup de place. À la suite de conflits de gestion du groupe, sur la question des posts commerciaux notamment, certaines femmes se sont détachées et ont créé *Ladies First*. Ce groupe comporte plusieurs publications de développement professionnel, et les publications commerciales notamment y sont très fréquentes. Dans le groupe *Love Kmer Sisters*, une des principales activités consiste à raconter des histoires et c'est ce qui fait sa popularité. De plus, c'est un groupe où la majorité des posts sont en fait des demandes d'aide. Les membres lèvent des fonds, font des dons, prodiguent des conseils pour apporter de l'aide à d'autres femmes qui vivent des souffrances. Il en est de même pour le groupe *Cour Commune-Femmes de valeur* qui est essentiellement fait pour l'aide, le développement professionnel et les discussions.

Données biographiques des participant.es

Le travail de terrain m'a permis de recueillir plusieurs récits extensifs, mais aussi d'avoir des conversations plus ou moins brèves en ligne et en personne. J'ai recueilli les récits de vie de vingt-deux femmes dont la diversité se trouve dans l'âge, le lieu de résidence, et surtout les situations matrimoniales et génésiques. J'ai recueilli le récit de vie de deux hommes que je ne pouvais exclure de la recherche pour des raisons éthiques, l'un étant le conjoint d'une des participantes. Cependant, puisque mon intérêt se porte sur les expériences des femmes, les récits des hommes ne sont mobilisés que de manière illustrative. Ainsi, j'utilise le mot participantes (au féminin) pour désigner les personnes qui ont participé à ce travail.

Il y a donc vingt-deux participantes sont âgées de 29 ans à 50 ans. Les groupes d'âge sont 20-29 ($n=2$), 30-39 ($n=12$), 40-50 ($n=8$), ce qui permet des récits à profondeur temporelle variée.

En référence à l'effet de l'éducation et de l'urbanisation sur les comportements sexuels et reproductifs mentionnées dans le chapitre 1 (EDS, 2018), les participantes habitent toutes en zone urbaine soit Douala ($n=7$), Yaoundé ($n=10$), Bertoua ($n=1$), Édéa ($n=1$),

Bafoussam ($n=3$). Les participantes ont en majorité un niveau universitaire de premier cycle ($n=7$) ou de niveau supérieur ($n=10$). Certaines ont un niveau secondaire ($n=4$) et une un niveau primaire ($n=1$). En termes matrimonial, les femmes sont soit veuve ($n=1$), en couple (union libre sans cohabitation, $n= 4$), en concubinage (union libre avec cohabitation, $n= 1$), mariée ($n=12$), ou célibataire ($n=3$), dont une a des partenaires sexuels réguliers, et fiancée ($n=1$).

Par ailleurs, parmi les participantes il y a eu des grossesses ($n=14$), pour lesquelles on a des enfants vivants ($n=10$), des fausses couches ($n=5$), des interruptions de grossesse (parmi lesquelles une interruption volontaire et trois interruptions par nécessité médicale) ($n=4$), des décès d'enfants ($n=2$). Mais tous ces événements ne concernent que 14 femmes de l'échantillon, les autres n'ont jamais été enceintes ($n=8$). À l'issue de mon enquête de terrain, la situation de plusieurs participantes n'était pas résolue (qu'elles aient des enfants précédemment la période d'infertilité ou non) (*), d'autres ont des enfants au moment de la rencontre, et me relatent des expériences passées (**), et enfin, des femmes ont eu des enfants après notre rencontre (***).

Tableau 6: Profil sociodémographique des participants(es)

	Pseudo	Age	Statut matrimonial	Ville de résidence	Origine Ethnique	Niveau scolaire atteint	Niveau de revenu	Nombre d'enfants	Nombre de Grossesses	Nombre de fausses couches	Interruptions de grossesses déclarées	Décès d'enfants	Religion	Moyen de contact	Activité
1	Anne*	36	Mariée	Yaoundé	Bamoun	Licence	100000-300000	1	1	0	0	0	Chrétienne Catholique	Bouche à Oreille	Personnel d'aéroport
2	Bertille*	33	En couple	Yaoundé	Bamiléké	Master	100000-300000	1	2	0	1	0	Chrétienne Catholique	Bouche à Oreille	Agente de projet
3	Carine et Chris***	31-35	En concubinage	Yaoundé	Bamiléké — Kribi	Master	300000—500000/ 0-100000	1	7	5	1	1	Chrétienne Catholique	Contact par la participante	Gestionnaire en banque/entrepreneur
4	Diane*	31	Mariée	Douala	Bamiléké	Licence	100000-300000	0	0	0	0	0	Chrétienne	Facebook	Entrepreneure en agence de voyages
5	Émeline*	29	Célibataire	Yaoundé	Akonolinga	Doctorante	0-100000	0	0	0	1	0	Chrétienne	Facebook	Doctorante
6	Françoise*	42	Mariée	Yaoundé	Non assignée	Master	100000-300000	2	2	0	0	0	Chrétienne	Facebook	Employée gouvernementale
7	Gina**	31	En couple	Édéa	Yambassa	Secondaire	0-100000	1	1	0	0	0	Chrétienne	Facebook	Employée de service clientèle
8	Hélène**	31	Mariée	Yaoundé	Bassa	Master	500 000 et plus	2	2	0	0	0	Chrétienne Catholique	Facebook	Gestionnaire de projets
9	Irène**	38	En couple	Yaoundé	Bamiléké	Licence	100000-300000	1	2	0	0	1	Non assignée	Facebook	Employée gouvernementale
10	Josée*	34	Mariée	Bafoussam	Non assignée	Master	100000-300000	1	1	0	0	0	Chrétienne	Facebook	Employée gouvernementale
11	Kim*	30	Célibataire	Douala	Sawa	Secondaire	0-100000	0	1	0	0	0	Chrétienne	Facebook	Entrepreneure en restauration
12	Laura*	40	Mariée	Douala/Ottawa	Bamiléké	Master	500 000 et plus	0	0	0	0	0	Chrétienne	Facebook	Employée des RH
13	Mona*	33	Fiancée	Yaoundé	Bamiléké	Licence	0-100000	0	0	0	0	0	Chrétienne	Facebook	Commerçante
14	Nina*	44	Mariée	Douala	Bamiléké	Licence	0-100000	0	0	0	0	0	Chrétienne	Bouche à Oreille	Employée de banque
15	Ornella*	38	En couple	Douala	Bamiléké	Licence	100000-300000	0	1	1	0	0	Chrétienne	Facebook	Enseignante
16	Prisca*	50	Mariée	Douala	Bamiléké	Licence	100000-300000	0	1	1	0	0	Chrétienne	Bouche à Oreille	Enseignante
17	Queen*	47	Veuve	Douala	Bamiléké	Primaire	0-100000	0	0	0	0	0	Chrétienne Catholique	Bouche à Oreille	Commerçante
18	Raïssa**	29	Mariée	Bertoua	Est	Doctorante	0-100000	1	2	1	0	0	Chrétienne Catholique	Facebook	Doctorante
19	Sony*	44	Mariée	Yaoundé	Ewondo	Master	300000-500000	0	0	0	0	0	Chrétienne	Facebook	Employée gouvernementale
20	Zita*	50	Mariée	Bafoussam	Bamiléké	Secondaire	0-100000	0	0	0	0	0	Chrétienne	Bouche à Oreille	Vendeuse
21	Pierre	47	Marié	Douala/Montréal	Beti	Master	500000-1000000	3	Situation d'infertilité	N/A	N/A	N/A	Chrétienne	Facebook	Employé d'entreprise
22	Didier	35	Célibataire	Yaoundé	Bamiléké	Doctorant	0-100000	0	Suspicion de l'infertilité de la petite amie	N/A	N/A	N/A	Chrétienne	Bouche à Oreille	Doctorant/gérant de commerce
23	Thérèse*	35	Célibataire	Yaoundé	Bamiléké	Master	0-100000	0	0	0	0	0	Catholique	Connaissance	Employée de Banque
24	Sirielle*	47	Mariée	Bafoussam	Bamiléké	Secondaire	0-100000	7	7	0	0	0	Catholique	Connaissance	Gestionnaire de commerce

Source : *Tableau constitué à partir des données d'enquête*

6. Déroulement du terrain, observations, conditions des entrevues et difficultés

Le travail de terrain s'est déroulé en plusieurs étapes, dont certaines se sont faites concomitamment à d'autres. La première étape a été la préparation du terrain qui inclut la conception d'un guide d'entretien et d'une stratégie d'observation. Ensuite, je me suis attelée au recrutement, à la conduite d'entrevues et à la consignation des observations.

L'extraction des données s'apparente alors à une entreprise multisite dans le réel et le numérique.

A. Préparation du travail de terrain

Pour préparer mon travail de terrain, je me suis basée sur les indications de Bertaux (2016) et d'Oliver De Sardan (2003). Bertaux (2016 : 57) conseille notamment d'avoir confiance en soi, de bâtir son expérience du terrain, ses capacités d'écoute et celles à poser les bonnes questions au bon moment. Par ailleurs, j'ai préparé un cahier de terrain (Bertaux, 2016 : 63) qui a servi à consigner des notes d'analyse, des rencontres, des réflexions, et surtout à accompagner les enregistrements.

Pour ces deux auteurs, la préparation du terrain commence par une entrée, en matière (Oliver De Sardan (2003 : 5), une ouverture du terrain (Bertaux, 2016 : 58). Cette étape consiste à définir son identité de chercheur et à se présenter soi-même et la recherche dans le but d'obtenir un rendez-vous ou de débiter l'entretien. Pour Oliver De Sardan (2003), l'entrée en matière se fait en trois étapes :

- Expliquer toujours l'objet de l'entretien ; et le faire en termes compréhensibles pour l'interlocuteur, qui font sens pour lui (selon les interlocuteurs, on présentera donc différemment l'enquête)
- Se présenter toujours personnellement (en disant son nom) au début
- Demander le nom de l'interlocuteur (au début ou à la fin, peu importe).

(Olivier De Sardan, 2003 : 5)

En m'inspirant de ces indications, la préparation du terrain s'est faite en préparant un texte qui me présente et explique la recherche et mes objectifs. Cette partie introductive de l'entrevue inclut la présentation du formulaire de consentement, l'explication des enjeux

et de la logique du formulaire et le recueil du consentement pour la participation à la recherche et pour l'enregistrement de l'entretien. La dernière étape de cette préparation est la mise en marche de l'enregistrement (Olivier De Sardan, 2003 : 7 ; Bertaux, 2016 : 70).

Dans le recueil d'un récit de vie, Bertaux (2016 : 64) tout comme Oliver De Sardan (2003 : 6) conseillent, certes de suivre un guide d'entrevue constitué de questions et de sous questions, mais de ne pas l'administrer comme un questionnaire (Ce guide est ajouté en annexes). Ces questions servent à se préparer mentalement à faire de l'interview une conversation qui répond aux objectifs de recherche. Ainsi, d'une entrevue à l'autre, les questions que je pose ne suivent pas le même ordre, je m'adapte au cours de la conversation. Le guide sert donc surtout d'outil de préparation et de balisage des entrevues dans le but d'inciter la narration (Bertaux, 2016 : 67). Toujours en référence aux travaux de ces deux auteurs, je commence l'entrevue en remerciant les participantes de leur temps et de leur intérêt pour la recherche. Ensuite, je leur demande la permission de les tutoyer et leur indique que notre rencontre est une conversation informelle et que je leur laisse le soin de choisir les informations qu'elles jugent pertinentes de partager avec moi. Pour les trois premières rencontres, j'ai commencé par recueillir les données sociodémographiques des participantes avant d'entrer dans le vif du sujet. Sentant un certain agacement chez les participantes, notamment chez une d'elles qui voit en cette façon de procéder un moyen d'identification loin de la promesse d'anonymat, j'ai entrepris d'aborder les entrevues autrement. Je pose des questions introductives telles « qu'est-ce qui se passe alors ? », « par quoi veux-tu commencer ? », « où est-ce que tu en es aujourd'hui avec la situation ? ». Ces questions permettent de commencer la narration des expériences des participantes, et je pose ensuite des questions de description, de précision, et de relance sur les points que la participante n'a pas abordés dans sa narration initiale.

Enfin, Bertaux mentionne que la préparation du recueil d'un récit de vie c'est surtout se préparer à l'inattendu tels que les moments de gêne, mais surtout les moments émotionnellement éprouvants pour la chercheuse et la participante.

Ce type d'entretien est émotionnellement éprouvant ; plus d'une fois, vous en sortirez littéralement « vidé ». Il faut bien que la réalité vous touche, qu'elle touche non seulement votre intellect, mais vos nerfs, votre sensibilité, votre cœur, pour

qu'elle puisse bousculer un tant soit peu ces préjugés et présupposés que vous portez en vous inconsciemment. N'ayez donc pas de crainte face aux émotions du sujet ; et laissez monter les vôtres, tout en contrôlant leur expression. Elles ne sont jamais gratuites et bien plutôt le signe que quelque chose d'essentiel a été évoqué. La charge émotionnelle est aussi charge de significations. (Bertaux, 2016 : 69)

Ce point de vue de Bertaux a été déterminant pour me donner des outils face à ce que j'anticipais comme étant la douleur émotionnelle des participantes. Il m'a aussi permis de me situer face à mon intérêt personnel pour le sujet, mais surtout d'avoir des outils pour gérer ma propre empathie par rapport à ce que vivent les participantes à mon travail. Les outils proposés par Bertaux et par Olivier De Sardan ont donc précédé et accompagné la collecte de données que je décris dans les prochains points.

B. Recrutement et entretiens via Facebook

Après les annonces sur Facebook, en général la participante m'envoie un message privé et m'indique qu'elle a vu mon annonce dans un des groupes et est intéressée à participer ou en savoir plus. Je lui donne plus d'information sur la recherche et sur ce que j'espère obtenir d'elle en termes de participation, je lui demande si elle est disponible dans les prochains jours pour que nous puissions fixer un rendez-vous. À ce niveau plusieurs cas de figures se présentent :

- Les femmes pour lesquelles après cette première conversation je n'ai plus jamais eu de retour;
- Celles qui me demandent si elles seront rémunérées pour la recherche, et préfèrent ne pas continuer après la mention d'une impossibilité de rémunération;
- Celles qui sont en quête de traitements et me demandent si c'est pour aider les femmes en termes de traitements, si j'ai une solution à leur proposer. Je leur explique que non, et elles se retirent de la recherche;
- Des femmes qui m'ont dit devoir prendre conseil (une a mentionné son conjoint, une autre sa sœur) avant de se décider. Elles devaient me contacter dans l'éventualité d'une participation, mais aucune ne m'a recontactée;

- Des femmes qui ont accepté de participer, mais, en raison de l'instabilité de la connexion Internet, l'appel n'a pas abouti, même après plusieurs tentatives;
- Et enfin les participantes qui ont voulu participer et que j'ai pu joindre pour un appel.
 - Certaines entrevues se sont passées à la suite du premier rendez-vous ($n=2$);
 - D'autres ont pu être menés après des reprogrammations dues à des changements d'horaire des participantes ($n=2$);
 - D'autres encore ont dû être reprogrammées en raison de problèmes de connexion.

Entre juin et août 2020, toutes les conversations ont eu lieu sur Facebook Messenger. Les appels ont été programmés en fonction de l'emploi du temps de la participante, ainsi en raison du décalage horaire (six heures de moins au Canada qu'au Cameroun), j'ai eu plusieurs fois des entrevues entre 1 h et 6 h du matin au Canada. Les appels ont été faits sur l'ordinateur, je me suis servie du dictaphone du téléphone pour les enregistrements (j'ai effectué un test au préalable pour m'assurer de la qualité de l'enregistrement).

Vu les difficultés de connexion, et la lenteur du recrutement, je me suis décidée à aller au Cameroun malgré la situation sanitaire.

C. Recrutement et entretiens *en personne*

En août 2020, je me suis rendue au Cameroun en suivant les contraintes liées au voyage en raison de la pandémie de la Covid 19, j'ai été logée chez mon grand-frère qui vivait à ce moment à Yaoundé. J'ai recontacté certaines des participantes pour lesquelles il y avait eu des problèmes de connexion, une m'a répondu qu'elle avait quitté Yaoundé pour une autre ville. Notre entretien a quand même eu lieu, mais à distance par téléphone, ce qui n'engage aucun coût pour la participante puisque j'ai initié l'appel.

J'ai par ailleurs contacté des amis, des membres de la famille pour solliciter leur aide, et après les deux semaines de confinement j'ai pu commencer les entretiens en personne à Yaoundé. J'ai pu modifier mon annonce Facebook et inclure ma disponibilité à rencontrer des participantes en personnes. C'est ainsi que je me suis déplacée pour Douala afin de

rencontrer des femmes recrutées via Facebook, ainsi que d'autres références obtenues grâce à mon réseau personnel. J'avais ainsi pris une dizaine de rendez-vous via Facebook pour des rencontres à Douala, je n'ai pu rencontrer que deux de ces femmes, les autres ont soit annulé, soit ne sont jamais venues au rendez-vous.

En effet, on remarque un grand tabou concernant les questions d'infertilité au Cameroun. Toutes les personnes avec lesquelles j'ai parlé de la recherche connaissent une autre personne qui vit la situation, mais souvent on mentionne une gêne à l'idée de soulever la question, surtout lorsque la personne concernée n'en parle pas elle-même. Et même si elle en parle, le contact a l'impression de trahir la confiance de son proche en me révélant son infertilité et en me mettant en contact avec cette personne. De plus, un ami m'a fait part du fait qu'ayant lui-même des enfants, il se trouvait mal placé pour soulever le sujet avec la personne qu'il connaît.

D. Observations sur Facebook

En raison des difficultés de recrutement liées à la COVID que j'ai explicitées, j'ai pensé faire des post Facebook mon matériau principal d'analyse. Or, la principale difficulté liée à ce genre de discussion, est qu'il y a une impossibilité de dialogue, surtout lorsqu'on ne sait pas qui parle. Il est donc impossible pour le chercheur de poser des questions de relance, ou d'éclaircissement et finalement, le récit semble incomplet.

La seconde difficulté est liée au recueil des données. Dans la partie sur la constitution du groupe à l'étude, je présente trois groupes Facebook sur lesquels je travaille, mais originellement il y en avait cinq. En effet, en raison du fonctionnement de Facebook, le cinquième a été supprimé de la plateforme. Par conséquent, toutes les discussions et les post que j'avais sauvegardés dans ma page Facebook ont disparu avec le groupe.

Par ailleurs, il n'existe pas encore de logiciel qui permet d'extraire les post et les commentaires de manière anonyme sur Facebook. C'est à dire que même si les post sont faits de manière anonyme, la plupart des personnes qui écrivent des commentaires le font avec un nom et une photo qui s'affichent. À moins de faire une capture d'écran de toutes les pages, ce qui représenterait un travail énorme, des logiciels tels que Nvivo ou Endnote

ne permettent pas d'extraire uniquement le texte des discussions et de les identifier comme ayant été postés par des personnes différentes.

Les observations permettent de comprendre que l'infertilité représente un vécu commun pour des femmes aux situations géographique, économique ou de citoyenneté différente. Par ailleurs, pour les Camerounaises et les épouses de Camerounais vivant des situations d'infertilité, l'expatriation ne suffit pas à contrecarrer les enjeux de l'infertilité. Ainsi, à travers les observations sur Facebook uniquement, il m'a été possible de formuler des questions pertinentes afin de guider les entretiens.

7. Considérations liées à l'éthique

Ce travail a reçu l'approbation éthique du Comité d'Éthique de la Recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa en janvier 2020, avec une date d'expiration pour janvier 2021. Il a été renouvelé pour janvier 2025, et modifié pour inclure les données d'observation de Facebook. La lettre d'approbation finale se trouve en annexe.

Gagnon fourni un éclaircissement sur l'exercice de l'éthique en sciences sociales en ces termes :

Ne se limitant pas à la manière de conduire une recherche, l'éthique de la recherche touche à l'objet d'étude même des sciences sociales. Elle ne se situe pas aux pourtours de la recherche, mais au cœur de la réalité que cette recherche veut comprendre, dans les moyens de compréhension et dans la légitimité même de ces sciences. (Gagnon, 2001 : 326)

Ainsi, pour le chercheur, il s'agit de réfléchir tout au long de la recherche aux implications éthiques de sa position, sa réflexivité et aux relations de pouvoir sur le terrain (Sultana, 2007 : 374). Selon Sultana, ce débat sur l'éthique est largement influencé par les théories féministes qui encouragent réflexivité et autoréflexivité. Ceci en reconnaissant le fait que le travail de terrain comporte des biais associés non seulement à la posture intellectuelle du chercheur - qui influence la production et l'analyse des données-, mais aussi à l'identité du chercheur.

A. Analyse autoréflexive

Adopter une posture autoréflexive, c'est réfléchir à la manière dont nos biais et idées préconçues influencent le travail de recherche, mais aussi à la manière dont nos identités s'insèrent dans les rencontres que nous faisons sur le terrain.

Biais et fiabilité des données

La manière dont les biais et idées préconçues influencent le travail de recherche est lié à la fiabilité des données. Précédemment dans ce chapitre, j'ai mentionné le fait qu'avec les récits de vie, le chercheur fait face à la stratégie narrative du conteur. Cette stratégie narrative peut influencer la qualité des données lorsque le participant décide de dévoiler ou cacher certaines informations, ou encore d'en altérer d'autres, la multiplicité des récits étant une solution (Bertaux, 2016).

Mais un second niveau de ce problème de fiabilité des données est lié aux biais personnels et aux représentations du chercheur qui s'invitent volontairement ou non dans la recherche. Ces biais et représentations s'expriment dans la manière avec laquelle le chercheur choisit de poser les questions, décide de consigner les données, etc. Par exemple, j'avais supposé que les femmes infertiles, passé un certain âge, renonçaient au projet de maternité. Bien que je reste consciente du fait que des biais inconscients persistent, l'utilisation des récits et la liberté que cet outil donne aux participantes a permis d'explorer des sujets que n'aurait pas relevé dans le cadre d'un entretien dirigé.

Les biais personnels ne sont pas les seuls éléments qui affectent la fiabilité des données. L'utilisation de la retranscription comme étape de l'analyse conduit à une perte de données et de sens que contient la communication orale. Pour autant, Bertaux met en garde contre la tentation de dénaturer les données.

La tentation d'« arranger » les extraits est naturelle : en effet les règles de la communication écrite ne sont pas les mêmes que celles de la communication orale. Ce qui « passe » bien dans l'oral, mais parce qu'il s'accompagne de gestes, d'intonations, d'un rythme parlé, s'appauvrit dans la transcription. D'autre part l'oral s'accommode de phrases inachevées et de répétitions, qui gênent la lecture. Les sujets eux-mêmes, quand on leur donne une copie de la transcription, le constatent et remarquent : « *Si c'est pour publier, il faudra le réécrire.* » (Bertaux, 2016 : 118)

Ainsi, l'enjeu de fiabilité des données nécessite de prêter une attention particulière à la transcription, mais aussi à l'usage qui est fait de verbatim. En soulevant la dénaturation des données par la transcription, Bertaux mentionne ici l'apport que peuvent avoir les participants dans le processus de vérification des données. Pour améliorer la fiabilité des données, j'ai adopté une éthique participative de la recherche, « ethical participatory research » (Sultana, 2007 : 375). Dans ce sens, le concept de « member checking » (Birt et al., 2016) suggère qu'un des moyens de mettre en place une recherche participative consiste en faire relire ses notes de terrains, interprétations et analyses aux participants à la recherche. Les données ainsi que les analyses sont ainsi coconstruites. J'ai donc envisagé, lorsque possible de mettre en place un système de vérification de mes notes et de certaines de mes interprétations par les participantes.

Malheureusement, l'anonymat lié au recrutement ainsi que la distance physique entre moi et les participantes n'a pas permis une vérification systématique des données par les participantes qui, parfois n'ont pas grand intérêt à ce processus de vérification. Cependant, depuis le début du terrain en 2020, je suis restée en contact avec des participantes telles qu'Émeline et Carine qui montrent un intérêt pour la recherche, et avec qui j'ai pu avoir des discussions sur mes utilisations de leurs récits via WhatsApp.

Enjeux identitaires et positionnalité

Les situations que je décris et analyse dans cette partie sont très similaires au vécu que Compaoré (2017) rapporte dans son étude sur les industries pétrolières au Gabon et au Ghana en tant qu'étudiante africaine menant un doctorat au Canada. Elle rapporte ainsi que son âge, son genre, sa race, sa nationalité et sa profession ont été déterminants dans son terrain. Je suis dans la même tranche d'âge que certaines de mes participantes, je suis Africaine et Camerounaise, je suis comme certaines, doctorante. Mais en même temps, je suis consciente d'un privilège de classe et d'un privilège éducationnel sur les participantes puisque j'ai été en université privée au Cameroun, je vis au Canada au moment de ma recherche, et, point fondamental, j'ai des enfants. Ces caractéristiques me placent donc dans une classification en tant qu'*Outsider/Insider*.

Ainsi, avant le début du terrain, j'avais anticipé un nombre d'informations qui seraient déterminantes dans mes relations avec les participantes. Et ces réflexions initiales me

mettaient plus dans une position d'outsider. Cette distance entre moi et certaines des participantes s'est confirmée dans certains cas.

Deux participantes ont eu dans les récits des expressions comme « tu sais ici ce n'est pas comme chez vous », pour parler de l'accès à l'assurance maladie ou aux services de soutien en santé mentale, ce qui montre qu'elles me perçoivent comme une personne étrangère. De même, un des thèmes abordés pendant les entrevues concerne l'itinéraire génésique des participantes. Ce sujet a conduit plusieurs participantes à me poser en retour la question de savoir si j'ai moi-même des enfants. Je leur explique que j'en ai deux, que j'ai eu très jeune. Certaines m'expliquent que j'ai de la chance d'avoir des enfants, surtout qu'ils sont relativement grands. Elles me disent que si elles avaient su ce qui les attendaient, elles auraient essayé d'avoir des enfants au même âge (17-18 ans). Cependant, dans les récits, des phrases telles que « tu ne peux pas comprendre » — parlant des situations d'infertilité et des ressentis — suggère que mon statut de mère met une distance entre moi et certaines participantes qui estiment que je ne peux avoir qu'une compréhension limitée de leurs situations, avis que je respecte.

Ces réactions sont celles que j'avais envisagées, mais elles n'ont pas été les seules réactions que mon identité ou ma position ont suscité sur le terrain. Ainsi, plusieurs participantes ont trouvé des manières pour établir une certaine proximité avec moi.

Le premier élément de proximité est ma nationalité et le fait que je sois Camerounaise. Ainsi, dans les entrevues on retrouve des expressions telles que « *tu sais comment ça se passe ici* », « *tu sais comment nos hommes sont* », « *tu sais comment nos familles sont* », « *tu vois* ». Cette proximité a aussi facilité l'adoption d'un langage plus proche de la réalité des participantes avec l'utilisation d'expression locales telles « *le ndem*³³ », ou encore, par l'utilisation de nominatifs communs pour s'adresser à moi tel que « *ma mère* », « *ma chérie* », « *ma sœur* » « *ma copine* », « *ma fille* » pour les femmes plus âgées.

Le second élément de proximité est le fait que j'ai eu des enfants à un âge très jeune. En effet, mon âge et le célibat au moment de mes grossesses est déterminant dans mes relations avec certaines participantes parce qu'il crée une expérience commune de stigmatisation. Certaines ont même mentionné le fait de s'être moquées d'amies qui ont vécu des grossesses prémaritales, et d'avoir du regret face à leur situation d'infertilité.

³³ Situation négative, de perte de contrôle, de honte.

Mais cette dichotomie de position, Sultana citant Gilbert (1994) et Mullings (1999) propose de la régler en se considérant comme « *simultaneously an insider, outsider, both and neither* » (Sultana, 2007 : 377). Le fait de naviguer entre ces deux positions m'a été extrêmement utile pour choisir les aspects de mon identité à mettre en avant afin de faciliter les entrevues. Par exemple, je ne mentionnais pas le fait que j'ai des enfants sans spécifier que je les avais eus dans mon adolescence. De même, je pense que mon statut de femme célibataire a permis de faciliter certains échanges ou du moins de mitiger le fait que j'ai des enfants puisque comme mentionné dans chapitre 1, c'est la maternité et le mariage qui sont des éléments fondamentaux de l'identité des femmes dans les sociétés africaines. Et donc, peu importe mes avantages de classe ou mes avantages éducationnels, mon célibat permet une certaine proximité avec des femmes qui sont infertiles parce que moi non plus, je n'ai pas toutes les caractéristiques composant l'identité sociale d'une femme respectable. En ce qui concerne le genre, je ne l'ai pas pris en compte au départ, car envisageant de travailler essentiellement avec les femmes. Pourtant, au moment du recrutement au Cameroun, il s'est non seulement avéré que mon genre a permis à certaines participantes de se sentir plus à l'aise pour discuter de certains problèmes avec moi, mais aussi et surtout a facilité l'obtention du consentement par les conjoints à la participation de leur conjointe à l'entrevue en disant : « je vous laisse discuter de vos choses ». Le fait d'être une femme a donc permis une ouverture plus facile de mon terrain en personne et même de mon terrain en ligne puisque les groupes Facebook que j'ai mobilisés leur sont réservés. Cela dit, j'ai reçu des remarques de la part de certains hommes qui trouvent injuste le fait de ne s'intéresser qu'aux situations des femmes. C'est ce qui explique que j'ai décidé d'avoir des conversations avec trois hommes dont un couple.

Dans d'autres cas, la participation à la recherche s'est transformée en une relation transactionnelle dans laquelle la participante espère de ma part une aide pour une procédure d'immigration au Canada. De la part des personnes plus âgées, des encouragements à continuer les études et à revenir contribuer au développement du pays, mais aussi des encouragements à parler aux Blancs de ces problèmes afin qu'ils financent des actions d'aide. De la part de participantes doctorantes en sciences de la nature notamment, j'ai reçu plusieurs questions visant à tester mes connaissances et à faire un exposé sur la fiabilité des données qualitatives, sur l'intérêt d'étudier en sciences sociales.

Un dernier point semble important dans cette réflexion sur les enjeux de ma positionnalité et de mon parcours pour la recherche. Le fait que ce sujet apparaisse en dernier témoigne de la durée et de la nécessité de mon propre travail émotionnel, de réflexion sur un malaise entre l'honnêteté intellectuelle et l'inconfort à me mettre en récit. Au début du terrain, je suis une mère qui fait une recherche sur l'infertilité. Un peu après le début du terrain je suis une mère, mais je suis aussi une femme qui, comme nombre de mes participantes, a reçu un diagnostic de désordre hormonal et SOPK.

Ce diagnostic a transformé mon rapport à ma recherche, comme si en en choisissant ce sujet, j'avais en fait dessiné sur ma porte une situation qui a fini par prendre vie. Cette situation s'est traduite par de grandes difficultés à écrire, et à parler de mon sujet. La question qui revient souvent lorsque j'énonce mon sujet « est-ce que tu en souffres? Est-ce tu es concernée » prenait soudain un sens nouveau.

Alors que certaines de mes participantes continuaient de me dire « tu ne peux pas comprendre », j'avais envie leur non, maintenant je comprends. Mon statut d'Outsider est moins clair, je suis tout autant que vous discréditable. Cependant, je me retrouvais face à mes propres émotions, et surtout mon incapacité à partager une expérience que je demande à d'autres personnes de partager, sur laquelle je bâtis mon travail et éventuellement ma carrière. La question éthique qui en découle est celle de savoir dans quelle mesure la chercheuse peut-elle demander à des participants de partager des informations, des ressentis qu'elle-même n'est pas mesure de partager?

Finalement, au-delà de la question de recherche, le travail de terrain m'a apporté des informations sur une expérience personnelle que je commençais à peine à comprendre que ce soit en termes de symptômes, de traitements, et conséquences, etc. Or, alors que la question de la positionnalité s'attache souvent à comprendre les effets des parcours précédant la recherche, il y a moins d'attention sur la manière dont l'imprévisibilité liée aux parcours de vie se construisant pendant le travail de terrain affecte la recherche, à moins qu'il ne s'agisse d'événements profondément significatifs.

B. Éthique, choix du sujet et participation à la recherche

En raison du fait que les expériences personnelles des participantes en matière d'infertilité soulèvent des questions émotionnelles sensibles — telles que les infections sexuellement

transmissibles, les relations conjugales, la stigmatisation ou l'exclusion sociale — les principes éthiques sont essentiels au processus.

En ce qui concerne le choix du thème, il répond à l'objectif de donner plus de visibilité à un sujet et à des personnes marginalisées. En effet, les participantes de cette étude représentent une population vulnérable en raison de l'effet stigmatisant de l'infertilité, ce qui réitère l'importance de respecter la dignité et la liberté des participantes.

- Avant les entretiens, les participantes ont été informées du caractère personnel des questions et du but qui est de recueillir des informations sur leurs expériences sur les situations d'infertilité et sur les défis qu'elles rencontrent individuellement, au sein de leur famille ou dans la communauté.
- Après avoir reçu le consentement pour une participation, je me suis assurée de faire comprendre à mes participantes que les données seront utilisées dans un document explorant leurs expériences, et celles d'autres femmes, pour la thèse ou pour d'autres écrits et communications.
- Tout au long des discussions, j'ai été attentive aux moments de stress ou de fatigue des participantes. Les participantes ont été informées des risques émotionnels qui pourraient survenir en parlant de sujets émotionnels sensibles. En outre, si elles ne voulaient pas répondre à des questions spécifiques, si elles étaient mal à l'aise, cela est tout à fait acceptable. Des pauses ont été effectuées chaque fois que nécessaire, pendant l'entretien, ou en reprogrammant la rencontre à un moment différent.

L'aspect virtuel de la recherche (qui a accompagné la majeure partie du recrutement) a eu pour conséquence de donner aux participantes davantage de contrôle sur le processus. En réalité, je n'ai que rarement eu à aller activement à la rencontre des personnes, j'étais plus en attente de la décision par les personnes de se faire recruter ou non. Ainsi, j'ai posé à la plupart des participantes qui m'ont contactée la question de savoir pourquoi elles ont accepté de participer. Plusieurs ont confié vouloir mettre des mots sur leur histoire. Elles tiennent à ce que leur vécu puisse être utile à une autre personne. D'autres participantes ont admis qu'elles n'acceptaient de participer qu'en raison du caractère virtuel de la recherche, vu que on ne se connaissait pas et qu'on ne se rencontrerait probablement jamais, elles étaient plus à l'aise à participer avec cette garantie d'anonymat. Dans la

présentation des résultats, les participantes sont désignées par des noms fictifs et tous les appareils qui accueillent les transcriptions sont protégés par un mot de passe.

D'un côté, la méthode déployée a contribué à respecter l'intégrité de certaines participantes, mais elle a aussi conduit à marginaliser encore plus des femmes qui auraient pu être intéressées par la recherche. Premièrement, plusieurs femmes en dehors de Facebook n'ont jamais eu l'information concernant la recherche et donc, le choix de participer ou non. Ensuite, le Cameroun compte en plus de l'anglais et du français plusieurs autres langues parlées. La recherche et le recrutement n'étant qu'en français, toutes les femmes dont ce n'est pas la langue d'expression ont été automatiquement exclues de la recherche. De plus, toutes les participantes vivent en zone urbaine ou semi urbaine, ce qui signifie que les femmes infertiles vivant en zone rurale n'ont pas été prises en compte dans la recherche. La conséquence pour la question de recherche est que les analyses proposées sont applicables uniquement aux femmes camerounaises francophones vivant en zone urbaine et semi urbaine.

Comme anticipé dans la demande d'approbation éthique, les formulaires de consentement n'ont pas pu être signés systématiquement (deux sur vingt), le consentement oral des participantes étant jugé suffisant. En effet, le formulaire soulève des questions concernant la confidentialité, dans la mesure où il intervient comme une officialisation de la participation de personnes qui veulent rester anonymes (entrevue par appel audio, à partir de faux compte Facebook).

8. Analyse des données

L'analyse est un travail qui commence en même temps que la production des données (Bertaux, 2016 : 71 ; Gaudet, 2018 : 141). Si bien que, comme mentionné précédemment dans ce chapitre, l'analyse des premiers entretiens permet de réorienter le travail de terrain.

A. Organisation de l'analyse

Gaudet et Robert (2018 : 143-145) proposent deux étapes principales de l'analyse, dans le but d'identifier les informations pertinentes pour répondre à la question de recherche. La

première étape est une analyse verticale qui se concentre sur une unité d'observation à la fois, dans mon cas, le récit de vie d'une participante. La seconde étape est une analyse horizontale qui fait appel à tout le corpus de données, c'est-à-dire tous les récits de vie qui ont été recueillis afin d'établir des liens entre les récits. Mais la mise en œuvre de ce travail d'analyse nécessite la transcription préalable des données orales vers des données écrites (Bertaux, 2016 : 76). À la suite des transcriptions, les textes ont été téléchargés dans le logiciel Nvivo. Les cas ont été créés afin de procéder à l'identification des participantes, le résultat de cette identification est le tableau récapitulatif présenté dans la partie sur la constitution du groupe. L'analyse avec ce logiciel nécessite de créer des codes, des catégories, des thèmes, des sujets qui vont orienter le dépouillement des récits. Afin d'établir une logique de dépouillement, je me suis servie de l'explication sur le repérage des contenus des récits proposés par Bertaux (2016). Pour cet auteur, le récit de vie contient principalement trois niveaux de données :

1. celui de l'intériorité du sujet : structuration initiale de sa personnalité par la socialisation et les premières expériences, apprentissages culturels et professionnels, transformations psychiques ultérieures, type habituel de conduites, de formulation de projets et de cours d'action tendant à les réaliser ; voire « clé » de son fonctionnement psychique ;
2. celui de l'historique de ses relations durables avec ses parents et ses proches (les *significant others* de G. H. Mead), de ses réseaux interpersonnels ;
3. celui, le plus sociologique, mais le moins apparent dans le récit, des rapports socio-structurels (notamment rapports hiérarchiques, rapports de pouvoir) propres à tel ou tel monde social et y définissant des places (des positions, des statuts), des rôles, des normes et attentes de conduite, des jeux de rivalité, de concurrence, de conflit ouvert ou larvé ; des mécanismes sociaux, logiques sociales, processus récurrents ; et des phénomènes culturels constituant la sémantique collective (croyances, valeurs, représentations, normes intériorisées, significations partagées...) de toute une société. (Bertaux, 2016 : 74)

Bertaux explique que les niveaux 1 et 3 du récit comportent les couples de catégorisations classiques en sociologie, tels que l'acteur ou le système, l'individu ou la société, champs et habitus, etc. Mais que le pôle 2 est fondamental pour faire le lien entre ces différentes catégories, car il est le lieu de relations et de significations intersubjectives. Par rapport au cadrage théorique qui a été présenté dans le chapitre 2, on voit donc que la proposition de Bertaux permet de prendre en compte des expériences individuelles (réalité discursive) de l'infertilité, et les replacer dans le cadre de relations sociales (réalité historico-empirique).

Ce faisant, une place est accordée aux différentes carrières morales et aux subjectivités (réalité psychique et sémantique) qui s’y déploient. Il devient alors possible de repérer les éléments constitutifs des récits de vie qu’ils soient descriptifs, relationnel, émotionnel ou bien qu’ils mettent en avant des processus de transformation personnelle et sociale. (Bertaux, 2016 : 71)

J’ai créé un fichier Excel avec en ligne les thèmes abordés par les participantes, et en colonne les données pour chaque participante. Afin de procéder à l’analyse théorisante, les thèmes ont ensuite été regroupées sous des catégories, puis les catégories ont été renommées afin de les faire correspondre aux concepts sociologiques. Les thèmes et les catégories ont servi de balises afin de créer les premiers codes servant au travail dans Nvivo. Les transcriptions ont été relues en attribuant les passages correspondant aux codes. Certains codes ont ainsi été effacés ou transformés en sous codes, de nouveaux codes sont apparus.

Image 11: Capture d’écran de mon compte sur Nvivo

Nom	Fichiers	Références	Créé le	Créé par	Modifié le	Modifié par
○ Cadre de la fertilité	8	15	28 janv. 2021 09:12	GO	10 juin 2021 14:34	GOD
○ Comportements sexuels	3	4	31 mai 2021 10:12	GOD	16 nov. 2021 09:38	GOD
○ Confiage et adoption	8	16	4 mai 2021 09:19	GOD	8 juin 2021 10:17	GOD
○ Contexte sanitaire	2	3	22 janv. 2021 16:36	GO	8 juin 2021 10:18	GOD
○ Dimension persecutive	6	10	28 mai 2021 08:38	GOD	8 juin 2021 10:19	GOD
○ Entourage	18	153	26 janv. 2021 20:00	GO	8 sept. 2023 10:50	GOD
○ Fabrique de la respectabili...	6	7	22 janv. 2021 16:42	GO	8 juin 2021 14:07	GOD
○ Le désir d'enfant	12	23	22 févr. 2021 09:19	GO	10 juin 2021 08:10	GOD
○ Mariage	10	21	17 févr. 2021 10:06	GO	10 juin 2021 08:07	GOD
○ Medecine biomédicale	19	107	22 janv. 2021 16:35	GO	20 nov. 2021 08:35	GOD
○ Medecine religieuse	7	19	22 févr. 2021 14:06	GO	10 juin 2021 08:12	GOD
○ Medecine traditionnelle	16	50	22 janv. 2021 16:35	GO	20 nov. 2021 08:32	GOD
○ Migration de procréation	4	12	22 févr. 2021 09:23	GO	10 juin 2021 14:35	GOD
○ Poids psychologique de l'in...	15	63	19 févr. 2021 09:58	GO	9 févr. 2022 09:11	GOD
○ Projet de depart	3	9	26 janv. 2021 08:56	GO	10 juin 2021 08:24	GOD
○ Rapport au corps	17	50	22 janv. 2021 16:29	GO	17 nov. 2021 07:53	GOD
○ Situations d'infertilité	14	27	26 janv. 2021 19:58	GO	23 févr. 2021 06:48	GO
○ Stratégies de gestion de c...	17	120	22 janv. 2021 16:38	GO	16 nov. 2021 09:41	GOD

Source : capture d’écran de mon ordinateur

L’analyse mobilise les verbatim que les codes aident à repérer facilement dans Nvivo, et sur les liens entre les données biographiques des participantes et leurs expériences.

B. Notes sur les résultats de l'analyse

Mon cadre théorique dans le chapitre 2 ainsi que la méthodologie dans ce chapitre montrent l'importance de la temporalité dans cette thèse. Pour Bertaux (2016 : 80), quelle que soit la manière ou les conditions dans lesquelles le récit est énoncé, il y a toujours un certain nombre d'éléments marquants qui structurent ledit récit. Et dans le cadre de ce travail, l'évènement marquant, c'est la survenue ou la constatation de la situation d'infertilité. C'est le noyau autour duquel se développe la mise en intrigue de Ricoeur (*Temps et récit*). « Or ce noyau commun possède une structure ; et cette structure est diachronique. Les évènements et actes marquants se sont succédé dans le temps dans un certain ordre ; il existe donc entre eux des relations “avant/après” qui sont aussi factuelles que les événements et actes eux-mêmes » (Bertaux, 2016 : 80). L'auteur précise les implications analytiques du caractère diachronique des récits de vie à travers ce qu'il nomme causalité séquentielle, c'est-à-dire que ce qui arrive avant dans le récit ne peut s'expliquer par ce qui est arrivé après. Il est donc fondamental de déterminer l'enchaînement des événements.

Dans ce sens, j'ai entrepris de proposer un découpage de la succession d'évènements qui meublent le parcours de l'infertilité en tentant de faire sens justement de cette succession d'évènements. Par ailleurs, comme mentionné dans la partie sur le déroulement des entrevues, j'ai essayé le plus possible de laisser aux participantes une grande flexibilité dans l'enchaînement qu'elles donnent aux événements.

Les quatre chapitres de résultats proposent donc un découpage artificiel du parcours de vie. Ce découpage est utile pour clarifier l'analyse en se concentrant sur un seul aspect de l'infertilité. Conséquemment, bien que les chapitres mobilisent les mêmes récits et parfois les mêmes verbatim, chaque chapitre peut être lu individuellement en ce qu'il se qu'il se concentre un aspect spécifique des expériences de l'infertilité, théorisé en termes de carrières ou de stratégie.

Le chapitre 4 présente les cadres normatifs dans lesquels se construit le désir d'enfant et survient la situation d'infertilité. Ensuite, dans le chapitre 5, j'analyse les parcours étiologiques et thérapeutiques de l'infertilité dans la manière dont ils nous informent sur les positions socio-économiques des femmes ainsi que sur les rapports de pouvoirs dans la gestion de l'infertilité. Cependant, la carrière thérapeutique s'étend finalement à toute

l'expérience de l'infertilité. Le chapitre 6 se situe au moment de la confirmation (médicale ou non) de la situation d'infertilité, matérialisée par l'échec des premières initiatives de traitement et analyse la manière dont cet événement se déploie dans différentes sphères du parcours de vie, dans différents domaines des carrières sociales. Le chapitre 7 met l'emphasis sur les agentivités des participantes en s'intéressant aux stratégies que les femmes emploient pour mitiger les effets de l'infertilité sur les carrières sociales qui ont été décrites dans le chapitre précédent.

Et ensemble, tous les chapitres permettent de rendre compte de l'expérience de l'infertilité pour les femmes camerounaises.

Chapitre 4 : Gestion sociale de la procréation et construction du stigmaté d'infertilité

La théorisation que fait Goffman (1975) du stigmaté est profondément reliée à la question de l'identité. Qui je suis, comment je deviens qui je suis, ce que les autres pensent que je suis, et comment ils réagissent lorsqu'ils réalisent que je ne suis pas ce qu'ils pensent. Le stigmaté est donc produit lorsque l'individu n'est pas ce qu'il pense qu'il devrait être, ou que les autres estiment que l'individu ne correspond pas à leurs attentes. En situation d'infertilité, comment se manifeste cette inadéquation entre les attentes individuelles et collectives?

Ce chapitre répond à la première question de recherche sur les processus par lesquels l'infertilité se construit comme situation stigmatisante. Selon Goffman (1975), le stigmaté est socialement construit, et naît de l'intériorisation de normes sociales. Les normes sociales sont enchevêtrées dans les valeurs et relations entre acteurs, et servent de base pour la production d'étiquettes à partir desquelles les individus qui dévient desdites normes sont identifiés et stigmatisés (Becker, 1963). De plus, s'intéresser aux normes sociales correspond à retranscrire ce qui existait avant la période de conjoncture vitale, c'est-à-dire les projets de vie tels qu'initialement envisagés par les participantes (Bertaux, 2016); ceci afin de saisir l'enjeu que représente l'échec d'un projet procréatif pour ce programme.

Le chapitre est structuré autour de trois parties qui abordent les émotions liées à l'infertilité à travers les « affects, dispositions » (Grossetti, 2004 : 8) au niveau micro, les normes sociales de reproduction correspondant à des « valeurs, traditions, routines » (*Ibid.*) au niveau macro, et le désir d'enfant comme « projets, finalités, intentions » (*Ibid.*) à l'échelle méso sociale.

La première partie du chapitre contribue à saisir l'expérience des femmes infertiles par une analyse des expressions normatives concernant la reproduction. Ici, le concept de norme est défini comme étant une ressource cognitive (Grossetti, 2004), existant au niveau macro social, dont les expressions au niveau micro-social dépendent des situations socio-économiques des individus. Ainsi, cette partie prend appui sur le concept de normes sociales, articulé à plusieurs éléments qui sont d'ordre factuel, par exemple l'âge des

femmes ou encore le statut matrimonial, professionnel, etc. Les normes décrites se manifestent à travers les comportements, attitudes et choix des femmes, et reposent sur des opérations d'apprentissage, d'intériorisation, puis d'expressions. Les expressions des normes découlent à la fois de formes d'autonomie individuelle et de normativité collective, mettant en exergue les enjeux personnels et sociaux liés à l'infertilité qui apparaît comme étant une situation inacceptable.

Dans la deuxième partie du chapitre, la réflexion sur le désir d'enfant prolonge le dialogue entre normes sociales et projets personnels dans la construction du stigmatisme d'infertilité. S'intéresser aux expressions du désir d'enfant permet de lier les normes aux situations concrètes de vie, en révélant les utilités sociales de l'enfantement. Utilités s'inscrivant dans l'adéquation aux normes sociales de la reproduction, même lorsque les registres explicatifs mobilisés semblent relever de conceptions personnelles du faire famille et des relations familiales. Le désir d'enfant correspond donc à des projets personnels qui sont aussi étroitement liés à des dynamiques sociales.

La troisième partie familiarise le lecteur aux histoires qui sont mobilisées dans ce chapitre et les suivants. Dans la continuité de la définition de l'infertilité abordée au chapitre 1, je présente différentes situations d'infertilité auxquelles font face les participantes. Je m'intéresse à la dimension émotionnelle de l'infertilité comme moyen de saisir une partie de leurs itinéraires moraux, c'est-à-dire les évolutions des personnes à travers différents statuts. Cela dit, les émotions sont présentes dans chaque domaine de l'expérience de l'infertilité (matrimonial, professionnel, familial, etc.), d'où la pertinence d'en préciser quelques contours dès les débuts de l'analyse. En prenant appui sur les récits et sur la verbalisation des émotions, cette partie permet de capter des images de soi, et d'entrevoir l'effet des normes sociales de reproduction sur les logiques d'autostigmatisation qui interviennent à l'occasion de l'infertilité.

I. Normes de reproduction et bifurcations

Une situation d'infertilité intervient dans un contexte multiforme (sur le plan économique, social, juridique), qui façonne les expériences des individus concernés. À ces expériences

sont associées des normes et des valeurs qui forgent les représentations sociales, ainsi que le stigmate associé à certaines situations (Becker, 1963 : 32-33). Le stigmate d'infertilité se construit donc par rapport aux normes sociales de reproduction au Cameroun, en marginalisant les femmes sans enfant dont l'infertilité est avérée, et exposant celles dont on soupçonne l'infertilité à un risque de marginalisation sociale (Goffman, 1975).

Telles qu'exprimées par les participantes à ce travail, les normes de reproduction se rapportent à des dimensions aussi variées que celles du temps, du statut matrimonial, de l'identité de femme, ou encore des ressources financières.

A. Normes et dimension temporelle de la reproduction

Interroger les représentations qu'ont les participantes sur le moment idéal de reproduction permet de situer l'infertilité dans le déroulement temporel du récit de vie, et ainsi d'en saisir l'imprévisibilité. Ceci permet en outre de rendre compte des normes de reproduction qui sont liées au temps en contexte Camerounais, notamment celle de la jeunesse comme moment idéal de reproduction, qui signifie par ailleurs un rejet de la maternité tardive. Dans ce sens, le stigmate d'infertilité est associé à des représentations sur le moment idéal de reproduction au regard de l'âge des femmes, mais aussi de leurs capacités à mobiliser leurs forces et ressources dans le soin auxdits enfants.

Âge et moment idéal de reproduction

Pour toutes les participantes, l'âge idéal de reproduction se situe à la majorité³⁴. Ce qui peut s'expliquer par le fait que ces dernières soient toutes des citadines généralement scolarisées³⁵. En revanche, la valeur exacte et le sens donné à l'âge idéal de reproduction varie grandement.

³⁴ Fixée à vingt-et-un ans par la loi de 1968

³⁵ L'analyse des EDS présentée au chapitre 1 permet de comprendre que la combinaison entre le contexte urbain et le niveau de scolarisation élevé pour les femmes explique le recul de l'âge au premier mariage et à la première union. Ceci signifie que cet âge idéal de reproduction s'exprimerait différemment dans un contexte rural ou majoritairement moins scolarisé.

Pendant notre rencontre de prise de contact, Bertille mentionne plusieurs fois son âge lorsqu'elle parle de l'infertilité. Elle a 33 ans, et perçoit la situation comme étant anormale, loin de ce qu'elle avait planifié pour elle. Diplômée en droit, elle commence par me rappeler qu'au Cameroun, la norme juridique³⁶ fixe l'âge au mariage à 15 ans, ce qui selon elle signifie que l'âge de reproduction pourrait être le même. Cependant, elle m'explique que pour elle, (la norme sociale de reproduction fait de) l'âge de 25 ans le moment idéal.

25 ans pour moi c'était le temps de me marier faire peut-être mes trois enfants comme planifié ensuite être encore jeune pour m'occuper d'eux et faire ma vie aussi (...) A un moment donné... Tu ne risques pas avoir... Je ne sais pas... Le temps risque passer en fait. (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

L'âge idéal de reproduction est donc un repère temporel, biologique et social, en rapport avec des représentation sur le moment idéal du mariage, du faire famille et de la construction de soi. Ce qui valide les observations présentées au chapitre 1 sur la relation étroite entre le mariage et l'enfantement dans les parcours de vie des femmes africaines. De plus, dans ce récit, l'idée de jeunesse est rattachée à d'autres normes que j'analyse plus loin, c'est à dire la possibilité de constituer une descendance nombreuse, et d'en prendre soin.

Le temps est par ailleurs envisagé comme une ressource rare pour le corps reproducteur car ses capacités décroissent. Cette rareté, Bertille l'explique en se référant au vécu de sa grande sœur dont elle parle plusieurs fois pendant l'entretien.

Comme chez ma sœur en fait. Elle a tellement attendu le mari qu'aujourd'hui le temps est passé. Je suis sûre qu'aujourd'hui elle regrette, mais bon, elle a déjà plus de 50 ans. 50 ans... Oui pratiquement 50 ans aujourd'hui. Elle s'est mariée il y a un an, je ne sais pas si elle va pouvoir faire les enfants. (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

Dans le récit de Bertille, une bonne gestion du temps de reproduction serait celle qui permet à sa sœur d'acquérir le plus de respectabilité notamment à travers la maternité. Ainsi, bien que le mariage demeure le cadre de l'enfantement, il est stratégiquement plus payant d'investir le temps à la recherche d'un enfant. En d'autres termes, le stigmate d'infertilité place les femmes dans une marginalité plus profonde que celui du célibat, et le temps est une ressource qui, en fonction de l'âge des femmes, peut-être un enjeu de stigmatisation, ou un moyen de mitiger les irréversibilités de l'infertilité dans le parcours de vie.

³⁶ La loi de 2016 interdit le mariage des garçons et des filles avant 18 ans.

L'enjeu social de la jeunesse pour la reproduction est par ailleurs renforcé par le milieu biomédical.

Moi étant un peu plus jeune. Enfin Tous les deux on était jeunes. Parce que moi j'avais 25 ans. Lui il avait... Il avait il avait même encore quel âge ? J'ai un problème avec les âges, il avait quoi ? 32—33 ans. Mais le médecin, le gynécologue, qu'on a rencontré pour la première fois, je ne sais pas pourquoi, mais quand il nous regardait, il avait l'impression que c'est plus lui qu'il fallait suivre. Parce que moi il était toujours en train de me dire : ma fille ça va aller hein il n'y a rien. Quand je te vois là, tu es un enfant. (Diane, 30 ans, mariée, sans enfant)

Ainsi, en l'absence de diagnostic, les corps les plus jeunes font l'objet de moins d'attention de la part des médecins, ce qui contribue à rassurer les participantes sur leurs chances de réussite de procréation, tout en renforçant l'idée de la jeunesse comme moment idéal de reproduction. Les soignants et leurs réactions à la situation sont donc des ressources (Grossetti, 2004), à travers lesquelles participantes évaluent leur degré de conformité aux normes sociales de reproduction. Les itinéraires moraux des participantes se basent donc non seulement sur des représentations sociales, mais aussi sur des éléments qui peuvent apparaître comme étant factuels ou objectifs, puisqu'apportés par des figures d'autorité. De plus, au-delà de renforcer les normes de jeunesse pour la reproduction, le contexte biomédical permet parfois de relativiser les irréversibilités liées au vieillissement tel que l'explique Prisca.

Puisque la médecine a évolué et aujourd'hui il faut peut-être avoir la chance que l'organisme accepte... ce que nous propose la science, si ça accepte, Bon, on est là ! On ne stress plus par rapport à l'âge (Rire). Je dis hein ! Je dis qu'on ne stress plus parce que la médecine est venue nous dire que même à cet âge ci, on peut avoir la chance de [procréer]... (Prisca, 50 ans, mariée, sans enfant)

Pour Prisca, loin de remettre les normes en question, les nouvelles technologies de procréation médicalement assistée apportent des ressources qui permettent aux femmes de faire des aménagements afin de se conformer à un but plus important, celui de la procréation. De plus, ce récit introduit l'idée du corps comme ressource imprévisible dans la procréation, et qui peut décider de rejeter la technologie, ce que j'explore dans le chapitre 5.

En revanche, l'impact de la technologie sur les réaménagements possibles dans les normes de reproduction reste limité au regard des nécessités de soin aux enfants.

Le rejet de la maternité tardive signifie que les attitudes et les expériences des participantes en rapport avec le temps se situent dans un rapport global à leur corps et à ses capacités de soin aux enfants.

Bon, mon regret c'est que je les ai eus un peu tard. Avec l'expérience de vie qui est souvent bizarre en Afrique, peut-être je ne pourrais pas vraiment les voir grandir. (Françoise, 42 ans, mariée, 2 enfants)

L'expérience de Françoise est un mélange de choix et d'imprévisibilité des parcours de vie. Comme je le souligne plus loin dans ce chapitre, Françoise et son conjoint, dans le but de se conformer aux normes vis à vis des soins aux enfants avaient décidé de faire des aménagements dans les normes liées à l'âge de reproduction (Françoise avait environ 30 ans). Cet aménagement leur permettait de repousser la procréation après l'accès à la stabilité financière pour le couple. Or, une fois des emplois stables obtenus, ils n'avaient pas prévu de faire face à des difficultés de procréation, ce qui a contribué à davantage repousser le temps de procréation. Un point intéressant dans l'expérience de Françoise, c'est qu'elle parle du fait d'avoir eu ses enfants un peu tard, ce qui suggère que la question du choix est extrêmement importante lorsqu'on s'intéresse aux transitions qui se font dans les parcours de vie.

D'une manière générale, dans le contexte du Cameroun, une femme qui a 30 ans et qui n'a pas encore d'enfant est considérée comme étant non conforme par rapport aux normes sociales sur le temps de reproduction. Or, le délai dans la reproduction pour Françoise est un choix, validé par le conjoint. Ce qui signifie que dans les situations de non-conformité prévues et choisies, les individus font, de manière conscientes ou non, des aménagements dans les normes, qui leur permettent de maintenir le parcours de vie dans la normalité. Conséquemment, les personnes comme Françoise ne se considèrent non conformes que par rapport aux situations imprévisibles. En effet, les expressions sur le caractère tardif de la reproduction ne surviennent qu'à l'occasion de la période conjoncturelle de reproduction sur laquelle la participante a peu d'emprise. Ceci permet de distinguer les moments d'échec de projet procréatif qui suggère une intention de procréer, des moments d'infertilité volontaire comme à travers le non-désir d'enfant par exemple. Par ailleurs, ceci démontre l'importance des choix personnels menant aux situations de conjonctures vitales, dans les

dynamiques auto-stigmatisations qui en découlent, et dont le parle dans la troisième partie de ce chapitre.

Pour en revenir à la question du temps de reproduction, notons que chez Françoise, le moment idéal de reproduction en lien avec les capacités du corps se rapporte à l'espérance de vie limitée à 60 ans au Cameroun selon la Banque Mondiale³⁷, et au fait d'être physiquement présent pour s'occuper des enfants. De plus, ce récit pose la question de savoir quelles sont les réactions des membres de l'entourage aux choix et situations des femmes par rapport aux normes sur le temps de reproduction.

Dans le cas d'Anne, la belle-famille estime qu'à 25 ans, elle est déjà trop vieille pour procréer.

Mais au départ ils disaient déjà que je suis grande, je ne vais plus accoucher, en plus je viens déjà avec un enfant... La première fois que je l'ai vue, elle a dit à son fils que je ne pouvais plus faire d'enfants, j'avais 28 ans, elle parlait en Bamoun, elle ne savait pas que je parle aussi. Or chez nous les Bamouns, la femme c'est celle-là qui a 18 ans, 19 ans, 20 ans. À 25 ans pour certaines familles, elle est déjà très mature. (Anne, 36 ans, mariée, 1 enfant)

Le rapport à l'âge est donc lié aux normes genrées de reproduction dans différents groupes sociaux et ethno linguistiques. Autrement dit, l'âge situe socialement les participantes en fonction des différentes normes auxquelles souscrivent les personnes qui composent leur entourage. La dissonance dans ces représentations conduit à construire une situation stigmatisante pour la participante, qui est perçue comme incapable de remplir le rôle attendu d'une nouvelle épouse. Ainsi, le récit d'Anne permet d'illustrer la dimension collective de l'identification et de la force des normes de reproduction, ainsi que la place centrale qu'occupent les autres (normaux) dans le processus de stigmatisation.

En somme, cette partie démontre que même si presque toutes les participantes définissent un âge idéal de reproduction, la valeur de cet âge varie en fonction du parcours et des positions sociales de chaque femme. Les normes de reproduction tissent une toile à l'intérieur de laquelle des idées sur l'âge prennent sens au regard de réalisations en terme scolaire et professionnel, en termes de statut matrimonial, ou encore de nombre d'enfants. Le manque d'enfant n'est donc une situation stigmatisée que parce qu'elle intervient dans un contexte où les femmes sont considérées comme étant en âge d'accéder à la parentalité.

³⁷ <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=CM>

Dans le même logique que celle du soin aux enfants, la diplomation et l'emploi salarié s'inscrivent dans les normes sociales de reproduction.

B. Travail et reproduction

La littérature mentionne souvent une corrélation inverse entre le niveau d'instruction et la fécondité (Bledsoe et *al.*, 1999 ; Johnson-Hanks, 2003). Par exemple, Johnson-Hanks présente la diplomation comme un enjeu de respectabilité des femmes au Cameroun (Johnson-Hanks, 2003 ; 2005 ; 2007). Elle explique que c'est à la fois un enjeu de respectabilité traditionnelle, mais aussi de respectabilité moderne, surtout lorsque l'éducation est rattachée à l'école en tant que produit de la colonialité (Johnson-Hanks, 2007 : 645). Les individus composent donc avec des attentes liées aux normes sociales et ethnoculturelles des milieux dont elles proviennent, et avec les canons de réussite qui s'inscrivent dans l'héritage colonial et ses normes et valeurs occidentales. Dans ce contexte, quelle est la place de l'éducation dans les projets reproductifs de citadines camerounaises en 2023.

Idéal professionnel et soin aux enfants

Il faut noter que les femmes avec lesquelles j'ai travaillé sont majoritairement des personnes instruites, avec un niveau d'étude post-secondaire. Par conséquent, elles mentionnent l'emploi salarié comme faisant partie du cadre idéal de la reproduction, car elles ont potentiellement accès à une carrière professionnelle dans le secteur formel.

Carine par exemple, accorde une place importante aux études universitaires et à l'emploi salarié dans la planification de son parcours de vie.

[À la question de savoir comment est-ce qu'elle envisageait la maternité et sa vie en général] Maintenant ce à quoi je pensais c'est j'attrape ma licence, je souhaitais me marier en fait. Après ma licence commencer ma carrière et également commencer mon foyer parce que les deux pour moi sont indissociables. L'idée que je me fais du bonheur c'est [une] bonne carrière professionnelle et [un] bon foyer, foyer stable, plein d'amour avec tout ce que cela comporte. (Carine, 30 ans, en concubinage, sans enfant)

L'idéal professionnel contient donc deux sous-idéaux qui s'entremêlent. L'idéal en termes de scolarité et de formation pour obtenir un diplôme, et l'idéal d'emploi dans le sens d'occuper une activité génératrice de revenus dans le milieu formel. Le récit de Françoise va dans le même sens.

Et déjà la logique c'était, bon finir l'école et pouvoir s'intégrer dans la vie. Ça c'était la première logique. Ça a pris le temps que ça a pris ! Dès que je finis donc la formation, on se met en chantier, on se met donc en chantier... (Françoise, 42 ans, mariée, 2 enfant)

L'expression « être en chantier » dans ce contexte, signifie formuler le projet de maternité, il se dit aussi d'une femme enceinte qu'elle est en chantier. Françoise, bien qu'étant mariée, choisit de ne pas faire d'enfant tant que son couple n'a pas une certaine stabilité financière. Cette stabilité financière est envisagée comme résultante du fait que les époux ont terminé leurs formations et qu'ils ont réussi des concours d'intégration dans la fonction publique, garantie de revenus.

Ces récits démontrent que le fait de terminer une formation et éventuellement avoir accès à l'emploi fait partie des prérequis qui accompagnent une reproduction socialement valorisée, c'est le gage que les parents sont en mesure de produire les ressources nécessaires aux soins des enfants. Cependant, ils soulèvent des questions concernant la force des normes à différents moments ou situations des parcours de vie. En effet, on observe que Carine qui bien qu'ayant réalisé la stabilité financière, est une femme célibataire. Est-ce à dire que le fait d'avoir les capacités de prendre soin de l'enfant viennent en quelque sorte mitiger la norme qui voudrait que le mariage soit le cadre de la procréation? De plus, Françoise qui est mariée avec son époux de repousser l'enfantement jusqu'à la réalisation de la stabilité financière. Est-ce à dire que le prérequis de stabilité financière pèse plus lourd sur les couples que celui de lorsqu'on envisage d'avoir des enfants?

Toujours est-il qu'avec ces deux récits, on constate que l'accès à l'emploi salarié comme condition idéale de reproduction est toujours en lien avec l'idée du faire famille et de la relation de couple.

Emploi et rapports de couple

Les expressions sur l'emploi en lien avec les normes de reproduction interviennent dans un contexte global de crise économique. En effet, selon Adjamagbo et al. (2005 : 1), « dans la plupart des sociétés africaines, les normes sociales établissent des rôles clairement distincts au sein des unions : la femme doit s'en tenir au rôle d'épouse et de mère et l'homme est censé assurer la sécurité économique du foyer ». Ces observations qui portent sur la société sénégalaise sont tout aussi vraies au Cameroun. Conséquemment, l'idéal professionnel s'inscrit dans les rapports de couple, et dans les conceptions que se font les partenaires des responsabilités financières de chacun. Ceci inclut la responsabilité de prendre financièrement soin des enfants, bien qu'il arrive souvent que la femme soit la principale pourvoyeuse.

Pour Carine, l'idéal en termes de finances repose sur une répartition claire des rôles de genre dans le couple, car elle définit des attentes envers elle-même, mais aussi envers son conjoint.

(...) Bon aussi dans mon idée c'est qu'il fallait aussi que l'homme-là gagne plus que moi (rires) parce que moi je me consacre plus à la vie de famille donc en termes de temps et de disponibilité pour gagner plus d'argent forcément c'est l'homme qui va être dehors. Donc c'était vraiment ça mon idée. (Carine, 30 ans, en concubinage, sans enfant)

Bien que Carine mentionne cette répartition entre elle et son conjoint qui doit gagner plus d'argent qu'elle, la participante est celle qui assume la charge financière du couple, son conjoint étant en recherche d'emploi. Ce qui signifie que, le fait de gagner plus d'argent que le conjoint ne conduit pas nécessairement à une redéfinition des rapports de genre dans le couple. Les logiques de cette auto-assignation à la sphère domestique n'ont pas été investiguées avec la participante, mais cette prise de position contribue à renforcer la place qu'occupent les femmes comme donneuses de soin aux enfants.

Pour Bertille, au-delà du soin aux enfants, la question des finances représente un enjeu de protection contre la violence des rapports de couple.

Moi en fait quand je pensais : par exemple trouver un travail, ensuite me marier. (...) Et quand je devais me marier, en fait c'était pour éviter d'être chiffonnée par les hommes d'abord c'était ça. (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

La stabilité financière de la femme est un atout que la participante entend acquérir afin de limiter le pouvoir qu'aura son mari sur elle, et d'obtenir plus de respect de sa part. Ici,

l'emploi salarié n'est qu'indirectement lié aux conditions de reproduction. Elle pose la stabilité du couple comme prérequis à la reproduction, et estime que l'union a de meilleures chances de stabilité si le mari a moins d'arguments pour exercer de la violence envers son épouse. Ce qui signifie que si la responsabilité financière du couple reste considérée d'un point de vue normatif comme étant dévolue aux hommes, les capacités financières des femmes sont perçues comme des leviers pouvant permettre de faire face aux éventuels débordements du pouvoir accordé aux hommes, sans toutefois contester cette répartition du pouvoir. Les effets de cette place prépondérante des hommes dans la gestion financière du couple seront présentés plus en profondeur dans les chapitres suivants.

La priorité accordée à la stabilité professionnelle s'inscrit donc dans le contexte normatif de la reproduction comme moyen de garantir les capacités des parents à entrer dans la parentalité et à remplir le devoir de soins aux enfants. Par ailleurs, cet idéal construit le corps dans les dimensions de production et de reproduction, et renseigne sur les rôles attribués à chaque membre du couple en ce qui concerne les finances. Bien que la plupart des participantes soient des citadines, diplômées, les finances restent un enjeu pour les rapports de couple du fait des rapports de dépendance des femmes par rapport à leur conjoint, ce qui renforce le lien entre le mariage et la reproduction.

C. Mariage, statut et maternité

Le chapitre 1 mentionne que le mariage est une institution universelle matérialisant le passage à l'âge adulte dans la majorité des sociétés africaines. Cette institution s'avère centrale dans un parcours de vie de femme (Bounang, 2012 ; Pradelles de Latour, 2000 ; Calvès & Meekers, 1997 ; Feldman-Savelsberg, 1994 ; Héritier, 1981) puisqu'elle légitime l'entrée en vie féconde (Delaunay, 1994), ce qui conduit à associer le statut de femme mariée à celui de mère. On voit alors se dessiner deux normes, celle du mariage comme cadre de la reproduction qui sanctionne les comportements sexuels et reproductifs avant le mariage, et celle de la reproduction comme objectif du mariage, qui s'intéresse aux comportements après le mariage.

Le mariage comme cadre de la reproduction

Les récits des participantes montrent que la norme c'est d'enfanter une fois qu'on est mariée afin de répondre aux attentes de la société en termes de respectabilité de la femme et de sa famille.

(...) moi j'ai grandi dans une famille avec beaucoup de principes quoi ! On ne fait pas d'enfant quand on n'est pas marié ! On fait l'enfant dans le foyer. (Laura, 40 ans, mariée, sans enfant)

Ayant grandi dans une famille assez stricte, assez stricte, et ayant moi-même personnellement des principes de vie, je ne concevais pas faire un enfant hors mariage. (Françoise, 42 ans, mariée, 2 enfants)

Pour ces deux femmes la norme de reproduction dans le mariage est apprise de l'entourage, et notamment de la famille qui est une institution productrice de normes sociales. Il y a donc à l'œuvre ici une normativité collective et extérieure qui s'impose à l'individu, et qui nourrit une normativité individuelle. La subjectivation de cette normativité collective produit des codes de conduite personnelle qui lient la procréation au mariage et à la respectabilité.

Toutefois, le mariage comme cadre de la procréation ne revêt pas toujours cette dimension d'imposition. Carine a un récit romantique, elle inscrit le mariage dans le contexte de la reproduction en raison des observations des interactions entre ses propres parents qui ont été mariés plusieurs années et ont eu des enfants après leur mariage.

Mon idéal c'est avoir des enfants dans un foyer parce que chacun a son rôle à jouer. Il est très compliqué que la femme joue en même temps le rôle de père et de mère. Parce que chacun vient avec une certaine personnalité, un certain caractère, et les deux justement donnent un très bon mélange en général. (Carine, 30 ans, en concubinage, sans enfant)

Son explication est centrée non pas sur la notion de respectabilité, mais sur une combinaison entre une vision genrée de l'exercice de la parentalité, et une vision personnelle des conditions d'épanouissement de l'enfant.

Une autre source de l'apprentissage de cette norme est celle de l'expérience, des observations du contexte dans lequel a vécu la participante. Laura s'est servie de l'expérience de sa mère pour affirmer le mariage comme cadre de la procréation dans le but personnel de faire un mariage d'amour :

Ma mère comme elle a fait un enfant hors mariage, avant de se marier on l'a mariée de force quoi ! Elle s'est mariée avec notre papa ce n'était pas de l'amour c'était un mariage forcé. Donc, comme je connaissais l'histoire de ma mère je me suis... je ne voulais pas me donner les mêmes douleurs qu'elle a connues dans sa vie ! (Laura, 40 ans, mariée, sans enfant)

On voit que le mariage comme élément normatif de la reproduction est influencé par la socialisation de la participante. C'est à la fois un gage de respectabilité pour la famille et pour la jeune fille, c'est une assurance que l'enfant ait accès à un environnement stable.

Bien que cette norme soit centrale, plusieurs aménagements peuvent être envisagés tout au long du parcours de vie. En effet, comme mentionné précédemment dans ce chapitre, la plupart des femmes situent l'âge idéal de la première naissance plus jeune, entre 20 et 35 ans. Or, si l'enfantement doit se faire dans le cadre du mariage, qu'arrive-t-il lorsque les femmes s'approchent de la fin du moment idéal de reproduction tout en étant célibataire ?

Si le mariage ne vient pas, il faut penser à faire ses enfants. Sinon à un moment donné... Déjà les femmes ont beaucoup de problèmes aujourd'hui... A un moment donné... Tu ne risques pas avoir... Je ne sais pas... Le temps risque passer en fait. (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

Tendance amorcée dans les années 90, on voit que la légitimité de l'enfantement dans le cadre mariage tend à perdre de son poids au profit de la dimension impérative de la norme de l'enfantement si les femmes avancent en âge et sont toujours célibataires.

Par ailleurs, au-delà de l'âge de la femme, la carrière romantique - c'est-à-dire l'évolution de ses relations aux hommes dans le temps - est un élément qui redéfinit les normes.

Je veux dire qu'avant, avant je voulais vraiment me marier tu comprends ? J'avais vraiment envie de me marier. Mais aujourd'hui pour moi si je peux avoir des enfants avant de me marier c'est ce que je ferai et c'est ce que j'essaie de faire. Pour moi le mariage, n'est plus trop une priorité parce que... les expériences que j'ai vécues... m'ont amenée à ne plus croire au mariage, ça c'est un. De deux, les expériences que j'ai vécues m'ont amenée... à me dire que pour que je reste dans un mariage aujourd'hui, ça c'est personnel hein ! Pour que je reste dans un mariage aujourd'hui, il faudrait que j'aie des enfants avec cette personne tu comprends ? (Ornella, 38 ans, en couple, sans enfant)

Les échecs relationnels de cette participante l'ont conduite à remettre en question la place du mariage par rapport à l'enfantement. Ces échecs sont liés au fait que les hommes qu'elle a connus avaient des enfants, et ont gardé des relations étroites avec les mamans de ces enfants-là. Par conséquent, pour la participante ce n'est plus le mariage qui doit être le

cadre de la procréation, mais l'enfantement devient la condition pour le mariage, un moyen d'acquérir dans la vie du conjoint une importance égale à celle des mères de ses enfants.

La maternité comme but du mariage

La maternité doit suivre de près la célébration d'un mariage. Ainsi, le mariage crée des attentes qui concernent autant les femmes que les hommes, mais se concentrent sur le « ventre de la femme ».

Et vous-vous imaginez les jeunes mariés tout le monde a les yeux braqués sur votre ventre qui ne pousse pas ! On vous pose toujours les questions auxquelles vous ne pouvez pas répondre ! Et vous n'avez non pas envie de venir au milieu de la route ou sur la place publique expliquer aux gens pourquoi le ventre ne pousse pas et tout ce que vous êtes en train de faire, vous ne pouvez pas le faire. (Raïssa, 29 ans, mariée, 1 enfant)

On voit émerger ici une des dimensions genrée des expériences de l'infertilité en ce sens que le stigmate est rattaché au corps des femmes. Ce sont donc elles qui sont l'objet de surveillance, d'attention et de questionnements.

Chez Diane, ces questionnements extérieurs sont associés à un questionnement personnel qui émerge chez cette participante.

Et puis, quand vous vous venez de vous marier, les yeux de la famille sont rivés sur vous, donc du coup, qu'il y a toujours quelqu'un pour vous rappeler que c'est comment ? Ce n'est pas normal... Un mois, deux mois, trois mois. C'est là où on commence à se dire et bah dis donc, il y a peut-être quelque chose qui ne va pas, pourquoi ce n'est pas encore ça ? (Diane, 30 ans, mariée, sans enfant)

L'entourage représente donc un vivier d'entrepreneurs moraux, qui de manière volontaire ou non, s'assurent de la constante résurgence des normes dans les relations sociales. De plus, ce questionnement place les femmes infertiles dans des dichotomies car à la fois entrepreneures morales, et personnes non conformes.

La stigmatisation de l'infertilité dans des premiers mois du mariage s'étend finalement sur le long terme, et parfois s'applique aussi à des femmes qui ont déjà eu une première grossesse. Ce qui est alors questionné, c'est l'arrivée du second enfant.

D'accord sauf que derrière euh... le temps commence à passer, les années passent il n'y a pas de ventre qui pousse c'est assez, c'est assez pénible tout le temps on te demande... à quand le deuxième ? (Josée, 34 ans, mariée, 1 enfant)

Ainsi, bien que Josée soit mariée et mère, il est attendu d'elle qu'elle ait plus qu'un enfant. Cette injonction à avoir plusieurs enfants est en lien avec l'idée de la normalité, comme on le verra plus bas. Toutefois, on remarque que chez les femmes qui ont déjà eu un premier enfant et qui sont célibataires, il n'y a pas cette pression à avoir un second enfant tant qu'elles ne sont pas mariées, puisqu'elles ont prouvé leurs capacités reproductives. Ce qui soutient l'idée d'une norme voulant que le mariage soit aussi le lieu de la multiplication des naissances.

D'autres types d'aménagements peuvent se conclure entre des conjoints en union libre ou en concubinage, car l'existence d'un enfant peut ainsi soutenir la formulation d'un projet de mariage entre les parents et transformer le statut d'un enfant qui est né hors mariage en enfant légitime, j'en discute dans la deuxième partie de ce chapitre. Par ailleurs, des aménagements peuvent être faits afin de permettre à une femme de faire la preuve de sa fécondité avant le mariage, gage que des enfants seront issus de cette union. Ce point est abordé plus en détails dans la discussion sur le désir d'enfant.

D. Idée de normalité et identité de femme

Feldman-Savelsberg (1994 : 465) mentionne que si les Bamiléké du Cameroun mettent en œuvre des cérémonies de protection de la fertilité, c'est parce que la société est bâtie sur une représentation normée de la famille, notamment en termes de nombre d'enfants et d'équilibre entre des garçons et des filles. Cette normalité, les participantes l'expriment en deux points principaux : il est normal que toute femme connaisse la maternité biologique et seuls certains types d'enfants permettent d'accéder au statut valorisé de parent.

Maternité biologique nombreuse

La norme concernant la maternité biologique correspond pour les femmes à mettre plusieurs enfants de sexe différent au monde. Et cette idée de normalité est présente à la fois chez des femmes qui ont connu la maternité, et chez celles qui n'ont jamais été enceintes.

Pour moi ce sont des moments qui vont rester gravés. Je me dis toujours qu'une femme doit passer par là pour savoir le sens de quoi ! (Anne, 36 ans, mariée, 1 enfant)

Quand je pense que je ne suis pas une femme comme toutes les autres parce-que je n'ai pas d'enfant, vraiment ça... ça me stresse vraiment. (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

Anne exprime un devoir de maternité pour les femmes, mais surtout une injonction de maternité biologique, accordant de ce fait une place secondaire aux pratiques telles que l'adoption ou le confiage. Le cadre normatif de la reproduction répond donc non seulement aux questions du moment et des conditions matérielles d'enfantement, mais désigne aussi la manière dont se construisent les identités selon qu'on soit une femme ou un homme. Pour Laura, Émeline et Diane par exemple, sans la maternité, l'identité de femme est incomplète, elles se sentent inférieures. L'identité de femme se construit à travers l'identité de mère :

Voilà la petite expérience, c'est... la féminité va avec la maternité. En fait lorsqu'on voit une femme, on t'attache directement le trait de maternité. Puisqu'il arrive souvent... on te dit : « la mère de Junior », machin ceci, ou alors quand quelqu'un... te demande de te présenter, tu dis tu n'as pas d'enfant. *Comment ça ? Tu n'as pas d'enfant comment ?* (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Je crois que ce n'est pas facile... parce que à un moment donné quand tu vois d'autres personnes avec les enfants, j'ai un pincement dans le cœur parce qu'on aimerait aussi avoir son enfant, on aimerait être capable de dire ça c'est mon bébé c'est moi qui l'ai mis au monde ! On a l'impression qu'on est diminué, on n'a pas cette capacité de donner la vie ! (Laura, 40 ans, mariée, sans enfant)

(...) Ou quand quelqu'un vient d'accoucher on dit félicitations, tu es enfin devenue une femme. Ce que j'ai remarqué dans notre société, tu as beau être : la meilleure tata du monde, la tata la plus sensible du monde, la meilleure des mères adoptives, tant que ce n'est pas ton enfant non, personne ne va jamais te considérer comme maman. (...) Maintenant en tant que femme moi, peut être que je me trompe hein. Mais, je ne me sens pas complète. Parce que je ne suis pas maman. (...) Tu te dis seulement qu'il faut que tu aies ton enfant, car tu as l'impression qu'on respecte plus la mère de l'enfant. (Diane, 30 ans, mariée, sans enfant)

L'enfantement représente donc l'aboutissement de tous ces idéaux, le passage obligé par lequel les femmes camerounaises affirment leur identité et acquièrent une respectabilité totale grâce à la conformité aux normes.

Enfant en bonne santé et enfant de sexe masculin

En plus de l'injonction de maternité biologique, il y a aussi l'idée d'avoir le bon enfant, c'est à dire d'avoir un enfant que l'on considère comme « socialement acceptable ». Pendant notre entrevue, Anne me parle d'une de ses amies avec laquelle elle pense me

mettre en contact. Après avoir vécu pendant longtemps une situation d'infertilité, et après plusieurs investissements, cette amie et son conjoint ont fini par avoir un enfant souffrant d'un mal inconnu. En raison de la maladie de l'enfant, le couple passe du temps à l'hôpital et s'occupe de l'enfant qui nécessite une attention constante. Anne m'explique que cet enfant n'est pas convenable, au lieu d'apporter joie et potentiellement aide à ses parents plus tard, il est une source d'inquiétude car sa santé et sa vie sont en constant danger. Elle estime qu'une situation d'infertilité est plus enviable le fait de donner naissance à un enfant malade.

Je pense que lorsqu'on se fait inséminer, on n'a pas le droit d'avoir un enfant mal formé, parce que on a fait autant d'examen. (...) Oui, moi à sa place j'aurais interrompu, et je n'aurais pas continué à chercher. J'ai un cousin dans la même situation, le médecin lui a dit que ses jumeaux seraient malades, il a préféré interrompre et ils ont eu d'autres enfants par la suite. Aujourd'hui elle souffre beaucoup, elle perd son éclat à cause d'un enfant qui coûte cher et va continuer de coûter cher. Toute cette souffrance, tout cet investissement pour ce genre de résultat. (...) Moi je lui dis qu'elle pouvait encore accoucher, mais elle est à l'hôpital tous les jours. C'est pathétique parce qu'après l'homme il est là pour le moment, mais quand il va se fatiguer, elle va faire comment ? Par mois elle ne dépense pas moins de 500 mille sur cet enfant aujourd'hui il est homme d'affaire, mais si demain il n'a plus, ça va se passer comment ?

Il sera mal vu dans la société, et toi-même en tant que mère tu es mal vue dans la société. La société va le voir comment, va vous voir comment ? je préfère encore aller à l'orphelinat adopter. (Anne, 36 ans, mariée, 1 enfant)

Pour cette participante, un enfant né après plusieurs investissements doit être de « qualité suffisante » pour les parents et pour la société. Elle évalue la qualité en termes de soins nécessaires, du coût de l'enfant, et de sa capacité à apporter une respectabilité à sa mère. Ce qui montre que la normalité dans la maternité correspond au fait d'avoir des enfants « sans défaut majeur » dans son mariage. Par ailleurs, on voit que la « qualité de l'enfant » est aussi un enjeu de rapports de genre. L'enfant malade représente un risque pour la mère, car il peut conduire à un abandon du mari, laissant la femme seule face au poids financier de la maladie de l'enfant. Dans ces conditions, il est possible pour le conjoint d'avoir d'autres enfants avec une autre femme, tandis que la conjointe est limitée en ce sens par la nécessité de sa présence auprès de l'enfant.

L'injonction de maternité biologique se trouve donc mitigée face au risque d'avoir un enfant que l'on considère comme étant anormal. Dans ce cas, la femme est encouragée à ne pas donner naissance ou à recourir à une adoption.

Dans d'autres cas, une situation de reproduction considérée comme normale correspond au fait d'avoir des enfants de sexe différent, ou d'avoir au moins un garçon. Sirielle est une

femme que je connais depuis longtemps, avant le début de cette recherche. Je l'ai revue alors que je rendais visite à ma famille et la conversation a fini par porter sur mon projet de recherche, pour lequel elle a décidé de me donner un court entretien. En tant que mère de huit filles, elle ne se considère pas comme étant une femme infertile, mais tenait à me faire part de la pression qu'elle a ressentie du fait de n'avoir pas donné naissance à au moins un garçon.

En tant que femme, tu regardes tes coépouses [épouses des frères du mari], qui ont toutes eu au moins un garçon, tu te dis non, il faut seulement que je donne aussi un héritier à mon mari. Surtout que tu sais que sa mère ne voulait pas ce mariage, on n'est pas du même village. Je voulais quatre enfants au départ, mais me voici à huit filles (rires). Lui il n'a même pas de problème hein, pour lui l'enfant c'est l'enfant. Mais moi j'ai mis la pression, la dernière grossesse ci il a dit que garçon ou pas on arrête (rires). Mais c'est comme ça, il faut toujours au moins un garçon. (Sirielle, 47 ans, mariée, 8 filles)

Les conceptions du parcours reproductif normal englobent donc le fait d'avoir accès à la maternité et à la filiation biologique, au fait d'avoir un enfant bien portant, et de donner naissance à une descendance qui comporte à la fois des filles et au moins un garçon. Cette idée permet d'enrichir la compréhension de l'infertilité comme n'étant pas simplement un échec du projet reproductif, mais étant l'échec du projet de reproduction en conformité avec des conceptions variées de ce qu'on envisage comme étant normal ou pathologique. Ne donnant pas naissance aux enfants attendus que ce soit en termes de nombre ou de caractéristiques, la « dette de procréation » n'est pas payée.

Cette partie sur les normes de reproduction montre que plusieurs éléments du parcours de vie des participantes s'organisent autour de l'impératif de l'enfantement. Les moyens de se conformer aux normes sociales de reproductions ne sont pas rigides, ils peuvent faire l'objet d'aménagements de réappropriation. En ce sens, les comportements face aux normes renferment une part d'imprévisibilité, puisque les stratégies de conformité sont propres à chaque femme. De plus, cette partie donne des indices sur les logiques de stigmatisation de l'infertilité comme impossibilité à se conformer. La question qui se pose dès lors est celle de savoir comment, dans une situation d'infertilité, les femmes définissent leur désir d'enfant.

II. Expressions du désir d'enfant

Dans un contexte de forte valorisation de la maternité, quelle(s) forme(s) et expression(s) prend le désir d'enfant en situation d'infertilité?

Le sujet du désir d'enfant permet de faire le lien entre les normes sociales de reproduction, et la place accordée aux enfants. En effet, au-delà du contexte normatif de la reproduction, le désir d'enfant laisse entrevoir d'autres normes qui, sans se rapporter directement aux conditions de la venue au monde d'un enfant, ouvrent la réflexion sur l'utilité sociale de la procréation pour les femmes, les couples, les familles, etc. Analyser les expressions du désir d'enfant permet ainsi de mieux cerner la construction de l'infertilité comme situation stigmatisante, une rupture dans les parcours individuels et dans les projets collectifs.

Notons que dans les récits, les sources du désir d'enfant peuvent mobiliser simultanément plusieurs registres explicatifs. Ainsi, l'injonction de maternité pour les femmes n'est en rien exclusive d'un désir d'enfant pour des raisons affectives (Inhorn et Van Balen, 2002 : 8-9). De plus, le désir d'enfant est souvent construit à travers une peur de l'infertilité et de la manière dont la situation affecterait le parcours de vie.

A. Désirer un enfant pour la concrétisation et la stabilité d'une union

Plusieurs facteurs peuvent influencer les trajectoires d'union pour une femme camerounaise. Parmi ces facteurs, il y a la fécondité qui affecte non seulement l'entrée en union, la stabilité de cette union et la qualité des relations entre les époux. Et la charge de maintenir de bonnes relations de couple revient souvent à la femme.

Stabilité et dette de procréation

L'enjeu consiste ici à éviter que le lien du mariage ne soit rompu en raison du fait que l'épouse et sa famille n'ont pas honoré leur part du marché, ou que la famille de la fille ne soit déshonorée du fait de ne pas pouvoir payer sa dette (Yana, 1998). Ceci est la situation de Diane pour qui non seulement le mari a payé la dot, mais a aussi conclu toutes les étapes du mariage avant la cohabitation.

Vous savez quand une jeune fille se marie, la famille de la femme est contente parce que on dote, on fait le mariage civil, on fait le mariage religieux de votre enfant, elle est plutôt épanouie, et on a l'impression que son mari c'est un bon gars. Et on voudrait préserver. Maintenant quand l'enfant ne vient pas c'est une honte pour la famille. Moi j'ai vu mon papa être très mal. (...) Il était très mal, il ne savait pas comment se mettre devant mon mari. Parce que moi quand j'allais en mariage, mon père m'a dit le mariage ce sont les enfants, c'est la cuisine. Il avait dit quoi encore ? Il y avait trois choses, j'ai oublié la troisième. Donc comme pour dire : assurer une descendance à ton mari, c'est... bien garder le foyer et lui faire à manger tu vois.... Pour la cuisine et tout ça, il n'y a pas trop de problèmes. Il connaît comment il a éduqué ses enfants. Mais maintenant les enfants n'arrivent pas, il a l'impression que sa fille a échoué à un niveau. Donc pour la famille de la femme c'est comme un échec. (Diane, 30 ans, mariée, sans enfants)

Le récit de cette participante montre que la procréation est planifiée non seulement au niveau personnel, mais aussi au niveau familial. Le désir d'enfanter de Diane est donc un moyen à travers lequel son père entend sauvegarder l'honneur de la famille. L'infertilité de Diane est alors une menace au statut de son père puisqu'ayant accepté le paiement du prix de la fiancée dans un échange d'homme à homme, il n'est pas en mesure de tenir sa part du marché. Les rapports de genre représentent donc un des mécanismes à travers lesquels l'infertilité, moment de conjoncture vitale se transforme en moment de crise par l'augmentation des personnes concernées.

Cet exemple démontre que c'est la naissance d'un enfant qui achève le processus d'entrée union, une union sans enfant pouvant à tout moment être remise en question. L'enjeu de l'enfantement comme paiement de la dette de procréation apparaît comme un désir de groupe, de famille, tourné vers l'extérieur du couple (dette). Cependant, le désir d'enfant peut aussi correspondre à une dynamique interne propre au couple, à l'intérieur duquel chaque personne a un positionnement unique.

Stabilité et relations de couple

L'enfant sert d'élément de stabilité lorsque sa présence permet de rassurer un des conjoints sur l'intention de l'autre de se maintenir en union. L'infertilité est donc une situation qui produit de la peur quant à l'issue des unions, et cette peur est tout autant adressée aux hommes.

Ça me fait penser à une crise que j'ai eu avec mon mari une fois et pour le rassurer j'ai dû lui dire... *je ne veux pas seulement avoir un enfant, mais ce que je veux c'est ton enfant*. Parce que tu sais, en fait il y avait la jalousie. Genre je n'arrive pas à me déplacer... tu vois un peu non ? Il y a [la] peur qu'on te ramène un enfant qui n'est pas de toi et tout ça là. J'ai dit que *ce n'est pas d'un enfant tout simplement que j'ai envie hein, je veux ton enfant. Je veux l'enfant de la personne que j'aime. Quand on va dire que oh, ce sera toujours mon enfant, mais est ce que ce sera ton enfant ?* Je ne le disais

pas seulement pour le calmer parce qu'il avait peur, il était inquiet... mais je le dis parce je le pense.
(Diane, 30 ans, mariée, sans enfant)

Il faut noter que l'infertilité du couple n'est pas expliquée, et comme précisé dans le chapitre 1, en l'absence de diagnostic médical sur l'infertilité d'un couple, les conjoints vont souvent multiplier les partenaires dans le but d'obtenir une grossesse. Je propose que ce flou soit une des raisons pour lesquelles le mari exprime des incertitudes sur l'issue de la relation. Ceci permet de dire que malgré les inégalités de genre, les hommes sont conscients de la marge de manœuvre qu'ont les femmes quant à l'issue des unions. Cela ne signifie pas qu'il y a un bouleversement des inégalités de genre dans le couple en raison de l'infertilité. On voit bien que le mari a accès à un pouvoir de contrôle sur son épouse, qui de plus endosse un travail émotionnel pour rassurer son mari sur l'issue de la relation. D'ailleurs, le désir d'enfant de Diane est aussi soutenu par cet objectif de rassurer son mari. Dans la même veine, pour Anne, la venue d'un enfant lui permettrait de conforter sa place, mais surtout de rassurer son mari.

Il s'inquiète vraiment, parce qu'il pense que ça [qu'un enfant ensemble] pourra faire en sorte qu'on ne se sépare jamais. Surtout moi, parce que lui, avoir un enfant pour lui ce n'est pas... surtout qu'il vit de l'autre côté [en Belgique], et il comprend certaines choses. Il a ses deux enfants qui sont majeurs aujourd'hui et qui ne vivent même plus avec lui, il a la petite [la fille d'Anne] qu'il aime beaucoup, mais [il y a] la petite jalousie qui règne, parce [son] papa.... Va vouloir dire que « je ne voudrais pas que quelqu'un parte avec mon enfant, je dois même récupérer mon enfant ». [Mon mari] pense... que s'il y a au moins ce lien entre nous, rien ne pourra nous séparer. (Anne, 36 ans, mariée, 1 enfant)

Le récit d'Anne pose la question de savoir quelle serait l'attitude du conjoint si elle n'avait pas eu un enfant avant mariage, lui qui est déjà père de deux enfants. En effet, on pourrait avancer que l'enjeu pour le conjoint ici n'est pas tant l'enfantement, mais le fait de se sentir diminué dans sa virilité parce qu'il n'arrive pas à réussir à faire ce qu'un autre homme a fait, c'est-à-dire mettre Anne enceinte.

Finalement, dans ces deux récits, on voit que les hommes sont en quelque sorte mis face à leurs propres obligations de genre. Et au-delà de l'enfantement comme norme du mariage, les femmes sont des objets à travers lesquels les hommes prouvent leur virilité à d'autres hommes. L'infertilité des femmes représentent donc aussi des enjeux de stigmatisation pour les époux, qui ont peur que l'infertilité ne les amoindrisse par rapport aux autres hommes.

Les cas présentés dans cette articulation illustrent de manière plus marquée le lien entre le désir d'enfant et la peur de l'infertilité.

Le désir d'enfant comme stratégie d'entrée en union concerne des situations dans lesquelles le projet de procréation et le projet matrimonial se confondent pratiquement. L'enfant est désiré dans l'objectif de mariage, parce que le mariage a pour but l'enfantement. En d'autres termes, la norme qui voudrait que le mariage soit le cadre de la sexualité et de l'enfantement est extrêmement fluide. Ou du moins, elle est moins coercitive que la norme qui fait de l'enfantement un impératif du mariage. Ainsi, lorsque des aménagements sont faits au niveau de la sexualité et de la maternité avant le mariage pour les femmes, le but est de s'assurer que dans le mariage, il y aura enfantement.

Dans ce sens, Hélène et son conjoint ont consenti à des aménagements visant à légitimer une sexualité hors mariage, et éventuellement, arriver à une grossesse.

Parce que pour moi... fonder une famille... comment on va dire ? Fonder une famille c'est... l'une des finalités c'était d'avoir des enfants. Donc voilà... fonder une famille n'avait de sens que quand on a des enfants, si on conçoit des enfants (...) Après il me faisait même des blagues que hey ! On peut même essayer juste pour voir si ça prend. (Hélène, 31 ans, mariée, 2 enfants)

Bien que l'infertilité soit une situation imprévisible, le fait d'envisager l'enfantement comme stratégie d'entrée en union permet au couple d'introduire des moyens de relativiser l'imprévisibilité. Le futur en cas d'échec du projet de procréation est connu, de même que l'option en cas de réussite dudit projet. L'enfant, bien que né hors mariage, est donc un moyen de réaliser le mariage du couple dont il est issu.

D'ailleurs, afin de mitiger le risque d'infertilité, les hommes choisissent souvent des épouses qui sont déjà mères. C'est le cas de Didier qui est un des hommes que j'ai rencontré pendant le terrain. Il m'explique qu'il lui est impossible d'épouser une femme ayant passé l'âge de 30 ans et qui n'a jamais eu d'enfant. Il est préférable, selon lui, d'avoir déjà eu au moins un ou deux enfants, même hors mariage et pas de lui, car c'est une preuve de la fécondité de la femme. Il n'épouserait pas une femme qui présente le risque d'être infertile, car cela conduirait alors soit au divorce, soit à la polygamie (Calvès, 1999). En revanche, aucune de mes participantes n'a affirmé ou rapporté de cas où une femme envisagerait de prendre une telle initiative. Ceci illustre la précarité que vivent les femmes sur le marché

matrimonial, d'autant plus que cette pratique peut comporter des abus, notamment lorsqu'après la naissance d'un enfant, la promesse de mariage est rompue.

Toujours est-il que comme Didier, plusieurs hommes demandent aux potentielles épouses de faire la preuve de leur fécondité avant le mariage. En cas d'échec, la promesse de mariage est rompue comme l'explique Émeline.

En 2015, elle a une grossesse non planifiée, et cet événement constitue le moment de l'ouverture de la conjoncture vitale. Le monsieur qu'elle fréquente décide de concrétiser leur relation par le mariage, ce qui limite la bifurcation et apporte une perspective de normalité dans le parcours de vie d'Émeline. Cette perspective disparaît lorsque la grossesse se solde par une fausse couche tardive. Ces événements plongent Émeline dans une recherche effrénée de grossesse dans le but de concrétiser un mariage. C'est l'objectif d'union qui nourrit son désir d'enfant.

J'ai mon premier petit ami, je tombe enceinte, il veut accélérer les choses. Le mariage... dote et autre (...) C'était à risque pour moi, j'ai 24 ans (...), j'ai subi deux opérations, parce que je pensais forcer [maintenir la grossesse malgré le risque pour sa santé] en me disant non je tiens à mon gars, je veux faire l'enfant, faire fonder ma famille quoi ! Tout ce que l'amour nous fait faire là !! (Rire) Bon ! ça n'a pas pu. J'ai tenu pendant... combien ? 9 semaines ? Non 12 semaines. C'était... j'avais mal, vraiment j'avais mal, je marchais à peine hein ! La douleur était intense.

À 12 semaines même comme on avait... déjà programmé l'opération je me disais non ça peut aller je peux supporter. Mais un matin comme ça je suis sortie, j'étais dans ma chambre d'étudiante, je sors comme ça, waouh ! Je vois le sang sur tous mes pieds. Qu'est ce qui ne va pas ? Là donc.... Le sang a commencé à couler, il fallait m'amener aux urgences directement. Mon utérus était à risque quoi !

Six mois plus tard, neuf mois plus tard je tombe encore enceinte. *Waouh !* Le même scénario, la douleur la douleur, là-bas je n'ai même pas.... Ça n'a même pas fait six semaines hein ! Il y a encore eu... écoulement, il fallait encore interrompre la grossesse. Bon ! La relation aussi... (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Les médecins lui expliquent que le maintien de la grossesse met sa vie en danger, mais la participante décide de la poursuivre afin de réaliser son projet matrimonial. L'échec de la seconde grossesse annule le projet de mariage et termine la relation.

La participante vit le même scénario dans sa relation suivante où le critère de choix n'est pas simplement une preuve de fécondité, mais de pouvoir fournir une descendance nombreuse.

Je rencontre encore un autre, lui aussi fils unique. (...)... celui-là est sorti de l'ENAM [École nationale d'administration] donc... toute la famille sait que c'est l'espoir de la famille. Bon tout le monde a les yeux sur lui. On se met bien ensemble, je tombe encore enceinte. La grossesse aussi ne tient pas.

En fait... tu te rends compte que... le critère de sélection, c'est ta fertilité. (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Le récit d'Émeline illustre les parties précédentes sur la place de la diplomation et de la stabilité financière dans le projet procréatif, puisque ces deux hommes étaient des personnes qui avaient acquis une certaine stabilité financière et estimaient que le moment était venu pour eux de faire famille. La participante s'exprime aussi sur les effets de la position du conjoint dans sa fratrie dans son expérience. En effet, dans la mesure où le compagnon est un enfant unique et a une stabilité financière, sa famille est attentive à ses choix, diminuant selon Émeline les chances qu'il s'accommode d'une épouse infertile.

Ceci démontre aussi que dans plusieurs cas, les femmes n'ont pas de contrôle sur leur propre désir d'enfant, dans le sens qu'il est suscité par une personne extérieure comme c'est le cas pour Queen.

Pour Queen aussi est une suggestion du partenaire. Elle était dans une relation avec une personne avec laquelle elle estimait bien s'entendre, et il a manifesté l'envie d'avoir des enfants.

J'avais un ami avec qui je vivais et qui avait souhaité que [si je tombe enceinte], ça va aussi lui plaire. Donc, c'est là où on a essayé et bon, et puis ça n'a pas marché. Et c'est là où ça a commencé à m'inquiéter... mais qu'est-ce qui ne va pas ?

Q : Et cette relation qu'est-ce qu'elle est devenue ?

R : Ah ça n'avait plus abouti ! Quand il a constaté que... ça ne venait pas... pour finir on s'est séparé. (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

Le récit de Queen permet donc d'illustrer la précarité des femmes dans les rapports de couple lorsqu'il leur est demandé de faire la preuve de leur fécondité. Dans le cas de cette dernière, l'infertilité n'a pas été expliquée, mais c'est elle qui a porté la responsabilité de l'échec de la reproduction.

Ainsi, l'analyse du désir d'enfant dans le cadre des relations de couple démontre que l'infertilité est genrée. L'infertilité était un enjeu de statut est un enjeu pour les femmes, mais c'est surtout un enjeu de contrôle et d'identité. On voit par ailleurs que les conséquences des aménagements qui sont faits dans les normes pour permettre aux individus de se conformer ont souvent des conséquences autrement plus dramatiques pour les femmes que les hommes.

De plus, la peur de l'infertilité ne concerne pas uniquement les unions et les relations de couple. Elle se transforme en peur de disparaître des mémoires lorsque la chaîne de transmission peut être rompue.

B. L'enfant comme moyen d'accéder à un sentiment de plénitude et d'épanouissement

Les récits mobilisés suggèrent que la stigmatisation ou l'autostigmatisation qui découle de l'infertilité relève de considérations émotionnelles et affectives. L'enfant est donc désiré en tant que ressource pour réaliser un désir de soin à une autre personne, pour réparer une expérience traumatisante, ou encore dans le but de construire l'équilibre de d'autres enfants. De plus, la question de la continuité de soi et pérennité des couples illustre la rencontre entre les projets personnels et les projets collectifs dans le désir d'enfant. En effet, lorsque les participantes disent vouloir un enfant pour la pérennité, ceci correspond à plusieurs objectifs tels que la continuité de soi, la transmission des biens et des valeurs, et la continuité du lignage.

Dans les enjeux de transmission du soi, le but consiste à avoir une personne qui survit aux parents, et est la preuve de leur passage sur terre comme c'est le cas pour Françoise pour qui dans l'idée d'avoir des enfants, l'important c'est de s'assurer une descendance.

(...) Mais au moins, j'aurai une pérennité, au moins on dira que voilà, c'est l'enfant de tel.
(Françoise, 42 ans, mariée, 2 enfants)

Ainsi, le désir de maternité de Françoise est un moyen de rester dans les mémoires. Par ailleurs, la pérennité correspond à un objectif de transmission des biens. Ce qui constitue une suite logique à l'idéal de formation et d'emploi mentionné précédemment. L'enfant représente alors une source de motivation qui donne du sens à l'accumulation de biens qui servent à son soin et qui lui seront transmis. Diane et son mari sont des personnes très actives professionnellement. Elle est propriétaire d'une entreprise de voyage à laquelle elle consacre beaucoup de temps.

On me dit toujours... qu'il fallait que tu aies au moins un enfant. Vous travaillez même trop comme ça pourquoi ? Tout ce que vous faites là c'est pourquoi ? En fait c'est difficile dans notre contexte, parce qu'on se dit qu'on se parle on sort le matin on rentre le soir, mais il y a quelque chose qui te manque (Diane, 30 ans, mariée, sans enfant)

L'entourage de Diane questionne ses choix professionnels et l'ardeur qu'elle met au travail, lui faisant remarquer que sans enfants, elle n'a personne à qui transmettre le fruit de ce travail.

De même, pour Sony, l'enfant est celui à qui on transmet les valeurs et les biens. L'enfant est un enjeu de continuité à travers la transmission de valeurs, du sang et du nom.

Parce que... remarquez bien une chose. Quand on grandit on cherche du travail, on se marie, on investit et achète un terrain pour construire une maison. Tout ça on [le] fait pour qui exactement ? Pourquoi dites-moi un peu ? ... C'est pour pouvoir perpétuer, c'est pour pouvoir le léguer pour pouvoir le céder à votre enfant ! Pour pouvoir l'éduquer, pour pouvoir transmettre ce que vous avez reçu de vos parents à quelqu'un d'autre. Quand vous avez atteint tout ce que vous espériez avoir et que vous n'avez pas le maillon qui vous permettra de transmettre, vous-vous tenez devant toutes vos réalisations et vous-vous dites and so what ? Je fais quoi avec après ?... Puisque quand je vais mourir... tout ça va revenir à qui ? Pour des étrangers ? Pour des gens qui n'en n'ont rien à foutre de moi ? (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

L'enfant est considéré comme un aboutissement, comme le maillon qui apporte du sens à tout ce qu'elle fait dans son quotidien. L'acquisition de connaissances et l'acquisition de biens n'ont de sens que dans une perspective de transmission. Ainsi, après avoir obtenu une éducation on doit pouvoir se poser à son tour en éducateur. Après avoir reçu la vie, on doit pouvoir se poser à son tour en donneur de vie. Après avoir reçu des biens, on doit pouvoir se poser à son tour en donneur transmetteur de biens afin que le cycle continue. L'infertilité crée donc une discontinuité dans la logique de transmission, destinant les femmes à disparaître de la mémoire collective. C'est aussi une discontinuité dans le projet de construction de soi.

L'infertilité contrarie le désir d'enfant de Carine, ce qui l'empêche de réaliser le statut de mère dans lequel elle se projette, mais aussi se débarrasser de la culpabilité d'avoir brisé des interdits sociaux et religieux concernant l'avortement.

J'ai toujours aimé les enfants ça c'est sûr. J'ai gardé beaucoup de bébés dans la famille. Très vite j'ai voulu avoir mon enfant, mais il fallait également un cadre dans lequel je bon... J'ai eu des grossesses précoces donc je n'ai pas eu le temps de longtemps désirer (rires) les enfants. Bon en fait je ne sais pas, je vais répondre quoi. (...) en tout cas mea culpa.(Carine, 30 ans, en concubinage, sans enfant)

À travers le récit de Carine, le désir d'enfant est profondément lié à la question des normes. Lorsqu'elle parle de cadre, elle fait référence aux éléments qui entourent la naissance d'un enfant légitime. Ce qui signifie que, bien que la participante présente le désir d'enfant comme quelque chose émanant d'elle en disant « j'ai voulu avoir mon enfant », c'est aussi une démarche qui s'inscrit dans le rapport avec la famille, avec le conjoint et surtout, qui s'inscrit dans un rapport à des normes sociales. C'est en réponse à ces normes que des participantes telles que Carine, qui a vécu des grossesses précoces, a recourt à des

avortements en attendant de pouvoir être dans un contexte où le désir d'enfant peut être socialement validé.

Ceci permet de mettre l'emphasis sur l'idée selon laquelle, la maternité ne conduit pas toujours à un statut respectable, elle doit être en adéquation avec le contexte normatif, répondre à un certain cadre pour que la femme qui donne naissance puisse avoir accès aux avantages et à la reconnaissance sociale liés à la maternité. Le désir d'enfant n'est donc pas qu'une donnée exclusivement psychologique ou biologique, c'est aussi une réalité qui se construit dans des rapports aux normes sociales, dans des cadres qui déterminent les conditions dans lesquelles la reproduction est attendue d'une femme.

Dans d'autres cas, les participantes disent désirer un enfant afin de donner et recevoir de l'amour, et/ou pour l'équilibre d'un autre enfant.

Pour Sony et Anne, les enfants sont le moyen de laisser une trace, tout en recevant de l'affection. Et le moyen de s'assurer de cette condition est que cette personne soit un enfant biologique.

Puisque quand je vais mourir... nul ne sait quand est-ce qu'il mourra, quand je vais mourir tout ça va revenir à qui ? Pour des étrangers ? Pour des gens qui n'en n'ont rien à foutre de moi ? Parce qu'on se dit au moins que mon enfant va m'aimer par-dessus tout ! (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

Ce sont juste nos marques, ce sont des empreintes, comme ma grand-mère dit : ton bois de la vieillesse, le réchauffement de la vieillesse. À l'époque je ne comprenais pas, mais aujourd'hui je comprends de quoi elle parlait. Elle a 105 ans bientôt. Aujourd'hui je comprends. Imaginez une femme qui n'a jamais enfanté, qui n'a pas d'enfants. (...) On a juste besoin cet amour-là... (Anne, 36 ans, mariée, 1 enfant)

Le désir d'enfant de Sony et Anne a donc des origines affectives, car elles insistent sur la nécessité de recevoir de l'amour. De même Anne lie l'enfantement au besoins affectifs de la mère.

Parfois, c'est l'amour pour un enfant existant qui pousse une femme à formuler un désir d'enfant. L'enfant est désiré pour sa capacité à contribuer au bonheur du ou des autres enfants et la fratrie.

Josée qui a déjà un enfant m'explique que sa fille souffre du fait d'être enfant unique.

C'est toujours bien ! Je t'assure que même pour ma fille c'est difficile, elle va à l'école... là elle essaye même de mieux digérer, mais à un moment c'était difficile elle en pleurait ! Elle rentre de l'école elle te dit maman moi aussi je veux avoir une sœur, je veux une petite sœur ou un petit frère. (Josée, 34 ans, mariée, 1 enfant)

Le projet de Josée pourrait cependant être rattaché à la norme des maternité multiples. La fratrie idéale est donc celle qui compte plusieurs enfants pour la position sociale de la mère, mais aussi pour le bonheur des enfants.

Par conséquent, le désir d'enfant peut correspondre à différentes explications. En effet, ce n'est pas parce que l'enfant est désiré pour répondre aux besoins d'un autre enfant que par ailleurs, il ne servira pas à consolider la relation de couple, et à confirmer le statut de mère de la femme. De plus, on voit comment les normes sociales s'expriment dans les projets individuels des femmes, mais aussi comment leurs situations personnelles les conduisent à des négociations et des réarrangements dans les normes. Les aménagements dans les normes ne visent pas à les contourner, mais à leur permettre de s'aligner sur d'autres normes considérées comme prioritaires.

III. Définitions et dimensions émotionnelles de l'infertilité

Cette partie donne des définitions sociales de l'infertilité en rapprochant l'analyse des situations concrètes auxquelles elle correspond. Ainsi, après avoir identifié les différentes catégories d'infertilité qui caractérisent les situations des participantes, j'ai procédé à une séparation entre celles qui vivent un moment de conjoncture, et celles qui vivent un moment de crise. Cette séparation est utile à la définition de l'infertilité, qui peut être définitive, mais qui peut aussi être ponctuelle. Ce qui signifie que tout le long de son parcours de vie, une femme peut passer d'un moment d'infertilité à un moment de fertilité, puis à un autre moment d'infertilité. Cependant, bien que rattachées à différents éléments du parcours de vie, les émotions en lien avec l'infertilité sont toujours négatives.

A. L'infertilité comme difficulté de concevoir une première grossesse

L'infertilité comme difficulté de concevoir une première grossesse, réunit les cas de participantes dont l'infertilité se déclare autour de la recherche du premier enfant, et se manifeste par la difficulté à tomber enceinte. Cette catégorie concerne la majeure partie

des participantes : Françoise, Gina, Hélène, Queen, Laura, Diane, Mona, Nina, Sony et Thérèse.

La dimension émotionnelle de l'infertilité s'inscrit dans le rapport au corps et ses limites. Le corps peut alors être considéré comme un acteur et/ou une ressource de la reproduction, mais dont les trajectoires sont rarement prévisibles. Le corps semble exister en dehors de la volonté de la participante, surtout lorsque son fonctionnement et ses réactions ne correspondent pas à ce qui est attendu de lui. L'imprévisibilité de cette ressource place le questionnement de la naturalité de la reproduction au cœur des émotions liées à l'infertilité.

L'infertilité comme conjoncture vitale

Les limites du corps, qui sont vécues au niveau personnel et intime, replacent la reproduction dans des dynamiques sociales. Pour Gina par exemple, la difficulté à maîtriser le corps reproducteur s'inscrit dans des stratégies familiales (sa mère) et sociétales (son médecin) de gestion des parcours de vie et des parcours reproductifs des femmes.

À la suite de difficultés à tomber enceinte dans son foyer, la participante décide de se rendre dans un centre hospitalier.

... je suis allée faire l'échographie, arrivée là-bas on me dit que je n'ai qu'une trompe et elle n'est même pas en bon état. C'est alors là que je me rappelle que l'opération qu'on m'avait faite là...
(Gina, 31 ans, divorcée, 1 enfant)

La participante devait subir une double ablation des trompes à l'âge de 16 ans. La décision de sa mère a été de ne pas l'informer de sa situation et des éventuelles répercussions. Le médecin chargé de procéder à la double ablation des trompes a choisi de ne retirer que la plus abîmée des deux, sans en informer la participante et sa mère.

On a fait un diagnostic où j'ai les kystes, et il fallait opérer. Lors de l'opération alors... bref avant l'opération, le médecin a demandé à ma maman... parce que j'étais avec ma mère... si j'avais déjà eu peut-être à accoucher, un truc comme ça ! Ma maman a dit : « non ». Et le médecin a dit à ma mère que bon... la situation est un peu trop délicate, parce que là (...) le médecin au lieu d'enlever les deux trompes, il a laissé une trompe. Celle qui n'était pas complètement détruite par la maladie. Oui ! ... Je ne savais pas ce qui se passait... et... je ne connaissais pas la suite. (Gina, 31 ans, en couple, 1 enfant)

Le récit de Gina montre que la conjoncture n'existe pas tant que la personne n'a pas pris conscience des enjeux de la situation et du stigmate. Et cette prise de conscience passe indubitablement par une comparaison entre la situation réelle et les normes sociales. Ainsi,

tant que Gina n'avait pas conscience des répercussions de son opération, elle ne vivait pas une période de conjoncture, et ne cherchait donc pas de moyen de mitiger les irréversibilités de la situation. La prise de conscience de l'infertilité signifie une perte d'espoirs de maternité pour la participante.

Je croyais que j'allais seulement mourir. Donc c'est un truc que... j'ai [dit] à ma mère que c'est un truc que tu devais me dire dès le départ ! Ça n'allait pas faire en sorte que j'allais nourrir les espoirs... (Gina, 31 ans, divorcée, 1 enfant)

Le poids émotionnel de l'infertilité pour Gina s'explique par le fait que l'impossibilité de maternité naturelle soit une impossibilité de procréation, car ne disposant pas des moyens de recourir à la PMA. Les émotions liées à l'infertilité sont donc façonnées par les situations socio-économiques des participantes, ceci à travers le sens que prend leur situation d'infertilité spécifique, et les irréversibilité qu'elle implique pour le parcours de vie.

Les défis émotionnels de Gina sont par ailleurs étroitement liés aux choix et objectifs des acteurs qui interviennent dans la gestion de son parcours reproductif, et dont les positionnements sont imprévisibles. Cependant, cette imprévisibilité produit souvent des résultats inattendus. En effet, en raison du choix du médecin de ne retirer qu'une des trompes de la participante, de conjoncture vitale s'est terminée à la suite d'une grossesse naturelle non prévue et d'un accouchement à 33 ans.

L'infertilité comme crise

Le fait de devoir faire le deuil de la procréation naturelle fait partie des difficultés rencontrées par Sony. Sa difficulté réside dans le fait d'accepter l'échec de reproduction naturelle et recourir à l'assistance médicale à la procréation.

Il faut se mettre en confiance, il faut discuter, il y a plein d'étapes aussi sur le plan psychologique. Arriver à se dire oui je suis obligée de passer par là je n'ai pas le choix et voilà ! Et ça prend beaucoup plus de temps, c'est le plus dur je pense, accepter qu'on soit obligé de passer par là, accepter qu'on n'a pas d'autre solution. Donc moi ça m'a pris 6 ans ! (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

La participante mentionne que ce deuil de la procréation naturelle est un processus qui est long et qui se bâtit notamment à travers le fait de se mettre en confiance par rapport aux nouveaux paramètres de reproduction qui incluent la médicalisation. Cependant, on voit

que grâce à une situation financière relativement stable, l'impossibilité de reproduction naturelle pour Sony est mitigée par les possibilités de PMA. Ce qui confirme les idées avancées à propos du récit de Gina, les possibilités offertes par la PMA permettent de mitiger les irréversibilités de l'infertilité et de remettre les femmes en pouvoir par rapport à l'issue de la conjoncture vitale.

Dans d'autres cas, l'infertilité signifie que les femmes rencontrent des difficultés à retomber enceinte après une ou plusieurs premières grossesses.

B. L'infertilité comme difficulté à retomber enceinte

Ces femmes ont eu une grossesse à un moment de leur parcours de vie. Ces grossesses ont été interrompues, volontairement ou non, ou encore se sont suivies par le décès de l'enfant. L'infertilité se déclare au moment de la formulation d'un nouveau projet parental, et concerne Kim, Ornella, Prisca, Irène.

Ces expériences permettent d'illustrer l'autostigmatisation que vivent les femmes infertiles et leurs familles, dans le sens où elles rejettent sur elles-mêmes la responsabilité de la situation d'infertilité. Elles interrogent leur parcours de vie sur les choses qu'elles font différemment afin d'éviter la situation d'infertilité. Et lorsqu'elles identifient des moments qu'il était possible de vivre autrement, elles culpabilisent de ne l'avoir pas fait.

L'infertilité comme conjoncture vitale

Dans le cas d'Irène, l'autostigmatisation concerne surtout la famille. Il y a un sentiment de culpabilité en lien avec le mauvais accueil réservé au premier enfant de la participante qui est décédé.

Pendant la première grossesse je n'ai pas eu de soutien. Pour le premier je n'ai pas eu de soutien à cause... de la mauvaise grossesse que j'ai rencontrée. Parce que le premier comme je venais de finir avec l'école, mes parents attendaient beaucoup que je trouve un boulot. Je suis plutôt allée porter la grossesse ce qui les a mis en colère. (*Silence*) Pendant toute la grossesse... je n'avais été heureuse. (*Silence*)... Et après... C'est après qu'ils m'encourageaient même (...) parce que là, ma mère ne dormait même plus ! Parce qu'elle se culpabilisait un peu. Peut-être du fait que si le premier est décédé c'était peut-être aussi sa faute, parce qu'elle ne m'avait pas soutenu bon ! (Irène, 38 ans, en couple, 1 enfant)

Au moment de sa première grossesse, Irène a terminé ses études, mais n'a pas d'emploi, et n'est pas mariée. La réaction de ses parents confirme que l'emploi salarié représente une des conditions dans lesquelles la procréation est un acte respectable. Ceci confirme par ailleurs, comme expliqué dans la deuxième de ce chapitre, que le sens et la force des normes sociales de reproduction dépend des positionnements des individus et institutions qui interviennent dans la gestion de la reproduction des femmes. Sans emploi, la famille de la participante a eu une réaction de rejet et d'insultes à la suite de sa première grossesse.

Par ailleurs, ce récit interroge plus largement sur les représentations sociales de l'enfant la société camerounaise contemporaine, et sur les interactions entre ces représentations, les normes sociales de reproduction et stratégies de familles. En effet, le poids émotionnel de l'infertilité dans le cas d'Irène est lié au fait que la situation ne soit uniquement envisagée comme étant un blocage physique. Il s'agirait d'une punition, une conséquence des actions négatives des parents qui ont causé le départ du premier enfant, et empêcherait de nouveaux enfants d'arriver dans la famille. Comment expliquer ce glissement dans lequel c'est à l'enfant qui a été rejeté qu'on attribue autant de pouvoir? Je propose qu'alors que le contexte de modernité dilue certaines représentations sociales décrites au chapitre 1 comme faisant partie de la place de l'enfant en Afrique, la situation d'infertilité d'Irène les réaffirme. Les parents y voient une punition parce l'enfant décédé devient un être surnaturel qui a le pouvoir d'agir. Cependant, la situation d'Irène est une conjoncture vitale parce qu'elle me raconte un épisode d'infertilité dans sa vie. Elle a finalement pu avoir un enfant à la suite de ces périodes d'infertilité.

De la conjoncture vitale à la crise

Plus de 10 ans après leurs premières grossesses, Kim, Prisca et Ornella n'ont jamais pu retomber enceinte.

Ornella développe un sentiment de culpabilité en lien avec le fait d'avoir repoussé son âge au premier projet de grossesse à environ 30 ans, ce qui ramène à l'idée de la jeunesse (bien que relative) comme moment idéal de la reproduction.

C'est vrai que j'ai fait... je ne vais pas te mentir, et je regrette et je me dis... si on m'avait dit ce que ça pouvait entraîner plus tard, peut-être j'aurais fait mes enfants plus tôt ! Parce-que quand je lis le témoignage de certaines qui, certaines dames... Mais elles ont accouché à 20 ans, 21 ans, 18 ans ! (Ornella, 38 ans, en couple, sans enfant)

Elle explique que si elle avait tenté de tomber enceinte beaucoup plus jeune, elle aurait eu plus de facilité à avoir des enfants puisque des femmes, ayant comme elle un diagnostic de syndrome des ovaires polykystiques, ont eu des enfants.

Ce sentiment de culpabilité se transforme parfois en colère dirigée vers le personnel médical qui selon Ornella, ne lui a pas fourni de diagnostic et des conseils utiles sur sa situation.

La fragilité émotionnelle d'Ornella a des conséquences sur son comportement en général.

Le désespoir mois après mois. Tu te dis je crois que c'est le bon moment, c'est mon mois. Et à la fin du mois, tes règles qui reviennent ! Tu craques, tu pleures c'est tellement difficile tu vois ! C'est... je ne vais pas te mentir c'est quelque chose que moi particulièrement même à mon pire ennemi je ne le souhaiterais pas. C'est mois après mois, déception après déception, tu pleures ! Quand je suis partie à l'hôpital jeudi passé pour mes tests sanguins, j'avais pleuré parce que la veille j'avais le test de grossesse et il était négatif oui. J'ai pleuré, je me suis saoulé la gueule. (Ornella, 38 ans, en couple, sans enfant)

En effet, la participante pratique des sports de compétition qui nécessitent d'éviter la consommation d'alcool. Ce récit donne donc des indices sur la manière dont l'infertilité transforme les parcours professionnels des participantes, point que j'approfondi dans le chapitre 6.

De plus, pour Ornella, les limites du corps se cristallisent surtout autour de l'arrivée des règles qui est le signe de l'absence de grossesse, un moment de deuil qui se répète mois après mois.

C. L'infertilité comme difficulté d'avoir une descendance nombreuse et/ou variée

Avec des expériences similaires à celles des femmes qui n'arrivent pas à retomber enceinte après une première grossesse, les participantes de cette catégorie n'ont eu aucun problème à avoir une ou des premières grossesses, et un premier ou plusieurs enfants vivants. Elles ont soit des enfants uniques, des enfants de même sexe, ou pas assez d'enfants au regard du projet de famille. Le projet d'élargissement de la famille ou de diversification de la fratrie se heurte à une difficulté de procréation. Telle est la situation d'Anne, Bertille, Josée, Sirielle, Sony. Dans cette catégorie, toutes les participantes rencontrées vivent une période

de crise, la situation d'infertilité s'inscrivant dans le long terme. Cependant, elles décrivent des ressentis similaires à ceux des autres femmes.

Anne m'explique son parcours en ces termes :

Tu sais tomber enceinte c'est une question physique, mais c'est aussi une question mentale. Tu comptes ton cycle, tu ne bois pas d'alcool, tu fais plus attention à manger équilibrer par exemple. Tu éloignes le stress, bref tu te projette dans la grossesse. Du coup quand tu fais ça une fois, deux fois, trois fois et qu'il y a toujours des choses qui l'empêchent d'entre la. Tu te fatigues, et ça me donne l'impression de perdre mon temps. (Anne, 36 ans, mariée, 1 enfant)

Sachant la belle-famille d'Anne, mariée à 30 ans, doute de ses capacités à fournir la contrepartie du prix de fiancée, on pourrait poser la question de savoir à quoi renvoie la perte de temps qu'elle mentionne. Le temps pourrait être un marqueur qui indique à la participante sa distance par rapport à la marge. Le temps pourrait par ailleurs se rapporter à la fatigue ressentie en raison des changements consentis et efforts infructueux. En effet, dans ce récit, il apparaît que le poids émotionnel de l'infertilité découle aussi de tous les renoncements (régimes alimentaires, préparation mentale) auxquels doivent consentir les femmes dans le but de résoudre la situation.

Pour d'autres femmes telles que Josée, le poids émotionnel de l'infertilité correspond à un sentiment de culpabilité lié au recours à un avortement.

C'est vrai on était à la Fac [université], quand on était à la Fac j'avais conçu une fois on a enlevé d'un commun accord à un mois, car je n'étais pas prête, l'école, j'allais dire quoi à mes parents et tout. Après donc parfois je lui dis est-ce que ce n'est pas une punition ? (Josée, 34 ans, mariée, 1 enfant)

Une fois de plus, malgré la place déterminante qu'à la maternité dans les vies des femmes Camerounaises, seuls certains accouchements, qui surviennent dans le cadre fixé par les normes sociales de reproduction et par les projets des familles, procurent aux femmes un statut respectable. De plus, tout comme chez Irène et Carine, l'infertilité à la suite du rejet d'une maternité est envisagée comme étant une punition, et nourri l'autostigmatisation chez les participantes.

Cependant, le récits d'Anne et de Josée permettent d'affirmer la pertinence de séparer les expériences de femmes qui ont de la difficulté à retomber enceinte en ayant un enfant vivant, de celles qui n'en ont pas.

Tu as peut-être des amies qui ont accouché, et elles sont déjà à deux trois. Tu es là, tu es à un, tu cherches... ça fait mal. Ça il faut avouer ça fait mal, très mal. J'ai même dit une fois à mon mari vraiment depuis que je suis là, c'est ma deuxième grossesse vraiment je n'imagine pas la douleur d'une maman qui n'a jamais accouché ! (...) Dieu nous a déjà donné un, pourquoi il ne nous

donnerait pas un autre ? Donc j'essaye d'être positive au moins, j'essaye d'être positive du mieux que je peux. (Josée, 34 ans, mariée, 1 enfant)

En effet, la difficulté de vivre une situation d'infertilité tient aussi à une stigmatisation involontaire, mais constante, qui affecte les relations de la participante avec ses amies et avec la société en général. Mais bien que Josée exprime des émotions négatives en raison de son infertilité, elle reconnaît que le fait d'avoir un enfant permet de mitiger ses difficultés. Illustrant l'importance de la prise en compte de la situation d'infertilité particulière de chaque femmes dans l'analyse de son ressenti vis-à-vis de l'infertilité.

D. L'infertilité comme difficulté à mener une grossesse à terme

Ces femmes n'ont pas d'enfant, et ne rencontrent aucune difficulté à tomber enceinte. Cependant, de manière involontaire, la grossesse est interrompue. Carine et Émeline sont les femmes qui font face à cette situation.

Infertilité comme conjoncture vitale

Lorsque j'ai rencontré Carine en septembre 2021, elle était en deuil à la suite de la perte d'un enfant. Elle m'a approchée et m'a proposé de participer à l'étude. Elle voulait que son histoire serve et que son vécu ne soit pas uniquement teinté de la perte. Elle a vécu 5 grossesses, parmi lesquelles une grossesse gémellaire, mais n'a aucun enfant vivant. Elle mentionne que la seconde grossesse s'est soldée par une interruption volontaire.

La première grossesse elle était gémellaire à deux mois et demi j'ai fait une fausse couche et la deuxième malheureusement... En tout cas je ne justifie rien, bon en tout cas j'ai interrompu. Maintenant la troisième et quatrième fausse couche tardive, cinquième mois, sixième mois. La cinquième, elle je suis arrivée à 7 mois et puis il y a eu menace d'accouchement prématuré et j'ai perdu les eaux. (Carine, 30 ans, en concubinage, sans enfant)

La participation de Carine à cette étude constitue un moyen de gestion des émotions ressenties face à l'échec de nombreux projets de procréation. Elle perçoit son infertilité comme étant une punition divine liée à son statut de concubine, et à l'interruption de grossesse qu'elle a vécue. Ces perceptions sont renforcées par le discours des personnes d'autorité, notamment les soignants et les pasteurs.

Bon, à l'hôpital quand tu as des femmes [infirmières] qui te disent que ça t'apprendra à prendre de mauvaises décisions. C'est pour cela que tu ne fais que perdre les enfants... Je ne suis pas la première, je reconnais mon tort... Je ne suis pas la première à avoir interrompu et je n'ai pas interrompu de manière barbare je suis allée prendre des potions. Je l'ai fait, car ce n'était pas le bon moment pour moi, et c'était en milieu médical et il n'y a même pas eu de complications. Et c'était après avoir commencé à faire des enfants. Que vous m'accusiez comme ça là je me demande ce que vous faites là. Il y a eu ça, il y a également la culpabilité côté spirituel où tu as des gens qui te disent que vous devez d'abord faire la séparation de corps, il doit venir t'épouser avant, c'est pour cela que tout ça t'arrive. (Carine, 30 ans, en concubinage, sans enfant)

Ainsi, un avortement est considéré comme étant une grave infraction aux normes sociales et religieuses, ayant comme conséquence l'impossibilité à faire d'autres enfants. Cela dit, les entrepreneurs de cette norme font aussi partie des personnes qui aident à sa transgression. En effet, malgré l'interdiction juridique de l'avortement au Cameroun, la participante y a eu accès dans un contexte médicalisé. Cependant, ce sont aussi des infirmières qui renforcent en elle un sentiment de culpabilité en reproduisant un discours qui laisse entendre qu'elle est coupable de son infertilité. En revanche, ce sentiment n'est pas nécessairement un regret, elle affirme que le choix d'interrompre la grossesse était un choix raisonné. Ce qui montre que les aménagements consentis dans les normes sociales ont un effet sur le vécu émotionnel de l'infertilité.

En 2022, six mois après la fin des enquêtes de terrain, la participante m'a annoncé qu'elle était enceinte et quelques mois plus tard, j'ai reçu la nouvelle selon laquelle elle avait mené la grossesse à terme et avait donné naissance à un enfant qui a survécu. En février 2023, elle m'a fait part de la programmation de son mariage avec le père de l'enfant, son concubin.

De la conjoncture vitale à la crise

En gardant à l'esprit les normes de reproduction qui font de la procréation le but du mariage, le récit d'Émeline fait remarquer qu'il existe un climat émotionnel général de peur de l'infertilité, ce qui contribue à précariser les femmes infertiles sur le marché matrimonial. En effet, cette peur de l'infertilité peut expliquer l'exigence des preuves de fertilité pour certaines femmes, comme moyen de mitiger l'imprévisibilité de la production. En effet, l'infertilité d'Émeline apporte des bifurcations non seulement dans son parcours de vie, mais aussi dans celui de son conjoint qui doit repousser la reproduction, ou repenser

son projet matrimonial en changeant de conjointe. C'est pour rendre compte de ce type de situation que Johnson-Hanks (2017) apporte l'idée de crise à sa théorisation des conjonctures vitales. La crise dans le cas d'Émeline concerne l'augmentation en échelle de nombre de personnes concernées par la situation.

Elle développe des sentiments de dépression, mais aussi de regret par rapport à ses choix de vie. Émeline a pensé que le fait d'avoir repoussé les premiers rapports sexuels à l'âge de 24 ans est la raison de la situation d'infertilité.

Je me suis dit, peut-être que c'est pour ça que les myomes se sont formés parce que je n'ai pas eu d'activité sexuelle, j'ai... j'ai mon premier rapport sexuel à 24 ans, à... (...) Ça c'était vraiment dans l'émotion hein et la déprime. (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Bien qu'elle découle surtout de la stigmatisation extérieure, l'autostigmatisation est donc souvent basée sur les expériences et les choix personnels des femmes. C'est ce qui explique qu'elle subsiste au contact. En effet, selon Goffman (1975), la stigmatisation opère dans la rencontre entre les personnes stigmatisées et les personnes normales. Or, on voit que l'autostigmatisation se maintient plusieurs années après que la participante ait arrêté la relation et devient alors un processus par lequel l'infertilité s'insère dans la vie quotidienne des femmes. Émeline exprime cette idée de la présence constante de pensées sur l'échec de reproduction dans la vie quotidienne.

C'est beaucoup de déprime, mais faut pas qu'on se mente, il y a des jours où oui je parle aujourd'hui je semble bien, mais il y a des jours aussi tu te réveilles et tu te dis Seigneur ouf ! Pourquoi je vais me réveiller pour aller travailler ? Pourquoi ? Tu dis : « je n'ai envie de rien de toute façon ». Je me bats même pour quoi ? Les gens se battent pour avoir l'argent, euh... pour ceci. Bon ! Tu as de la peine. Ça a commencé à aller, parce que... et j'ai... j'ai déprimé, j'ai beaucoup déprimé ! À un moment, j'ai même pensé vraiment mettre fin à ma vie parce que... ça ne sert à rien de... je ne vaudrais rien comme femme quoi !

Parce que dans ta tête tu te réveilles le matin tu te dis que je suis stérile, tu ne peux pas faire... en fait c'était devenu... ou tu es toujours en train de te plaindre [...] Tu deviens tellement émotive et susceptible que la moindre chose t'énerve, la moindre chose... en... tu vis sous les émotions. (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

L'exercice de l'autostigmatisation correspond donc à une comparaison constante de la situation de la participante avec les normes sociales de reproduction, et sa situation de vie. Ceci a pour effet émotionnel de renforcer les émotions négatives liés à l'infertilité, au point d'en faire, comme c'est le cas pour Émeline, une situation qui menace la vie de la femme. En effet, elle questionne le sens même de sa vie, plonge dans une dépression profonde et envisage le suicide en raison d'un sentiment d'inutilité.

Le sujet des émotions liées à l'infertilité permet de dégager une tendance générale du vécu de l'infertilité. En effet, peu importe la situation socio-économique de la participante, et peu importe sa situation spécifique d'infertilité, les émotions exprimées en rapport avec les difficultés de reproduction sont toujours négatives. Cependant, les situations socio-économiques des participantes interviennent lorsque on s'intéresse au type d'événements autour desquels se construisent ces émotions négatives. Par exemple, pour Sony qui a accès à un certain niveau de revenus, le deuil de la naturalité de la reproduction se fait autour du recours à la procréation médicalement assistée. Tandis que pour Gina, ce deuil se fait autour du diagnostic de la condition médicale causant son infertilité. Dans la même veine, certaines participantes arrivent à mitiger la négativité de leurs émotions en s'appuyant sur le fait qu'en comparaison d'autres femmes, elles aient pu porter des grossesses bien que n'ayant pas d'enfant, ou sur le fait d'en avoir au moins un.

Par ailleurs, le stigmate est souvent abordé comme le résultat d'une dynamique externe à la personne, et moins comme un processus interne prenant appui sur les normes sociales (Becker, 1963 ; Goffman, 1975). Or, la dimension émotionnelle de l'infertilité laisse entrevoir une autostigmatisation qui opère à travers le rapport à soi comme personne sociale non-conforme. Analyser cette autostigmatisation met en évidence l'intimité du vécu de l'infertilité par les citadines camerounaises. Et cette intimité de la question des émotions me permet de présenter plus en détail les participantes suivant les grandes catégories qui forment leurs situations d'infertilité.

Le but de ce chapitre était de comprendre les éléments et processus à partir desquels l'infertilité se construit comme situation stigmatisante dans le contexte du Cameroun. Les récits ont permis de comprendre qu'il est possible d'analyser la construction du stigmate d'infertilité à partir de plusieurs échelles du parcours de vie.

Premièrement, dans l'étude des normes sociales de reproduction, le stigmate d'infertilité se présente comme situation d'inadéquation aux normes. Ainsi, les normes sociales ne renseignent pas uniquement sur les conditions dans lesquelles il est idéal d'avoir un enfant. L'analyse permet en outre de relever les liens qui existent entre ces différentes normes et la manière dont elles s'éclairent les unes par rapport aux autres dans les récits de vie. De plus, les normes s'inscrivent dans une dialectique entre le contexte et l'individu. Elles

renseignent sur le poids social du contexte normatif qui s'impose aux femmes, mais aussi sur leur agentivité en tant qu'agent d'interprétation des normes.

L'analyse des expressions du désir d'enfant permet d'envisager l'infertilité comme étant une rupture dans un projet de vie personnel, de couple et dans des agendas collectifs. En effet, dans les récits, le désir d'enfant est une donnée complexe qui se construit simultanément dans un rapport à soi, dans un rapport au groupe, et donc dans un rapport à la norme, faisant du désir d'enfant une donnée plurielle dans ses conceptions et expressions. Ainsi, la stigmatisation revêt une dimension pratique dans la mesure où la bifurcation peut être géographiquement et temporellement localisée.

L'autostigmatisation est quant à elle une pratique interne, façonnée par les émotions que ressent une femme, par sa situation d'infertilité, par sa position socio-économique. Elle constitue donc un processus complexe, qui accompagne la prise de conscience de la situation d'infertilité et de ses enjeux au regard des normes sociales de reproduction et des trajectoires de vie dans lesquelles étaient lancées les femmes. Cette autostigmatisation nous renseigne sur le vécu de l'infertilité en ce qu'elle attire l'attention sur les femmes et sur l'intériorisation des normes sociales de reproduction. Elle nous fait comprendre que le rapport à soi est une question sociale, puisque la construction de soi évolue au gré des relations sociales, et des capacités des femmes à s'arranger avec la conformité aux normes. Le stigmate d'infertilité se définit relativement aux situations particulières des femmes : âge, statut matrimonial, historique génésique, durée de la situation d'infertilité, moment dans leur parcours de vie de la découverte de la situation, etc. L'analyse des normes sociales de reproduction, du désir d'enfants, ainsi que des émotions suscitées par l'infertilité permettent d'apporter des éléments de compréhension des attitudes qu'ont les femmes et leur entourage face aux situations d'infertilité. Les éléments de ce premier chapitre permettent donc de mettre en perspective les explications qui sont proposées en termes d'itinéraires thérapeutiques, d'effet de l'infertilité sur les carrières sociales des femmes, mais aussi en termes de vécu de l'infertilité sur le long terme.

Chapitre 5 : Étiologies et itinéraires thérapeutiques de l'infertilité au Cameroun

La maladie provoque une rupture dans l'identité sociale et personnelle de l'individu qui acquiert un statut de malade (Proulx-Boucher et *al.*, 2014). Ce statut conduit à des bifurcations dans les positions, les ressources, et les relations sociales de l'individu, et le résultat de ces réorganisations est imprévisible. Le parcours en recherche de soins apparaît alors comme étant un moyen de contrôler l'imprévisibilité du parcours de vie en tentant de se défaire du statut de malade. La survenue d'une situation d'infertilité, le plus souvent vécue comme une maladie, est donc suivie par une recherche de solutions thérapeutiques. Le succès ou l'échec des premiers recours de soins vont déterminer si l'infertilité reste une conjoncture vitale, ou se transforme en crise.

Ainsi, ce chapitre répond à la deuxième partie du questionnement de cette thèse sur la manière dont les itinéraires thérapeutiques de l'infertilité éclairent les expériences de l'infertilité pour les citadines camerounaises. Les itinéraires thérapeutiques représentent la succession dans le temps et dans l'espace, de toutes les actions de soins entreprises par le malade et sa famille (Janzen, 1995 ; Songhai, 2022). Cette notion permet donc de saisir la temporalité du parcours de soin (succession dans le temps d'action vers la recherche de soins) tout en considérant les facteurs environnementaux (univers socio-normatif, situations familiales et économiques, etc.).

L'organisation de ce chapitre s'inspire de l'ouvrage de Fassin (1990), et de la manière dont il présente ses résultats de recherche sur les parcours thérapeutiques dans des contextes africains. Dans son travail, l'auteur commence par recenser et présenter les différentes options thérapeutiques et ensuite, il met en exergue comment ces options se combinent pour former des parcours.

Dans la première partie du chapitre, je discute de la construction de l'infertilité comme maladie, qui est étroitement liée à la place accordée à la maternité au Cameroun. Plus spécifiquement, je propose un portrait général de l'offre de soins pour l'infertilité au Cameroun, en précisant les options disponibles, les procédures sur lesquelles reposent ces options de soins, les coûts qui y sont associés et les thérapies qu'elles proposent. Ensuite, j'analyse la manière dont les options de soins se constituent en registres explicatifs et

servent à construire des parcours étiologiques de l'infertilité. Saisir les registres explicatifs et les solutions envisageables pour l'infertilité est un préalable dans la compréhension et l'analyse des parcours thérapeutiques.

Dans la seconde partie, j'aborde les itinéraires thérapeutiques qu'empruntent les femmes en mettant en avant la complexité et les éléments constitutifs desdits itinéraires. Pour saisir ces parcours, je me base sur la reconstruction d'un calendrier de carrière thérapeutique. Cette notion est inspirée du calendrier de vie (Gaudet et Drapeau, 2021) qui me permet de circonscrire l'observation aux différentes combinaisons qui sont faites des options thérapeutiques à travers le temps. En utilisant le calendrier de carrière thérapeutique, je mets en lumière et analyse différents cas en termes de recours, notamment le recours à une option unique, à deux options ou à trois options thérapeutiques. Il me permet ainsi de mettre en lumière la complexité des expériences de traitements même dans le cas d'une option unique, et les logiques de recours à différentes options.

I. Étiologies et options thérapeutiques

La maladie est à la fois un phénomène social et un dysfonctionnement du corps qui suscite des initiatives visant à comprendre et à corriger le problème (Fassin, 1990:6). Dans ce sens, plusieurs étiologies et thérapies sont associés aux maladies, et reflètent la culture et les schèmes explicatifs qui sont propres aux contextes des malades. Dans le cas du Cameroun, la multiplicité des options thérapeutiques crée des perceptions complexes quant aux explications et à l'expérience de traitement de l'infertilité. Les étiologies deviennent alors des parcours étiologiques dans le sens où la recherche de l'explication à l'infertilité est une entreprise complexe qui s'étend dans le temps et dans l'espace, et aux résultats imprévisibles.

A. Offre thérapeutique pour l'infertilité au Cameroun

Quelle est l'offre thérapeutique pour l'infertilité au Cameroun et comment fonctionne-t-elle ?

Il y existe trois options thérapeutiques auxquelles ont recours les participantes de cette étude : les biomédecines ou médecine moderne, les médecines traditionnelles, et les

médecines religieuses. Elles y ont recours soit dans un contexte relativement institutionnalisé, soit en faisant de l'automédication.

Tableau 7: Participantes selon qu'elles ont eu recours à une ou plusieurs options thérapeutiques

	Recours	Non recours	
	Biomédecine	Medecine Traditionnelle	Médecine religieuse
Anne			
Bertille			
Carine			
Diane			
Émeline			
Françoise			
Gina			
Hélène			
Irène			
Josée			
Kim			
Laura			
Mona			
Nina			
Ornella			
Prisca			
Queen			
Raïssa			
Sony			

Source : tableau constitué à partir des données d'enquête

Ce tableau montre que le recours aux thérapies religieuses est le moins répandu. De même, le recours à la biomédecine accompagne presque systématiquement celui aux thérapies traditionnelles et les récits explorés plus loin permettent d'expliquer l'ordre et les logiques de ce recours.

La biomédecine se circonscrit en général aux dysfonctionnements physiques du corps. La médecine traditionnelle s'intéresse non seulement aux dysfonctionnements physiques, mais aussi à la prise en charge de potentielles malédictions ou attaques surnaturelles malfaisantes, et la médecine religieuse conçoit l'infertilité comme étant le fruit d'attaques surnaturelles malfaisantes ou d'une volonté divine.

La biomédecine

Le tabou social autour de la reproduction « non-naturelle » rattaché à la procréation médicalement assistée (PMA) (Inhorn, 2006) contraste avec la bio-médicalisation de l'infertilité qui est un phénomène courant au Cameroun, comme l'illustre le tableau 7. Cette bio-médicalisation se fait par le biais des centres de traitement spécialisés, d'hôpitaux publics, de dispensaires et de centres de proximité, etc. De plus, comme le montre le récit d'Ornella mentionné au Chapitre 4, plusieurs femmes se tournent vers les groupes

Facebook pour rechercher des informations ou partager des expériences sur l'infertilité et les possibilités de traitements.

Image 12: Capture d'écran d'un post sur la PMA



Source : *Observation non participante sur Facebook*

La publication de cette femme est un exemple de conversations qui se construisent autour de la PMA. Ces conversations retiennent en général beaucoup d'intérêt; au moins 239 personnes ont interagi avec la publication. La conversation aborde des sujets aussi variés que celui des procédures, des coûts, des traitements de PMA.

Tous les établissements fournissant des soins de santé de médecine moderne fonctionnent sur le même modèle. Tout d'abord, des consultations sont faites par différentes catégories de soignants : des médecins, des infirmiers, des spécialistes gynécologues, radiologues, etc. Puis, des examens sont proposés : des échographies, des hystérographies, spermogrammes, etc. Et enfin, vient l'interprétation des résultats des examens par le soignant qui les a commandés, suivis de la proposition d'un protocole de soins.

Par exemple, pour Diane les premiers examens consistent à faire un bilan infectieux et pour son conjoint, un spermogramme, suivi de la prescription de vitamines.

C'est comme ça qu'on a fait les premiers examens, le bilan infectieux, tout allait bien... Le PCV [prélèvement cervico-vaginal] tout ça, tout ça tout allait bien.
Et lui, on a fait le premier spermogramme... Ce n'était pas très propre [préciser ce qu'elle veut dire par là car cela prête à confusion], mais c'était un petit problème, parce qu'on l'a mis sous vitamine et ça a remonté le taux donc tout allait bien. (Diane, 31 ans, mariée, sans enfant)

Cette partie de l'expérience de Diane montre qu'autant les examens, les diagnostics, que les protocoles de soins concernent les couples. Ce qui signifie que le parcours de soins peut se complexifier lorsque le conjoint est réticent à participer aux soins ou que la femme est célibataire comme on le verra plus loin.

Les thérapies biomédicales se caractérisent surtout par un déplacement des thérapies plus douces vers des traitements plus invasifs en fonction des appréciations que porte le soignant sur la situation d'infertilité. En gardant en tête les expressions du moment idéal de reproduction analysé au chapitre 4, on constate que les propositions des soignants se basent par exemple sur l'âge des participantes pour recommander des soins, ou encore sur la durée passée en recherche de soins de l'infertilité.

Pour les participantes plus jeunes, les soignants ne proposent parfois aucune thérapie, et pour les participantes plus âgées, la procréation médicalement assistée peut être proposée.

Le médecin, qui nous suivait, nous disait que bon voilà ! En principe avec le pronostic général [aucune maladie ou dysfonctionnement trouvé], les choses peuvent se faire naturellement. Mais en ce moment déjà, il se posait un problème d'âge !... L'âge était déjà avancé, et bon le médecin nous mettait la pression, que les choses peuvent se faire naturellement, mais seulement avec l'âge qui avance surtout en ce qui me concerne, il fallait donc essayer une autre voie. (Nina, 44 ans, mariée, sans enfant)

En plus de l'âge, les soignants se basent parfois aussi sur la durée de la situation d'une manière générale. Mona a 33 ans, mais son historique de dysfonctionnements du système reproductif remonte à ses 11 ans.

Je commence, mon suivi à l'hôpital à l'âge de 12 ans, on m'amène chez un ami de la famille, qui travaillait... qui fait les visites à l'hôpital Central (...)
Je lui dis [au médecin], mais qu'est-ce qu'il faut faire, il me dit : *non le mieux c'est de perforer tes ovaires comme ils sont gros et puis on te mettra sous... dans la stimulation des ovaires. Tu as un petit ami ?* Je dis oui. *Tu es prête à accoucher ?* Je lui dis que papa depuis l'âge de 21 ans je voulais ça, essayons voir ! On part on perfore ! (Mona, 33 ans, en couple, sans enfant)

C'est donc la connaissance du diagnostic de la participante, associée à l'échec des autres solutions plus douces qui ont déjà été envisagées qui oriente les thérapies proposées.

En termes de niveau de technicité, lorsque les soins ne sont pas disponibles dans la structure à laquelle la participante fait appel, elle va être dirigée vers d'autres structures locales ou internationales.

Et puis même le médecin qui m'avait suivie ici, il m'avait dit qu'il faut que je trouve l'argent, on m'amène en Afrique du sud pour faire les trucs in vitro et tout ça. (Bertille, 33 ans, en couple, un enfant)

Ainsi, malgré l'existence de structures offrant la fécondation *in vitro* au Cameroun, le médecin de Bertille lui a recommandé de voyager pour l'Afrique du Sud afin de se faire inséminer ce qui induit de grands coûts. En effet, l'Afrique du Sud et le Nigeria font partie des destinations internationales les plus accessibles en termes rapport qualité-prix pour les couples camerounais.

La recherche de solutions médicales contre l'infertilité est un projet qui nécessite de grands investissements et parfois sur le long terme. Les coûts sont variables en fonction de l'établissement, mais aussi du niveau de spécialisation du professionnel rencontré, des examens demandés et des soins proposés.

Bon, pratiquement 200-250.000 francs CFA avec les médicaments. J'ai suivi le traitement là pendant environ un an et demi. C'était cher, oui, c'était bien cher. Je me rappelle qu'une fois, il m'a prescrit un médicament qui coûtait 145 000 la boîte, et il fallait prendre 2 boîtes. J'étais dépassée. Et le médicament, c'était 10 comprimés, petit petit comme ça. Avec tous les échographies qu'on me faisait et la consultation c'était 10 000. Chaque fois que j'allais là-bas, c'était 10 000. (Bertille, 33 ans, en couple, un enfant)

Au CHRACERH uniquement, on est à près de quatre millions. Au CHRACERH uniquement. Maintenant avant, donc les cinq années pendant lesquelles on a trimé, bon je peux exclure la première année parce qu'on ne faisait pratiquement rien. On se disait que bon ça va venir. Donc, les quatre années-là, ça peut avoisiner peut-être les deux millions également. (Françoise, 42 ans, mariée, 2 enfants)

De toutes les options thérapeutiques disponibles, les options de la médecine biomédicale sont celles qui nécessitent les plus gros investissements, pouvant varier entre dix mille francs CFA (environ vingt-cinq dollars canadiens) pour des frais de consultation à quatre millions de franc CFA (environ dix mille dollars canadiens) pour une fécondation *in vitro*. En général, ces coûts reposent uniquement sur la participante et sur son ménage, la couverture santé étant inexistante et les prestataires de service d'assurance santé privée se limitant uniquement aux soins de santé de base. Ainsi, les centres spécialisés en procréation médicalement assistée sont le dernier recours de l'option biomédicale, non seulement en raison des coûts, mais aussi parce qu'elle n'est mobilisée que lorsque les autres médecins

n'ont pas pu trouver de solution à l'infertilité. La question de l'accessibilité se pose moins lorsqu'il s'agit de médecines traditionnelles et religieuses.

Les médecines traditionnelles et naturelles

La médecine naturelle est très similaire à la médecine traditionnelle en termes de plantes utilisées, mais la dimension rituelle et spirituelle est moins présente. En revanche, il n'est pas toujours aisé de définir ce qui relève de la médecine traditionnelle et ce qui relève de la médecine naturelle, puisque plusieurs tradipraticiens se disent aussi naturopathes. En effet, plusieurs personnes qui proposent des soins de médecine traditionnelle s'appuient sur la médecine naturelle pour préparer les « potions » de traitement. C'est la raison pour laquelle les deux catégories associées dans le cadre de la thèse. Il faut mentionner que parfois les participantes ont accès à la médecine naturelle par des canaux différents que par les soignants de la médecine traditionnelle. En effet, certaines potions sont de notoriété publique, et d'autres circulent sur les groupes Facebook notamment.

Le tableau 7 sur les thérapies auxquelles ont eu recours les participantes montre que les médecines traditionnelles sont autant mobilisées que les options biomédicales. De même que pour la biomédecine, les groupes Facebook sont des lieux de discussion par rapport aux thérapies.

Image 13: Capture d'écran d'un post sur une recommandation d'un soignant traditionnel



Source : *observation virtuelle sur Facebook*

Dans cette publication, la membre du groupe Love Kmer Sisters sur Facebook, fait suite à un témoignage dans lequel elle parlait de la résolution de son infertilité. Elle partage son diagnostic, et communique des informations sur son soignant : sa procédure, ses prix, son contact. Ces médecines empruntent autant au registre biomédical qu'au registre religieux dans la formulation des diagnostics et la proposition des soins. Dans le cas spécifique à cette publication, on voit que la femme qui poste a obtenu un diagnostic de fibromes dans un cadre biomédical, et cette information la guide vers le soignant traditionnel qui propose un traitement différent de celui des médecines biomédicales, soit un retrait sans opération. De plus, elle mentionne le besoin d'une échographie récente dans le dispositif de prise en charge par le tradipraticien.

De même que l'option biomédicale, les médecines traditionnelles s'appuient sur des consultations, l'établissement d'un diagnostic et sur la proposition d'un protocole de soins, souvent assorti à une garantie de réussite au bout du traitement.

La première consultation est en général l'occasion d'expliquer la situation en s'appuyant sur les diagnostics posés par la biomédecine.

Ainsi, un dysfonctionnement physique n'exclut pas la possibilité d'une force surnaturelle sous-jacente. Cependant, les problèmes d'ordre surnaturel sont diagnostiqués différemment en fonction du soignant auquel la participante fait appel.

Mama Mia... Quand je suis arrivée, la maman là, elle travaillait avec le sel. Ses consultations se faisaient juste avec le sel, et un truc là comme ça. C'est en plastique, c'est long, c'est comme une flute. Elle lance le sel et elle voit. Moi je ne sais pas ce qu'elle voit, mais elle voit...

Le deuxième... Il y avait aussi le sel, mais il y avait les cauris. (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

Le fait dont parle Bertille est une référence aux pouvoirs surnaturels des soignants traditionnels qui servent à l'identification de la cause de l'infertilité, et du traitement approprié. À la suite de l'établissement d'un diagnostic, le soignant propose donc un protocole de soins composé de médicaments et de rites.

Les thérapies traditionnelles font souvent appel à la nature, à l'environnement géographique, etc. Elles sont constituées de préparations à base de plantes, de rituels, de purges, de lavages qui sont réalisés soit par la participante elle-même, soit par le soignant.

Anne me parle de sa défunte tante qui proposait des compositions contre l'infertilité.

C'étaient des herbes qu'elle préparait dans un petit canari avec de l'huile rouge et du pistache [graines de courge], elle coupait la feuille de bananier et elle faisait des tas ; et sur le foyer, elle mettait trois pièces de cinq francs, mais c'était magique, le résultat était là après, ça je témoigne. Elle est décédée depuis, mais chaque fois que je pense à elle, j'ai des larmes aux yeux. Quand tu venais la voir, que *je n'arrive pas à enfanter, je n'arrive pas à faire ci*, elle ne te donnait pas un an pour que tu puisses porter ton enfant. (Anne, 36 ans, mariée, 1 enfant)

Image 14: Canari, outil de cuisson des potions traditionnelles



Source : enquête de terrain, observation chez Anne

Anne mentionne une des particularités des thérapies traditionnelles qui est une garantie de résultat sous-entendue. Ainsi, lorsque les traitements ne fonctionnent pas comme chez Sony, l'infertilité est perçue comme relevant de forces surnaturelles puissantes et profondément malfaisantes, dont le pouvoir est supérieur à celui du soignant.

On cherche, on cherche et on tombe sur une maman-là qui travaille avec les Pygmées. ... Elle nous donne les trucs à boire, se purger, se laver. Elle nous donne les potions, elle nous donne les trucs, après la mater là dit [s'interroge] que : *trois mois, quatre mois...* ? Elle dit: *ma fille moi je ne touche [soigne] pas quelqu'un pendant trois mois la personne ne tombe pas enceinte. La qualité là non [cette situation], moi je ne connais pas ça, ça me dépasse.* (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

En effet, les traitements sont non seulement physiques, mais se font aussi par un combat spirituel entre les soignants et les forces causant l'infertilité. C'est ce qui explique la composante rituelle des traitements qui font appel à des prières, des pratiques et lieux significatifs choisis par les soignants. De plus, les rituels de traitements comme ceux qu'a connu Bertille nécessitent que la personne confesse toute action entreprise qui aurait pu entraver la fertilité.

À Akono, la maman là m'a lavée. Le matin, très tôt, elle avait préparé tout le nécessaire. Bon... elle n'était pas voyante. C'est une maman qui reçoit ses médicaments dans les rêves. Donc quand tu arrives là, elle part, elle cueille ton médicament, elle vient elle te donne. Elle met dans l'eau tu bois, elle ne les prépare même pas. Ensuite, elle te purge. Une fois elle a dit qu'elle va me laver, et elle l'a fait avec mes sous-vêtements, dans un marigot. J'avais même tellement peur. Parce que j'ai d'abord peur de l'eau, je ne sais pas nager. Heureusement que j'étais avec le père de mon fils. Elle nous a lavé tous les deux en même temps, elle nous a d'abord fait faire une prière. Ensuite elle nous a demandé de rentrer sans regarder derrière.

À Mbouda aussi la première femme que j'ai rencontré avec ma mère m'a aussi lavé, mais ça c'était le matin, et c'était chez elle, ce n'était pas dans un marigot. Et il fallait que le soleil se lève. Toujours avec des prières chrétiennes. Et puis tu dis des choses du genre ce n'est pas toi qui as cherché ce qui t'arrive tu pries tu remets à Dieu.

La troisième personne m'a aussi lavée. Mais lui, il a mis les produits dans un seau et a demandé que je me lave. Toujours chez lui.

(Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

L'infertilité est donc envisagée comme une impureté qui pourrait s'être collée à la participante en raison de l'intervention d'un être extérieur. Elle est aussi comprise comme étant une punition liée à certains choix des femmes.

Les coûts de la médecine traditionnelle et naturelle

Les coûts de la médecine traditionnelle et naturelle sont les plus bas de toutes les options thérapeutiques. D'abord, parce que dans la médecine naturelle, la participante va elle-

même acheter les produits qui sont nécessaires à composition de ces potions et que ces produits ne sont en général pas dispendieux. Ensuite, parce que même en mobilisant des compétences spirituelles, les soignants traditionnels demandent souvent soit des paiements modestes, soit des paiements symboliques, dont le montant exact est laissé à la discrétion des participantes en fonction du résultat espéré et ou obtenu.

En plus de l'option traditionnelle, les médecines religieuses sont la seconde option qui mobilisent l'intervention de compétences surnaturelles.

Les médecines religieuses

Cette option de soin s'inscrit dans plusieurs courants religieux tels que le catholicisme, pentecôtisme, ou des groupes de prière sans chapelle religieuse particulière, mais qui se réclament de la religion dans l'exercice de leurs activités.

Les procédures concernant les thérapies religieuses ne sont pas explicites. Les participantes font souvent appel à des soignants appartenant à des cercles de certaines confessions ou communautés religieuses dont elles étaient déjà membres comme c'est le cas pour Gina.

Bon, les prières oui ! (...) J'allais souvent, il y a une église au quartier. Moi je suis à Édea, et dans mon quartier, il y a une église où j'allais (Gina, 31 ans, en couple, 1 enfant)

Dans d'autres cas, la participante a recours à une église en particulier en raison des informations obtenues de la part de membres de son entourage.

À un moment, il y a une église où les [la famille de] Stéphanie [et sa famille] partaient ici à Makèpè [quartier de Douala] ! Donc, (...) j'ai fait quelque temps là-bas. (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

Il semble donc que la seule procédure dans les thérapies religieuses consiste à ce que la participante se présente au lieu de rencontre de la communauté religieuse.

Les thérapies proposées par la médecine religieuse se basent presque exclusivement sur des prières, des bains spirituels et des jeûnes.

Les prières, oui ! J'allais souvent le Samedi et le Jeudi pour la prière. Oui pour la prière (Gina, 31 ans, en couple, 1 enfant)

Les prières alors hein ! Seigneur ! Je ne sais pas quel nœud je n'ai pas défait ! (Rire) Pour les traitements spirituels, genre... suivi par un Prêtre oui. Où tu fais les neuvaines... on te donne les bains, ... on te donne les bains d'encens tu te couvres de ça. (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Les églises, oui certains m'ont même conseillé de beaucoup prier, rien n'est au-dessus de Dieu. Il pourra un jour opérer des miracles pour moi ! Je dois vraiment prier, mettre mes genoux au sol. (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

En plus des prières, bains et jeûnes, il arrive que le soignant religieux propose aux participantes de se mettre en règle d'un point de vue religieux afin d'attirer vers elles la grâce de l'enfantement. Le soignant fait alors des propositions qui visent à modifier la trajectoire de vie de la femme ou du couple pour la faire correspondre mieux à ce qu'il perçoit comme étant la norme religieuse.

Maintenant coté spirituel il nous a également été conseillé, recommandé de légaliser notre union... (Carine, 30 ans, en concubinage, sans enfant)

Ceci montre que la place centrale qu'occupe le mariage dans la société camerounaise contemporaine n'est pas uniquement liée à un héritage culturel ou traditionnel. En effet, l'église en tant qu'institution coloniale a participé à la transformation des codes du mariage, accordant une importance prépondérante à certaines formes d'union telle que le mariage religieux (Johnson-Hanks, 2003), qui doit absolument être précédé du mariage civil sous régime monogamique. L'infertilité est donc parfois expliquée comme étant une punition pour certains couples vivant en dehors des liens du mariage religieux.

Les coûts de la médecine religieuse sont variables. La prière proposée est souvent gratuite, mais si la participante veut mobiliser des prières ou des personnes spécifiques, il y a des coûts, qui peuvent avoisiner 200 mille francs CFA, soit environ 400 dollars canadiens. C'est le prix qu'a payé Raïssa afin d'être prise en charge par un groupe de prière.

Par exemple il [dire qui] m'a pris cent mille d'abord pour un début après il y avait encore les choses à faire à l'assemblée [??] ... Donc en plus de l'argent qu'on lui donne, il fallait faire acte de charité, donc donner à manger aux gens, donner à manger aux gens qui sont à la cellule de prière. Parce-que c'est un groupe de prière ce n'est pas une église, ce n'est pas une église. (Raïssa, 29 ans, mariée, 1 enfant)

Ce type de recours s'inscrit souvent dans une démarche soins contre une infertilité qui dure, et laisse les femmes à la merci de personnes peu scrupuleuses. Ainsi, au-delà des sommes perçues par le soignant religieux, les participantes ont en général d'autres coûts liés au recours à la médecine religieuse qui consiste à nourrir les membres de l'Église, ou à l'achat de matériel pour les traitements. Ces coûts indirects sont similaires à ceux qui ont été demandés à Sony.

Les prêtres ? Ils ne vous demandent pas de l'argent en tant que tel pour payer leur service ! Ils vous demandent d'inscrire des messes par exemple, en sachant que chaque messe c'est deux mille. Et il vous dit par exemple qu'il faut inscrire cent messes ! Cent messes fois deux mille on est facilement à quoi ? Deux cent mille ! Vous voyez un peu et puis il y a tout un matériel, des huiles, des savons, des bougies, bref plein de truc qu'on a à l'église catholique là pour ces messes-là. Donc c'est ça. En fait c'est ça qui coûtait vous ne payez pas le service du prêtre, mais vous inscrivez les messes, vous achetez le matériel donc c'est ce genre de coût chez les prêtres.

Chez les pasteurs aussi, c'est à peu près le même genre de procédé. C'est vrai que je suis allée chez un pasteur, une femme pasteur d'une église réveillée [expliquer ce que cela signifie] qui a dit, elle a carrément demandé... elle c'était une offrande, voilà ! Il fallait faire une offrande et que le montant de l'offrande devait être... ? À la hauteur de l'envie ! (Rire) (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

La procédure de tarification par certains soignants religieux peut s'apparenter à ce qui est fait au niveau de la médecine traditionnelle, c'est-à-dire que le choix du montant à payer est laissé à la discrétion de la participante. Mais avec ce sous-entendu qu'une somme réduite correspondrait à une envie réduite d'avoir des enfants, le manque de succès par la prière est la responsabilité de la femme et de l'insuffisance de son offrande.

La confession religieuse à laquelle appartiennent les soignants n'entre pas en ligne de compte puisque la situation d'infertilité exige de chercher des explications et des solutions partout où elles sont disponibles.

B. Parcours étiologiques de l'infertilité au Cameroun

Les étiologies façonnent l'expérience des situations d'infertilité dans le sens où elles sont à la base de la formulation d'un diagnostic et d'une explication sur la situation. Les propos des femmes qui participent à cette étude permettent d'identifier trois ordres explicatifs de l'infertilité. Il s'agit des dysfonctionnements du système reproductif associés à des problèmes physiques; de la sorcellerie et de l'intervention de forces naturelles malfaisantes; et enfin des situations dont les étiologies restent inconnues ou incomplètes.

Les maladies du système reproductif

Les étiologies qui reposent sur les maladies du système reproductif renvoient à l'existence d'un diagnostic médical de l'infertilité. Ce diagnostic s'appuie majoritairement sur la biomédecine, mais aussi sur la médecine traditionnelle et la médecine religieuse. En

mettant de l'avant les dysfonctionnements du système reproductif, les diagnostics ici s'inscrivent sur le corps, et le placent au centre de la recherche de solutions.

Plusieurs participantes mentionnent ainsi des fibromes, des kystes, des myomes, des problèmes de trompes bouchées, des problèmes hormonaux, qui se déclarent à des moments différents du parcours de vie.

Elle [la maladie] se déclare, c'est-à-dire le syndrome des ovaires polykystiques, j'étais en deuxième année donc c'était en 2009-2010 si je ne me trompe pas. Donc, ça commence parce que c'est une maladie qui commence d'après ce que j'ai lu sur Internet... par une forte éruption cutanée, tu prends du poids, tu fais de l'acné, tu as des bouffées de [chaleur]... bref plein de petits trucs. (Hélène, 31 ans, mariée, 2 enfants)

Pour Hélène, les kystes se sont déclarés dans sa vingtaine, et s'accompagnent de symptômes hormonaux et physiques. Tandis que pour Gina, les kystes se sont déclarés lorsqu'elle avait 16 ans, et se sont étendus jusqu'aux trompes et les ont détruites.

J'ai eu un problème de kyste à l'âge de 16 ans. Oui, à 16 ans on a découvert que j'avais un kyste ovarien, que le kyste avait déjà détruit mes trompes. Donc c'est ce qui a fait en sorte qu'il fallait... l'opération, parce que moi je ne savais pas. Arrivée à l'hôpital, ... on a fait un diagnostic où j'ai le kyste, et il fallait opérer. (Gina, 31 ans, en couple, 1 enfant)

Pour d'autres participantes comme Nina et Prisca, les kystes se déclarent à peu près lorsqu'elles sont dans leur trentaine.

Bon, je m'inquiète... tout commence banalement par une visite hein ! C'est que j'ai des douleurs au bas ventre là, et je vais à une consultation gynécologique, on découvre que j'ai un kyste ovarien. (Nina, 44 ans, mariée, sans enfant)

Après on a vu que ce sont les kystes, ce sont les myomes. Et puis on m'a opérée la première fois, puisqu'on a dit que c'était à l'entrée même de l'utérus. Puisqu'avant là quand je faisais les rapports je me sentais mal, on a dégagé le myome. (Prisca, 50 ans, mariée, sans enfant)

Prisca et Nina ont rencontré des médecins pour des symptômes autres que le kyste en lui-même et à la suite des examens à l'hôpital, ont obtenu le diagnostic. Cependant, le diagnostic de kyste est perçu comme étant incomplet car bien que la cause de l'infertilité ait été identifiée, il n'y a pas de raison qui explique la survenue du kyste en lui-même. Le parcours étiologique se poursuit donc, et c'est ainsi que Prisca mentionne un curetage qu'elle a subi, et qui serait la cause de son infertilité.

Hum j'avais suivi... je crois on appelle ça quoi là ? Un curetage ! Oui, j'ai fait un curetage et après ça peut-être ... long alors sans concevoir, c'est comme ça que ça a dégénéré. (Prisca, 50 ans, mariée, sans enfant)

Toujours dans cette tentative d'expliquer la survenue des kystes ou des myomes, il est arrivé à Émeline de penser que l'explication du développement des myomes résidait dans son manque d'activité sexuelle.

Oui ! Oui parce que je me suis dit, peut-être c'est pour ça que les myomes se sont formés parce que je n'ai pas eu d'activité sexuelle, j'ai... j'ai mon premier rapport sexuel à 24 ans (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Ainsi, au-delà du diagnostic qui explique l'infertilité, il y a un besoin de comprendre la survenue même du dysfonctionnement. Cette recherche d'explication conduit donc les participantes à parfois mobiliser des registres explicatifs qui combinent plusieurs médecines.

Sorcellerie et intervention de forces surnaturelles malfaisantes

La sorcellerie fait partie des étiologies qui sont très souvent mobilisés au Cameroun en ce qui concerne plusieurs maladies, dont l'infertilité. Ces étiologies permettent de déplacer la responsabilité de l'infertilité vers une entité extérieure au corps, qui exerce sur lui une force malfaisante. Dans l'expérience de l'infertilité, le corps n'est plus uniquement un outil de reproduction imprévisible, mais une victime des actions des sorciers. Dans certains cas, les participantes elles-mêmes soupçonnent que leur cas est lié à l'intervention de forces surnaturelles malfaisantes, et dans d'autres cas, elles en sont convaincues par des membres de leur famille ou des soignants traditionnels.

Avant même de faire diagnostiquer son infertilité à l'hôpital, Gina mentionne avoir pensé à une explication d'ordre mystique par rapport à sa situation.

(...) avant d'aller à l'hôpital quand même, pour faire l'échographie, je me posais déjà les questions, je perdais le poids. Je ne savais pas ce qui n'allait pas ! Je me disais que c'était un truc mystique. (Gina, 31 ans, en couple, 1 enfant)

Le récit de Gina permet de renforcer l'hypothèse selon laquelle les différents registres explicatifs ne sont pas mutuellement exclusifs. C'est ce qui explique que la participante soupçonne une intervention mystique, mais se rend à l'hôpital. Une intervention surnaturelle a des conséquences qui peuvent être constatées à l'hôpital, de même que des

problèmes biologiques peuvent trouver solution dans des traitements traditionnels. Je reviens sur cette hypothèse plus bas dans les parcours thérapeutiques.

Comme Gina, Émeline soupçonne une intervention mystique dans son infertilité. Ce soupçon repose sur la recrudescence d'infertilité dans la famille de la participante, situation qu'elle envisage comme étant anormale.

À un moment même j'ai pensé à la sorcellerie (Rire) Parce que ma demi-sœur aussi s'est mariée elle a fait cinq ans ? Son fils a deux mois aujourd'hui, son premier fils. ... et comme on est liées c'est ma demi-sœur, ... on a traversé cela ensemble. C'est en 2015 aussi qu'elle s'est mariée on était dans la joie ! ... et elle aussi s'est mariée vierge. Elle aussi a eu (Rire) les problèmes de myomes. On a commencé à se demander ... est ce qu'on ne nous a pas lancé ça au village ? (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Ainsi, même si elle ne se sent pas personnellement visée par une attaque de sorcier, elle a l'impression qu'il y aurait une malédiction qui pèse sur sa famille.

Pour d'autres participantes la piste de l'intervention d'un sorcier est suggérée après la consultation de traitants tradipraticiens. Ceux-ci tendent à identifier une personne proche de l'entourage de la participante qui, par des rites, aurait réussi à empêcher sa fertilité.

Du coup, elle [la tradipraticienne] m'a dit que c'était mystique, que c'était la coépouse de ma maman qui avait pris mes garnitures [serviettes hygiéniques usagées] et puis elle a fait sécher au grenier pour sécher mes règles et tout ça... (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

Bertille a eu recours à deux praticiens différents, qui ont identifié la seconde épouse du père de la participante comme étant la responsable de la situation d'infertilité. De la même manière pour Queen, c'est l'une de ses tantes qui aurait provoqué sa situation d'infertilité selon les tradipraticiens qu'elle a consultés.

Mais il y a eu quelques personnes [des tradipraticiens] qui ont eu à dire avant même le traitement, que c'est la femme de mon oncle qui a eu à me faire ça [qui a jeté un sort d'infertilité] et qu'ils vont pouvoir débloquer [défaire le sort d'infertilité].
(Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

Ces étiologies liées à l'intervention d'un être malfaisant viennent compléter celles liées au dysfonctionnement du corps, généralement mobilisées par la biomédecine. Mais malgré cette possibilité de combiner plusieurs sources d'information, pour plusieurs des participantes, la cause de l'infertilité reste inconnue ou l'explication qui est proposée semble insatisfaisante.

Alors que les registres traditionnels et religieux proposent systématiquement des étiologies de l'infertilité, la biomédecine reste souvent muette lorsque les participantes recherchent un diagnostic.

En l'absence de diagnostic, l'itinéraire de soin est un tâtonnement et le parcours étiologique s'étend dans le temps. On voit apparaître une autre dimension imprévisible de l'infertilité, car la recherche d'explication introduit des sous-conjonctures dans le parcours thérapeutique, avec des moments de sous-crisis lorsqu'aucune explication de l'infertilité n'est trouvée. En l'absence de responsable identifié pour l'infertilité, le rapport au corps reste très présent, il devient la cible principale de formulation d'explications et de soins.

Ainsi, plusieurs participantes n'ont jamais eu de diagnostic biomédical malgré le nombre important d'examen médicaux qu'elles ont subis.

Donc on a fait ça, (...) on a encore refait les examens ; tout était encore négatif. Le médecin m'a dit que je n'avais rien, que j'avais tout pour concevoir, mais il ne savait pas pourquoi je ne concevais pas. (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

On part à l'hôpital, le médecin voit les examens, le médecin dit qu'ah il n'y a pas de problème ce n'est pas une cause d'infertilité. C'est vrai il a une anomalie, mais ça ne peut pas être une cause d'infertilité donc je ne peux pas vous dire que c'est à cause de ça que vous n'avez pas d'enfant et tout. (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

Cette absence de diagnostic a des effets différents sur les femmes en termes d'expérience de l'infertilité. Laura comprend que ce n'est pas sa faute, ce qui l'aide à faire face au poids émotionnel de l'infertilité en lui évitant de s'auto culpabiliser.

Bref moi je n'ai pas été déclarée stérile hein ! Je n'ai pas été déclarée à l'hôpital comme stérile, mais je n'ai pas pu avoir d'enfant. ... c'est que, moi à la base, le médecin m'avait dit, ne te stresse pas, tu n'as aucun problème d'infertilité. Ça va venir, faut pas ... que tu te bloques la tête, ne te mets pas ça comme maintenant une barrière que l'enfant, l'enfant. Parfois c'est quand on se met trop de stress que l'enfant ne vient pas, donc comme il m'avait déjà rassurée que j'avais aucun problème de d'infertilité donc moi je me suis dit, ce n'est pas ma faute. (Laura, 40 ans, mariée, sans enfant)

Ainsi, l'absence de diagnostic biomédical Laura, dont le mari a des enfants, n'est pas infertile, mais rencontre des problèmes de fertilité qui l'empêchent de devenir mère. Ce qui signifie que bien qu'elle n'ait pas d'enfant, la fécondité ne lui est pas déniée, elle a donc un certain degré de normalité aux yeux de son entourage.

Mais, pour d'autres femmes telles que Diane et Nina, le manque d'explication alourdit l'expérience de l'infertilité en ajoutant à l'imprévisibilité l'inconnu de la situation. L'infertilité est alors une source d'incompréhension et de détresse émotionnelle pour les

femmes qui ont mené leur parcours de vie en conformité avec les normes sociales ou religieuses de leur entourage.

Je ne me reproche de rien, Je n'ai pas mené une vie désordonnée, pourquoi c'est à moi que ça arrive ?
(Nina, 44 ans, mariée, sans enfant)

Et on est faible face à ça. Moi j'ai toujours été quelqu'un, j'ai été à l'école très brillante, j'ai toujours eu ce que je voulais, tu vois un peu ? Mais là c'est la seule chose que j'ai voulu et que je n'ai pas pu avoir. C'est au-dessus de toutes mes forces. Tu comprends un peu non ? Donc c'est quelque chose que je ne peux pas commander, je ne peux pas étudier et avoir, je ne peux pas travailler et avoir. (...) Parce que moi-même je ne m'explique pas pourquoi je n'arrive pas à avoir d'enfant. Parce qu'il y a beaucoup de causes à l'infertilité. Il y a par exemple les erreurs de jeunesse. Si ça avait été à cause d'une erreur de jeunesse, j'en aurais voulu à la personne avec qui j'ai fait.... Bon c'est vrai qu'on est en partie toujours responsable, mais j'en aurais voulu peut-être à l'autre personne. Mais je n'ai pas ça. (Diane, 30 ans, mariée, sans enfant)

Pour ces femmes, il était donc important de connaître la source de l'infertilité ou une personne à blâmer, un élément sur lequel rejeter la responsabilité de la situation. En l'absence de diagnostic, les participantes vont multiplier les recours pour la recherche d'explication comme je l'explique plus loin dans ce chapitre.

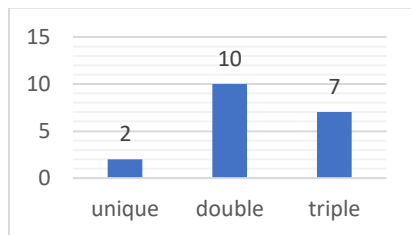
II. Itinéraires thérapeutiques de l'infertilité au Cameroun

L'étude du recours aux soins pour l'infertilité est révélatrice de logiques d'action multiples, façonnées par le parcours étiologiques, les diverses représentations sociales de la maladie, et par la disponibilité de ressources nécessaires à la mobilité thérapeutique. Ces ressources concernent à la fois le corps comme objet des traitements, mais aussi les ressources financières, institutionnelles et relationnelles qui façonnent la capacité d'une personne à se mouvoir au sein d'un système de soins. Ainsi, bien qu'il y ait un intérêt certain à faire une typologie des types de recours thérapeutiques, mon objectif est d'en faire sens, de comprendre comment s'effectuent les choix thérapeutiques et la manière dont ils s'inscrivent dans des relations sociales.

Fosso (2011) explique qu'au Cameroun, on observe souvent un pluralisme médical, et que le comportement des personnes s'apparente à du butinage. Le butinage médical correspond à des mouvements sinueux et complexes qui mobilisent les thérapies disponibles suivant des logiques qui sont propres aux personnes. À partir de l'analyse des discours des

participantes, il est ainsi possible de distinguer trois grands types de parcours thérapeutiques : ceux qui reposent sur une seule option retenue par la participante, sur deux ou sur trois options qui se combinent entre elles ou se succèdent (tableau 8). La question est alors de savoir jusqu'à quand la femme "laisse la chance" à la seule option retenue? À partir de quand décide-t-elle de recourir conjointement à une ou deux autres thérapies ou de renoncer à la première pour d'autres? Quelles conditions doivent être remplies pour ces nouveaux choix?

Tableau 8: Répartition des femmes suivant le nombre d'options retenues dans leurs parcours thérapeutiques



Source : constitué à partir de l'enquête de terrain

Ainsi, dans un univers pluriel tel que celui du Cameroun, le recours à un modèle thérapeutique n'implique pas nécessairement une renonciation ou un questionnement d'un autre modèle. Le fait que pour certaines femmes le parcours thérapeutique ne soit pas terminé au moment de l'enquête nourrit la pertinence de prendre en compte la question de la temporalité dans l'étude des parcours de vie. Je tente en effet d'analyser une situation qui ne s'étend pas sur parcours de vie au moment de l'enquête, le parcours de vie est en train de se construire et continue de se construire après l'enquête.

De plus, la mobilité thérapeutique se fait autant à l'intérieur d'une même option thérapeutique qu'en allant d'une option thérapeutique à l'autre. Cette partie identifie et analyse les types de recours thérapeutiques, toute en mettant en lumière la manière dont les expériences de traitements s'éclairent entre elles.

A. Premier type de recours : mobiliser une seule option thérapeutique

choisit Josée est ancrée dans des relations existant entre les femmes et leur belle-famille. Les choix de la participante peuvent donc être compris comme étant une stratégie à travers laquelle elle se constitue des alliés dans la famille de son mari. Dès lors, est-ce que la préférence de Josée pour la biomédecine s'inscrit uniquement dans un besoin de souscrire à l'avis de la belle-famille ? Ou est-ce une préférence personnelle ? La participante n'a pas de réponse à cette question.

Mais vraiment je ne suis pas très traditionnelle. Je ne sais pas si c'est peut-être parce que dans la belle-famille il y a des médecins et ils me disent qu'ils ne sont pas pour généralement. Parce qu'ils se disent toujours que voilà, ça peut soigner une maladie et en créer une autre, puis on ne sait pas quoi. ... Et puis au fond, quelque part aussi je dois avouer que c'est une version qui m'arrange parce qu'en toute honnêteté je déteste les remèdes traditionnels. Je trouve que ça sent fort, c'est dégueulasse, bref, j'aime pas. (Josée, 34 ans, mariée, 1 enfant)

En effet, les recommandations de la belle-famille de Josée la confortent dans son aversion pour le goût et l'odeur des potions traditionnelles. Ce récit permet par ailleurs de comprendre que le choix des options thérapeutiques tient aussi au niveau de confiance des femmes quant aux différentes thérapies. En effet, une des principales craintes formulées par rapport aux médecines traditionnelles concerne non seulement les goûts des potions, mais aussi l'impressibilité de leurs effets secondaires qui seront explorées plus loin avec les femmes qui ont eu recours à ces thérapies.

D'ailleurs, malgré son aversion pour les potions traditionnelles, la participante envisage des conditions dans lesquelles elle pourrait braver son aversion pour les potions traditionnelles et l'avis de sa belle-famille. Ces conditions tiennent essentiellement dans l'injonction de maternité multiple explorée au chapitre 1, et les compromis auxquels consentent les femmes pour répondre normes de reproduction.

Je ne suis pas encore à ce stade, donc je laisse la science faire les choses. Parce qu'ici c'est que quand on cherche l'enfant on boit tout, on mange tout, on fait tout ce qu'on dit. Il faut voir... tu es arrivée au stade où vraiment même si on te dit de boire les cacas il faut prendre. (Josée, 34 ans, mariée, 1 enfant).

Le récit de Josée permet de comprendre que certaines femmes multiplient les recours et les soignants dans une logique de « faire tout ce qu'il est possible de faire ». Ce qui signifie par ailleurs que l'issue des premières options thérapeutiques est un élément déterminant dans la transformation de la conjoncture vitale en crise. Et en cas d'échec des premières options de soin, le niveau de diversification des recours thérapeutiques peut être un

indicateur du début d'une crise, et de la perception qu'a une femme par rapport à l'irréversibilité potentielle de la situation.

Notons que le recours à une seule option thérapeutique ne signifie pas nécessairement qu'un seul soignant est concerné. La carrière thérapeutique mobilise alors plusieurs structures de soins, plusieurs spécialistes et professionnels de la même option comme c'est le cas pour Josée. La participante change de soignant en raison des sommes déboursées pour les traitements et l'absence de résultat, l'infertilité ici se caractérisant par une difficulté à avoir une descendance nombreuse.

Financièrement, il faut avouer que c'est quand même... c'est quand même un peu lourd surtout quand tu changes de médecin, tu arrives il faut... chacun te prescrit des examens, et les examens là... sont souvent assez chers ! La moyenne on va dire c'est dans les 30 mille, 15 mille, on te fait un bilan, ... c'est assez lourd après tu as des remèdes qu'on te prescrit, le plus souvent le remède c'est minimum 7 mille la boîte. Voilà ! (Josée, 34 ans, mariée, 1 enfant)

La lourdeur qu'exprime Josée représente un des dysfonctionnements de l'option biomédicale, et n'est pas uniquement en rapport avec le coût monétaire des traitements. L'attitude générale du personnel médical donne à la participante l'impression de ne pas recevoir le service pour lequel elle paye, puisqu'elle n'a pas d'explication sur les médicaments, ou sur sa situation d'infertilité.

Parce qu'il te prescrit un produit tu ne sais pas exactement quel est le rôle. Il te dit OK voilà un produit, on ne le vend qu'ici, je le fais venir d'Afrique du Sud, c'est un produit efficace et tout, la boîte c'est 25 mille ! Là comme ça subitement, il te prescrit deux boîtes Bam ! Tu dis bon, waouh ! Donc, après ça m'avait même un peu énervée, je crois que c'est ce qui m'a encore fait changer de gynécologue, je me suis dit voilà, ne faut pas profiter de... du fait que les gens cherchent pour... pour commencer à vendre n'importe quoi à des prix exorbitants ! (Josée, 34 ans, mariée, 1 enfant)

Elle estime que le personnel médical profite de sa détresse pour lui vendre des traitements dont elle n'a pas besoin, et ce sentiment l'a conduite à changer de gynécologue. La mobilité à l'intérieur d'une même option thérapeutique s'explique donc non seulement par l'absence de résolution de l'infertilité, mais aussi par les dysfonctionnements qui caractérisent ladite option.

Chez Kim, la question des coûts et du fonctionnement des options médicales se pose aussi, bien qu'avec des enjeux différents. J'ai catégorisé Kim dans le premier type de recours parce que malgré ses tentatives, elle n'a pas utilisé les services de l'hôpital. Son cas illustre les différences de classe entre les femmes, mais aussi les questions de genre dans la prise

en charge de l'infertilité par les formations hospitalières. De plus, ce cas permet d'explorer le propos de Grossetti (2004) sur les enjeux de la mobilisation de certaines ressources.

Tableau 10: résumé du calendrier thérapeutique de Kim

	Fausse couche (19 ans)				
Age	27 ans	28 ans	29 ans	30 ans	
Raison de consultation	Retards de règles sans grossesse	Symptômes de grossesse	Symptômes de grossesse	Symptômes de grossesse	
Options thérapeutiques	Biomédecine	Biomédecine		Médecine traditionnelle	
Outils de diagnostic				Consultation téléphonique	
Fréquence					
Diagnostic				Infertilité	
Thérapie				Potions à boire	
Lieu	Douala	Douala		Douala	
Cout		180-200 mille		5 mille	
Résultat					
Biodédecine					
Médecine traditionnelle					

Source : Récit d'expérience Kim, enquête de terrain.

L'expérience de Kim contribue à expliciter la place du parcours étiologique dans le parcours de soins et ses enjeux.

Kim a eu à 19 ans une première grossesse qui s'est soldée par une fausse couche. À la suite de cette grossesse, la participante n'a pas cherché à tomber enceinte. Elle utilisait la consommation de whisky après chaque rapport comme méthode de contraception, car dans l'imaginaire populaire au Cameroun, la consommation d'alcool immédiatement à la suite d'un rapport sexuel permet d'éviter une grossesse.

À 26 ans, elle fréquente une personne avec laquelle elle décide d'essayer d'avoir un enfant et arrête sa méthode de contraception. Elle réalise alors qu'une grossesse tarde à arriver, malgré le fait qu'elle ait souvent l'impression d'être enceinte. Elle décrit une absence de

règles, prise de poids, ballonnements, douleurs mammaires, nausées, fatigue. Le retour de ses règles et quelques de tests de grossesse négatifs conduisent la participante à commencer à planifier un parcours thérapeutique. Le tableau ci-dessus qui résume le parcours thérapeutique de Kim montre deux essais de recours à la biomédecine, et après un échec dans l'obtention des soins, le recours à médecine traditionnelle.

Bon, je suis allée à l'hôpital de Logbaba, j'ai expliqué à la dame que j'ai trouvée là-bas, bon elle m'a dit que généralement ça se fait quand on est en couple. Je lui ai dit bon c'est vrai... maintenant je ne pouvais pas facilement parler de ça avec mon compagnon ; comme tu vois je suis partie à l'hôpital, parce que moi je sais qu'il veut l'enfant, je me disais ça va un peu le refroidir, quand je vais lui dire que [je suis allée à l'hôpital]... tu vois un peu !... Donc je me suis renseignée encore à Santa Helena. À Santa Helena on me demande de venir toujours avec quelqu'un ! J'ai dit bon, maintenant je n'ai pas de copain. On m'a dit ce qu'il fallait que je paye c'était dans les 180 mille, personne seule, parce que quand vous êtes en couple, c'est 220 mille donc quand tu es seule c'est plus cher. (Kim, 30 ans, célibataire, sans enfant)

Les coûts financiers et relationnels des thérapies biomédicales sont hors de la portée de cette participante, et le fonctionnement même des établissements de soins d'infertilité est discriminatoire envers les femmes célibataires. Ainsi, puisque mobiliser l'hôpital de Logbaba à Douala revient à mettre en péril sa relation, elle décide de s'adresser à la clinique Santa Helena. À cette clinique, bien que la présence du conjoint ne soit pas exigée, cela permettrait de réduire le coût des services pour chaque membre du couple. Afin de réduire les coûts des examens médicaux, Kim tente de négocier en proposant des réaménagements dans le protocole.

Bon j'ai dit à la femme-là que je vais d'abord privilégier certains examens, elle m'a dit non ce n'est pas comme ça quand tu viens tu fais tout ce n'est pas comme ça ! Donc du coup... ça ce sont les choses de l'année passée, j'ai laissé. (Kim, 30 ans, célibataire, sans enfant)

L'échec de cette tentative de négociation oblige la participante à renoncer à l'option biomédicale de soins.

Dans cette expérience, l'hôpital est une ressource institutionnelle dans la prise en charge de l'infertilité. Le conjoint est une ressource facilitant la mobilisation de l'hôpital sur le plan institutionnel puisque sa présence est parfois exigée. Il est aussi une ressource financière, car sa présence peut réduire les coûts de l'hôpital, et il peut aussi être un soutien financier pour la participante qui a des revenus modestes et fluctuants. Le conjoint est par ailleurs une ressource sociale à travers laquelle le mariage et la reproduction peuvent être accomplis. Le choix de Kim de renoncer à l'option biomédicale est le résultat d'un

arbitrage entre les risques et les bénéfices encourus en mobilisant les ressources disponibles. Elle ne peut pas compter sur le soutien financier du conjoint sans lui expliquer sa situation, et elle ne peut pas s'offrir les services de l'hôpital sans en parler à son conjoint. Ces stratégies d'union sont explorées dans le chapitre 7.

Kim se tourne donc vers une option de traitement qui n'implique ni le conjoint, ni un investissement financier conséquent.

Bon maintenant j'ai croisé... j'ai vu une maman là, la mère d'une copine elle fait les traitements dans ça, elle m'a dit... parfois c'est le stress, parfois tu penses trop, parfois tu vas rester avec un homme deux ans trois ans il n'y a pas de retard, Bon ce qu'on va faire c'est qu'il faut essayer [le traitement] indigène. Le traitement de l'indigène est programmé pour le mois qui commence là donc la semaine prochaine, je vais commencer le traitement indigène. (Kim, 30 ans, célibataire, sans enfant)

Finalement, elle décide d'avoir recours aux services d'une guérisseuse qui utilise la médecine naturelle³⁸, notamment des traitements à base de plantes. Conseillée par son amie, elle prend la décision de consulter une naturopathe, ce qui s'observe souvent lorsque les personnes recourent aux services des tradipraticiens.

Finalement, le recours unique est le résultat d'un arbitrage entre les coûts financiers et relationnels induits par les soins proposés, et les opportunités de traitements. Par ailleurs, l'itinéraire thérapeutique est façonné par les logiques liées au désir d'enfant et par la perception qu'a la participante de la durée de la situation d'infertilité, ainsi que par les réactions des membres de l'entourage au travers desquelles s'expriment les enjeux de reproduction rattachés à la situation particulière des participantes. Dans le cas de José, le recours unique s'expliquerait par le fait que la participante est mère. De plus, elle est mariée et ni son conjoint, ni sa belle-famille ne portent de stigmatisation quant à son impossibilité avoir une descendance nombreuse. Dans le cas de Kim qui a 30 ans, le manque d'accessibilité financière et sociale des options biomédicales expliquent le recours unique. Pour les femmes de la même tranche d'âge ou celles plus jeunes — ou encore pour les femmes à durée pratiquement similaire dans l'infertilité — on voit que le devoir ou la

³⁸ L'offre de médecine naturelle au Cameroun s'est transformée avec les réseaux sociaux. Sur Facebook, deux pages sont parmi les plus célèbres, qui partagent souvent des témoignages anonymes de femmes ayant eu des enfants grâce à leurs traitements. <https://www.facebook.com/rubyarimelfertilite> et <https://www.facebook.com/Seulement-Les-Temoignages-Sur-La-Fertilite-By-Octavie-Mireille-1937506739846909> en sont des exemples.

récompense sociale liée à l'enfantement conduit à une diversification plus rapide des recours thérapeutiques.

B. Second type de recours : mobiliser deux médecines

Dans quelles conditions est-ce les femmes décident de diversifier les types médecines et de thérapies pour l'infertilité ? Quels éléments les conduisent à effectuer cette diversification ? Et quelles options sont privilégiées dans ce sens ? Dix des participantes mobilisent deux options thérapeutiques, soit de manière simultanée, soit les unes à la suite d'autres.

Comme mentionné précédemment, la mobilité thérapeutique s'explique souvent par le niveau de satisfaction de la participante par rapport au service qu'elle reçoit, ou en raison du fait que la situation d'infertilité perdure. De plus, on observe d'autres occasions de mobilités qui s'expliquent par les réactions du corps face aux traitements, ou encore par des changements dans le parcours matrimonial des femmes.

Bertille est une mère célibataire d'un enfant. Pour elle, la diversification des soignants s'explique par une insatisfaction face aux soins de la biomédecine. Certains soignants entretiennent un flou autour des propositions traitements et de la justification de la tarification.

Dans le cas de Bertille, le fait de dissimuler une partie des informations sur les examens et les soins qu'elle reçoit, bien que visant à la calmer et à limiter son stress développe une certaine anxiété chez la participante ce qui la conduit à changer de médecin.

Il a fait le frottis. Ça je ne connaissais pas. Je me rappelle qu'étant couchée là, j'ai demandé à une dame là. Elle m'a dit que je ne suis pas supposée savoir, que ça va me faire peur. Mais j'ai tout fait, elle m'a dit. Et justement, j'ai commencé à paniquer. Frottis waouh ! En fait elle m'a expliquée que le cancer du col de l'utérus, on devait voir si j'avais ça. J'ai commencé à paniquer et tout ça. (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

Cependant, ce n'est pas l'unique raison qui explique son changement de médecin. En effet, comme le montre le tableau ci-dessous, certains événements du parcours de vie affectent la recherche le soin. La participante a dû déménager pour le travail, ce qui l'oblige à faire appel à d'autres professionnels. Par ailleurs, le coût élevé de la biomédecine est endossé

par le conjoint, ce qui signifie qu'une séparation entraîne des bifurcations dans la carrière thérapeutique.

Bon avec le père de mon fils il a géré ça financièrement, mais après ça il n'était pas aussi facile, moralement ce n'était pas trop ça. Il avait des mots bizarres qu'il m'avancait. Un jour il m'a dit qu'il a gaspillé son argent pour rien et tout ça. (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

Le père du premier enfant et conjoint de Bertille a donc un comportement stigmatisant et finit par mettre fin à la relation, malgré une prise en charge complète des coûts des traitements. Ce qui souligne la pertinence de séparer analytiquement les questions liées à la participation financière du conjoint, de celles de son attitude générale face à l'infertilité.

Tableau 11: résumé du calendrier thérapeutique de Bertille

	Premier enfant et fiançailles			Séparation du père du premier enfant					
			Déménagement à Yaoundé pour le travail						
Age	21 ans	23 ans	24 ans	26 ans	28 ans	30 ans	31 ans		
Raison de consultation		Arrêt des règles	Arrêt des règles et infertilité	Arrêt des règles et infertilité	Arrêt des règles	Infertilité	Infertilité		
Options thérapeutiques		Biomedecine (visite médicale)	Biomedecine (gynécologue)	Biomedecine	Medecine traditionnelle	Medecine traditionnelle	Biomedecine	Medecine traditionnelle	Biomedecine
Outils de diagnostic		Examens laboratoire	Consultation, échographie, frottis, prise de sang		Consultation	consultation, sel, cornes d'animaux,		consultation, sel, cauris	
Fréquence		unique	bimensuelle		Unique	Unique		Unique	
Diagnostic		Chlamydia	Aucun	Aucun		Infertilité causées par la coépouse de la mère qui aurait sécher les serviettes hygiéniques usagées de la participante dans un grenier. Conséquence: absence de règles		Infertilité causées par la coépouse de la mère	
Thérapie		traitement medicamentueux	Médicaments	Traitement de fertilité	Traitements et nettoyages	Potions à boire	Medicaments	Potions à boire	Medicaments
Lieu		Bafoussam	Bafoussam	Yaoundé	Akono (Vers Ngoumou)	Mbouda	Yaoundé	Mbouda	Yaoundé
Coût		Gratuit (ami medecin)	200 - 250 mille	400-500 mille	Payement après la naissance de l'enfant, le patient choisi le montant	Smille le bidon de 5 litres		Smille le bidon de 5 litres	
Résultat		Pas de retour de règles	Retour épisodique des règles						
Biomedecine									
Medecine traditionnelle									

Source : Récit d'expérience Bertille, enquête de terrain.

Comme le montre ce tableau, Bertille a recours à la biomédecine jusqu'à ses vingt-sept ans environ. La séparation avec le père de son premier enfant induit pour elle une perte de capital, et la participante se tourne vers la médecine traditionnelle qui est moins coûteuse. Deux ans plus tard, elle rencontre une personne qui accepte de la soutenir financièrement dans la recherche de solution, et elle recommence le recours à la biomédecine.

Au moment de ma rencontre avec Bertille, elle fait une pause dans les traitements en raison d'une fatigue liée à ceux-ci. En effet, plusieurs femmes s'expriment sur les sollicitations et les effets des traitements sur leur corps. Pour elle, le sentiment de fatigue tient à cette nécessité de présence constante à l'hôpital, et aux nombreuses manipulations du corps que nécessitent les soins contre l'infertilité.

Après ça, j'ai arrêté, j'ai dit stop, c'était bon. J'étais fatiguée des médicaments, et je prenais les médicaments tout le temps, et il me faisait les échographies tout le temps et les examens.... J'ai tellement pris de médicament que j'ai dit « aka » je suis même fatiguée. (...) Oui j'ai bu plus de 20 litres de médicaments [traditionnels], au point où je disais même que si j'accouche, l'enfant, il sera vert. (Bertille)

Le parcours thérapeutique s'inscrit donc aussi dans le rapport que les femmes entretiennent avec leur corps. La sur-médication crée chez Bertille cette idée d'altération du corps qui est contre-productive car même si cette dernière donnait naissance à l'enfant, ~~cet enfant~~ souffrirait de l'altération du corps de sa mère.

De même, comme l'explique Mona, la fatigue provient de la prise de médicament et d'une sensation d'épuisement du corps face à la prise répétée de médication.

Un naturopathe, deux naturopathes, trois naturopathes ! À 28 ans j'ai dit à ma mère que, maman tu sais quoi ? Je suis fatiguée, même mon organisme est fatigué des médicaments. Je ne fais plus rien de rien. (Mona, 33 ans, en couple, sans enfant)

De la même manière, Laura mentionne à la fois la fatigue liée à la prise de médicaments, mais aussi la dénaturation du corps en machine à laquelle s'ajoute une incompréhension face à la trahison de ce corps qui n'obéit pas, qui ne réagit pas dans le sens souhaité par la participante malgré tous ses efforts.

On m'a mis sur médicament, je prenais les médicaments je faisais ceci, mais ça ne marchait pas ! A un moment donné, j'étais fatiguée je me disais que, mais, ... pourquoi est-ce que moi je dois souffrir pour avoir l'enfant comme ça ! Alors qu'il y en n'a ce n'est pas compliqué ! Pourquoi mon corps est si compliqué que ça ? Donc, à un moment donné ça m'a découragé, ça m'a attristé, j'ai dit que je ne fais plus ! A un moment donné tu as seulement l'impression que tu es un appareil, on vient seulement on te manipule partout, ça me fatigue. A un moment donné j'ai arrêté tout ça ! A un moment donné j'ai été découragé aussi parce que ça me fatiguait de passer mon temps à l'hôpital ! (Laura, 40 ans, mariée, sans enfants)

Ainsi la fatigue dans la recherche de solutions à l'infertilité induit pour les participantes un arrêt des traitements ou du moins, une réévaluation des soins et une classification de ces derniers par rapport à ce que le corps peut supporter.

Le récit de Bertille est par ailleurs exemplaire des mobilités internes que font les participantes en recherche de solutions par différents soins. Lorsqu'une participante est dans la même ville, la mobilité consiste à se déplacer dans un quartier différent afin de rencontrer des fournisseurs de soins. La mobilité peut aussi se faire dans la même province et la participante va rencontrer le fournisseur dans une ville différente (par exemple Yaoundé vers Akono, région du centre, environ quatre heures de route). Ou encore, la mobilité peut se faire entre des régions différentes et occasionner de longs et coûteux déplacements (Yaoundé vers Mbouda, centre vers l'ouest, environ six heures de route).

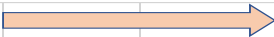
Dans le cas de Prisca, les déplacements liés à la recherche de solutions de procréation ont pour raison le coût des traitements qui sont réputés moins chers.

Donc je suis allée chez « Chantou » [centre mère-enfant Chantal Biya] on dit qu'à Yaoundé il y a un centre là, pour les bébés éprouvettes et autres. Ici [Douala] c'était même un peu trop cher ! Je suis allée à Yaoundé, ...le processus est tellement long.

Sans savoir que le processus là-bas est long ! ... parce-que j'ai trouvé des femmes là-bas qui sont à 3 ans, 4 ans 5 ans (Rire) et qui sont là-bas depuis plusieurs années hein ! (Prisca, 50 ans, mariée, sans enfant)

Prisca se rend compte que bien que les cliniques de Douala soient plus onéreuses que celles de Yaoundé, les temps d'attente y sont aussi moins longs. Les restrictions liées à la COVID-19 ont prolongé les temps d'attente dans les structures de PMA à Yaoundé qui contrairement à Douala, sont reliées au système de santé publique. Ainsi, l'expérience de Prisca montre que les caractéristiques institutionnelles des différents services vers lesquels les participantes se tournent orientent leurs choix en fonction de leurs moyens et de leur motivation.

Tableau 12: résumé du calendrier thérapeutique de Prisca

	Mariage							
Age	20 ans	28 ans				49 ans	50 ans	
Raison de consultation	curetage	Constat d'infertilité	Douleurs pendant les rapports sexuels	Constat d'infertilité	Projet de PMA	Projet de PMA	Kystes	
Options thérapeutiques	Biomedecine	Biomedecine	Biomedecine	Biomedecine/ médecine traditionnelle	Biomedecine/ médecine traditionnelle	Biomedecine/ PMA	Biomedecine	
Outils de diagnostic			Echographies /consultations	Echographies /examen des trompes/ consultations	Echographies /examen des trompes/ consultations	Bilan de santé, examen de l'endomètre	Echographies /consultations	
Fréquence	unique	multiple	multiple	multiple	multiple	Cyclique (cycle menstruel)	unique	
Diagnostic			Kystes Ovariens	trompes obstruées	Repousse des kystes		Repousse des kystes	
Thérapie			Intervention chirurgicale d'ablation des Myomes	Intervention de desobstruction des trompes et médication/ Prise de potions à base de plantes	Intervention de desobstruction des trompes et médication/ Prise de potions à base de plantes	Médication		
Lieu	Douala	Douala	Douala	Douala	Douala	Yaoundé	Douala	
Cout		30 mille	200 mille	245 mille	250 mille (4 millions demandés)	150 mille (2 millions demandés)		
Résultat	Interruption de grossesse		retrait des myomes	retrait des myomes	retrait des myomes			
Biodemedine								
Medecine traditionnelle								

Source : *Récit d'expérience Prisca, enquête de terrain.*

Dans notre entrevue, elle ne situe pas le moment exact du recours à la médecine traditionnelle, mais mentionne qu'elle soupçonne celle-ci d'être responsable de la repousse des myomes malgré les opérations d'ablation. Elle décide d'éliminer cette option thérapeutique afin de retourner uniquement à la médecine biomédicale et en faisant confiance à la science.

[En ce qui concerne les potions des thérapies traditionnelles] Oh, mais j'ai tellement bu hein ! Jusqu'à ce que je me suis même demandé est-ce que ce n'est pas ça qui développait mes myomes ? ... Bon je préfère suivre la voie de la médecine moderne, c'est comme ça que je suis allée à Yaoundé... [En ce qui concerne les médecines traditionnelles] Est-ce qu'ils ont souvent les diagnostics là-bas ? Tu viens seulement, on dit il y a telle chose de la tradition... il y a ci, et tout ça là, même ce que tu ne connais pas on va seulement raconter. Bon j'ai bu ce que je pouvais boire là-bas ! J'ai bu ce que je pouvais boire et puis bon ! J'ai trouvé qu'il vaut mieux vers la science, la science moderne quoi ! (Prisca, 50 ans, mariée, sans enfant)

Prisca mentionne le fait que même en l'absence d'un diagnostic, les soignants de la médecine traditionnelle font des tentatives pour lier la situation d'infertilité, avec considération d'ordre surnaturelle. Ce qui, chez elle, crée une certaine méfiance par rapport

à cette option thérapeutique, d'autant plus qu'elle a une préférence pour la médecine moderne. De plus, même si certains traitements traditionnels et les traitements biomédicaux se font en simultanément, la participante n'attribue pas à la médecine biomédicale la responsabilité de la repousse des myomes. Au contraire, elle fonde ses espoirs sur la science qui, comme elle dit, est venue apprendre que peu importe l'âge, une femme, peut tomber enceinte. C'est la médecine traditionnelle qui se trouve remise en question dans la manière de poser les diagnostics, les explications de la maladie et les effets secondaires des traitements.

C. Troisième type de recours : mobiliser trois médecines

Que signifie recourir à toutes les options de soins disponibles ? Comment est-ce que ce troisième type de recours éclaire sur les deux précédents ?

Certaines femmes font appel à la biomédecine, la médecine traditionnelle, et la médecine religieuse. En faisant recours à toutes les thérapies, le but est de saisir chaque opportunité de résolution de l'infertilité. L'ordre dans lequel apparaissent les options et les durées pendant lesquelles les participantes y ont recours dépendent non seulement de l'univers socio religieux de la femme, mais aussi de ses capacités financières.

L'enjeu pour Carine est celui de mettre au monde un enfant vivant. Elle n'a pas de difficulté à tomber enceinte, mais elle fait des fausses couches.

Tableau 13: résumé du calendrier thérapeutique de Carine

Age	23 ans	24 ans	26 ans	28 ans	31 ans	
Raison de consultation	1ère grossesse	2nde grossesse	3ième grossesse	4ième grossesse	5ième grossesse	
Options thérapeutiques	Biomedecine (visite médicale)	Biomedecine (gynécologue)	Biomédecine/ Medecine religieuse	Biomédecine/ Medecine religieuse	Biomédecine/ Medecine religieuse	
Outils de diagnostic	Examens de laboratoire	Examens de laboratoire	Examens de laboratoire/ discussions avec des leaders religieux	Examens de laboratoire/ discussions avec des leaders religieux	Examens de laboratoire/ discussions avec des leaders religieux	
Fréquence	unique	unique	unique	Unique	Unique	
Diagnostic			Vie en concubinage, IVG	Vie en concubinage, IVG	Infections urinaires/ vie en concubinage, IVG	
Thérapie		Interruption volontaire	Protocol medicamenteux	Protocol medicamenteux	Cerclage, suivi rapproché de la grossesse	
Lieu	Yaoundé	Yaoundé	Yaoundé	Yaoundé	Yaoundé	
Coût (mensuel en CFA)	20 mille	20 mille	20 mille	20 mille	100-150 mil	
Résultat	Fausse couche	Arrêt de grossesse	Fausse couche	Fausse couche tardive	Accouchement prématuré et décès de l'enfant	
Biodemedicine						
Médecine religieuse						
Medecine traditionnelle						

Source : *Récit d'expérience Carine, enquête de terrain.*

Ce tableau montre que la participante a privilégié la biomédecine comme première option de soins. À mesure que l'infertilité s'étend dans le temps, elle y ajoute la médecine religieuse, puis la médecine traditionnelle. Pour chaque option de thérapie, on observe aussi que la participante évolue en termes de coût. Plus la situation d'infertilité s'étend dans le temps, plus la participante mobilise des moyens financiers pour la recherche de solutions.

Pour la dernière grossesse, je devais être au quart de mon revenu. Avant c'était moins hein. J'étais à quoi 20 mille par mois donc tout frais compris avec les médicaments sauf échographie... (Carine, 31 ans, en concubinage, sans enfant)

Toutes les grossesses de Carine ont été suivies à l'hôpital. Mais pour la dernière en date, elle a pris beaucoup plus de précautions parce qu'elle connaissait ses antécédents en termes de santé. La participante est aussi une chrétienne catholique pratiquante, ce qui explique que le recours aux soignants religieux ait été une option thérapeutique.

Le pasteur oui j'ai marché hein. Je marche encore (rires). Je marche en espérant, je sais que mon moment va arriver. J'ai tellement voulu gravir en échelons de pasteur (recourir à des pasteurs célèbres, réputés) que... C'est l'autre-là [cette décision] qui est encore venu nous bouffer [nous prendre notre argent] correctement hein. Les dimes. On nous a fait les discours des dimes et des offrandes et des prémisses (Carine, 31 ans, en concubinage, sans enfant)

De même qu'avec l'option biomédicale, la prolongation de la situation d'infertilité a conduit la participante à vouloir recourir à des pasteurs réputés de plus en plus performants dans le traitement de l'infertilité. Or, ces pasteurs ont exigé des sommes de plus en plus importantes, exigeant la totalité du revenu mensuel du ménage comme moyen d'accéder à la guérison. Face à l'échec de la biomédecine et de la médecine religieuse, Carine rejoint ce que je décrivais plus tôt avec Josée, elle fait des compromis avec sa méfiance pour la médecine naturelle et commence à envisager d'y recourir.

Naturopathe je suis en train de commencer. Mon souci avec la médecine naturelle c'est que comme il n'y a pas beaucoup d'étude ce n'est pas précis quoi. Ça peut avoir guéri une personne, aidé par rapport à un problème précis, mais même si les symptômes se ressemblent, l'origine du problème n'est pas le même. Du coup bon... quelqu'un va dire oui moi j'ai pu être soigné là-bas, voici j'ai mon enfant, je suis tranquille. Mais toi ce n'est pas le même problème, peut-être que la personne avait une infection chronique. (Carine, 31 ans, en concubinage, sans enfant)

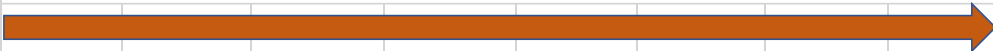
Bien qu'émettant des réserves sur l'efficacité des solutions proposées et sur leur adéquation par rapport au problème, Carine est donc disposée non seulement à solliciter toutes les propositions disponibles, mais surtout à investir toujours plus de moyens financiers. Ce qui rejoint la question des différences de classes entre les femmes et les inégalités face aux soins. J'ai mentionné le fait que certaines femmes doivent effectuer des déplacements pour la recherche de soins, notamment à l'intérieur du Cameroun. Mais d'autres femmes migrent internationalement sur le continent ou en dehors de celui-ci pour accéder à des soins perçus comme étant plus performants que ceux proposés au Cameroun comme c'est le cas pour Sony. En effet, Sony et son conjoint ont des moyens financiers conséquents, et peuvent

s'offrir des thérapies dans différents pays du monde. Le cheminement de la participante est un parcours thérapeutique en PMA, mais aussi un parcours étiologique espérant obtenir un diagnostic qui est plus positif que celui qui est proposé au Cameroun.

Tout ça a pris du temps parce qu'un médecin vous dit ça, vous partez rencontrer un autre parce que vous-vous dites que lui il aura peut-être autre chose à proposer, il vous dit exactement la même chose. Vous en rencontrez un autre, ainsi de suite dans les pays différents hein ! Ce n'était même pas au Cameroun ! L'Afrique du Sud, Belgique, Nigeria et Cameroun. C'était déjà pour avoir d'autres avis. Mais... on a fait les PMA au Cameroun et au Nigeria. (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

Cette recherche de diagnostic a eu pour effet de retarder le recours à la PMA, la participante m'explique par ailleurs qu'elle espérait rencontrer un médecin qui soit en mesure de l'aider à inscrire la reproduction dans certain degré de naturalité en évitant l'assistance médicale. Ce choix de Sony soulève la question du rapport des participantes à chacune des options médicales. Par exemple, on voit qu'alors qu'elles arrivent à lier la médication à une certaine naturalité du processus de guérison, ou bien à une certaine naturalité dans la reproduction, d'autres actes biomédicaux tels que la fécondation *in vitro* ou des opérations sont considérées comme non naturelles et parfois même hautement invasifs. Il faut noter que le rapport à une option médicale constitue un élément fondamental de la compréhension des parcours thérapeutiques. De plus, comme mentionné précédemment, on voit bien comment est-ce que la situation économique et matrimoniale d'une femme se tisse à ses choix thérapeutiques. En effet, certaines femmes telles que Queen, qui ont des moyens financiers limités n'ont pas la possibilité de saisir simultanément plusieurs options de soins et doivent donc faire des compromis.

Tableau 14: résumé du calendrier thérapeutique de Queen

	Mariage				Décès du mari			
Age	22 ans	25 ans	27 ans	30 ans	35 ans	40 ans	45 ans	47 ans
Raison de consultation	Infertilité	Infertilité	Infertilité	Infertilité	Infertilité	Infertilité	Infertilité	Infertilité
Options thérapeutiques	Médecine traditionnelle	Biomedecine/ médecine traditionnelle	Biomedecine/ médecine traditionnelle	Biomedecine/ médecine traditionnelle	Médecine traditionnelle	Médecine traditionnelle	Médecine traditionnelle	Médecine traditionnelle
Outils de diagnostic		Echographies/ consultations	Endoscopie	Echographies/c onultations	Consultations			
Fréquence	Multiple	Multiple	Unique	Multiple	Multiple	Multiple	Multiple	Multiple
Diagnostic	Intervention malfaisante d'une tante	Trompes bouchées	Trompes bouchées	Trompes bouchées	Trompes bouchées	Trompes bouchées	Trompes bouchées	Trompes bouchées
Thérapie	Lavages et potions	Intervention de soufflage dans les trompes	Intervention chirurgicale de perçage des trompes	médicaments/ potions	médicaments / potions/ prières	médicaments/ potions/ prières	potions	potions
Lieu	Dschang	Douala/ Dschang	Douala/ Dschang	Douala/ Dschang	Douala/ Dschang	Dschang	Dschang	Dschang
Cout (annuel)	30 mille	31 mille	500 mille	50 mil	50 mil	50 mil	15 mille	15 mille
Résultat	Inferilité	Inferilité	Impossibilité de déboucher les trompes	Inferilité	Inferilité	Inferilité	Inferilité	Inferilité
Biodemedine								
Médecine traditionnelle								
Médecine religieuse								

Source : *Récit d'expérience Queen, enquête de terrain.*

Comme expliqué dans le chapitre précédent, cette participante a eu des indices de son infertilité avant la rencontre avec son mari, mais a choisi de les ignorer en attendant d'être dans un foyer avec des rapports sexuels constants. Il y a donc une perception selon laquelle l'infertilité ne peut être pleinement constatée que dans le mariage, puisqu'il y a une régularité de relations sexuelles dans l'objectif d'avoir un enfant.

Après le constat de la situation d'infertilité, la première option qu'elle explore avec sa mère est celle des tradithérapeutes.

Bon du moins quand j'étais déjà dans le foyer [mariage traditionnel], quelques mois plus tard je me suis rendu compte que bon ça ne venait pas ! J'ai continué jusque-là sans succès. Bon c'est là où j'ai commencé à m'inquiéter ... ? Et ma mère aussi a commencé à me faire boire les potions indigènes là, donc elle m'a amenée chez les tradipraticiens, là j'ai eu à prendre les potions par ci par là. Mais jusque-là pas de suite, pas de solution vraiment fiable. Ce qui fait que j'ai pris ça pour longtemps ! Donc changer de tradipraticien, ce n'était pas seulement chez une seule personne. Je ne peux même pas compter le nombre de personnes que j'ai déjà eu à contacter pour cette histoire ! Jusque-là ça n'a pas abouti. (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

J'ai mentionné plus tôt dans ce chapitre que les tradithérapies sont les options les moins onéreuses. Conséquemment, pour des femmes aux revenus limités comme Queen, elles constituent le premier recours thérapeutique. Le manque de résultat conduit la participante à faire appel à plusieurs tradithérapeutes. Ce qui valide l'idée selon laquelle les déplacements à l'intérieur d'une option thérapeutique sont surtout motivés par l'efficacité des thérapies proposées.

Pour une femme comme Queen disposant d'un revenu limité, la présence d'un conjoint est déterminante dans les possibilités de multiplication d'options thérapeutiques. Ainsi, le type de relation qui existe entre la participante et le conjoint a un effet sur les possibilités de l'informer et de l'associer activement ou non au projet de recherche d'enfants. Nous reviendrons dans le prochain chapitre à ce contrôle de l'information, explicité par Goffman. Ce qui est important de noter ici, c'est le fait que les logiques du recours aux différentes options thérapeutiques n'obéissent pas uniquement à un besoin de résolution de l'infertilité, mais s'inscrivent aussi dans des logiques de relations de couple.

Et quand je me suis donc mariée, je me suis dit peut-être avec un homme à côté de moi ça va être facile. J'ai toujours eu à boire des remèdes, mais pas de succès. Et au finish lui-même il a engagé la procédure, je crois qu'on appelle endoscopie, donc les choses qu'on perce au niveau des trompes là ! Donc... on m'a opérée à l'hôpital Général, et à un moment donné ils ont dit ... qu'ils ont passé leur pince ça n'arrivait pas au niveau des trompes ! Que la médecine ne pouvait plus rien à ce niveau-là. Que je peux juste prier, comme Dieu est miraculeux, on ne sait jamais, il peut me bénir un jour. C'est comme ça que je sors encore de l'hôpital, après quelques mois je recommence encore je les produits, les produits jusqu'aujourd'hui là ! (Queen, 47 ans, veuve, sans enfants)

Ce n'est donc qu'après son mariage et par la volonté de son époux que Queen se tourne vers la biomédecine. Constatant que la médecine ne peut pas régler le problème de la participante, les médecins l'ont dirigée vers une thérapie religieuse, et dans le même temps elle a entrepris de retourner vers les tradipraticiens.

En effet, le recours à certaines thérapies se fait parfois par conviction, c'est-à-dire qu'une personne de confession chrétienne se tournera vers des pasteurs. Cependant, la nécessité de l'enfantement et la durée dans l'infertilité conduisent parfois à des compromis visant à taire les convictions pour faire recours à certaines thérapies. Dans ces cas, le recours à une option thérapeutique ne s'explique pas uniquement par la présence d'éléments permettant d'affirmer la viabilité de l'option, mais dans un objectif d'essayer tout ce qu'il est possible d'essayer, même lorsque cela va contre ses connaissances ou ses convictions personnelles.

En conclusion, le but de ce chapitre était de décrire et de faire sens des itinéraires thérapeutiques des citadines camerounaises en réponse à leurs expériences de l'infertilité. Les récits ont permis de comprendre que l'infertilité est un phénomène biologique, dont la gestion est ancrée dans des dynamiques sociales tant du point de vue des normes sociales et culturelles (rapports entre les femmes et les familles par exemple), qu'au niveau structurel (offre et fonctionnement des systèmes de santé au Cameroun).

En ce qui concerne l'accès aux soins, un des éléments qui façonne les possibilités d'accès aux soins pour les participantes est le fonctionnement, et surtout les dysfonctionnements liés aux options thérapeutiques qui créent des barrières et une grande méfiance de la part des participantes. De plus, la capacité des participantes à suivre ou non une thérapie est influencée par la manière dont elles se sentent par rapport à celle-ci, c'est à dire selon la manière dont le corps réagit. Plusieurs participantes expriment une grande fatigue et un malaise face à certains traitements. Par ailleurs, le choix du type de thérapie est conditionné par la perception qu'a la participante du temps qui passe. Elle adapte ainsi les thérapies en fonction de la perception qu'elle a du vieillissement traduit par les possibilités réduites de succès de la procréation naturelle.

La question financière couvre plusieurs aspects de l'accès aux soins. Elle est le socle sur lequel se fondent les inégalités entre les femmes devant les situations d'infertilité. Premièrement, elle est liée aux aspects de genre puisque la plupart des participantes dépendent financièrement de leur conjoint pour le paiement des frais relatifs aux soins. Ensuite, la question financière dépend du niveau de revenu de la participante elle-même, car il lui donne une marge pour pouvoir s'offrir des soins par elle-même, sans le concours du conjoint ou de d'autres membres de son réseau social ou familial. Enfin, compte tenu de la répartition géographique inégale de l'offre de soins, l'accès à une diversité d'options thérapeutiques engage des coûts liés aux déplacements internes ou externes réalisés par la participante.

Dans ce chapitre, la question des itinéraires thérapeutiques est donc indissociable des ressources auxquelles les femmes ont accès. Il s'agit des ressources affectives qui proviennent de la famille notamment qui lui donnent la force de chercher des solutions, qui l'encouragent à supporter le stigmatisation associée à sa condition. Elles concernent également les ressources institutionnelles qui dépendent de la volonté des États et de leurs capacités

à améliorer les systèmes de soins. La question des ressources financières nous permet quant à elle, de nous interroger sur les inégalités entre les femmes camerounaises face à l'infertilité. Enfin, le corps comme ressource dans les traitements introduit la question de la temporalité dans la reproduction, non seulement d'un point de vue normatif en termes de ce qui est attendu d'une femme et à quel moment de son parcours de vie, mais aussi d'un point de vue biologique en termes de ce que le corps est capable ou non d'apporter dans la résolution de l'infertilité.

Chapitre 6 : Infertilité et carrières sociales des citadines camerounaises

Dans le chapitre 4, j'ai analysé le contexte normatif de la reproduction au Cameroun, et la façon dont il contribue à la construction du stigmat d'infertilité. À la suite de ce contexte normatif, le chapitre 5 permet de mieux comprendre et expliquer les expériences des femmes infertiles à travers l'analyse de leurs parcours étiologiques et thérapeutiques. Le stigmat d'infertilité combiné à l'échec des premières entreprises de soins conduit à une extension de la situation à plusieurs domaines de la vie des participantes, ce que j'analyse dans ce chapitre à travers le concept de carrière sociale. Le chapitre répond donc à la troisième question de cette thèse sur les différentes sphères de relations sociales qui sont transformées par l'infertilité. Il est organisé autour de trois parties, qui correspondent à différentes dimensions des carrières sociales des participantes telles que définies par Grossetti (2004).

Dans les deux premières parties je m'intéresse aux carrières familiales des participantes. Cependant, je fais une distinction entre la carrière matrimoniale qui concerne les relations de couple, et les carrières familiales au sens large, qui incluent la famille nucléaire, la belle-famille et la famille élargie. Mon analyse mobilise principalement la théorisation de la place de la famille dans l'expérience du stigmat telle définie par Goffman (1945), ainsi que le concept de genre pour explorer les expériences différenciées de l'infertilité pour les hommes et les femmes relatées du point de vue de ces dernières.

La première partie analyse donc les carrières conjugales des participantes, et la façon dont l'infertilité s'inscrit dans les relations de couple. Le conjoint – en tenant compte du statut matrimonial du couple – est envisagé comme principale ressource émotionnelle, financière et sociale, et comme acteur de premier plan, dont les positionnements façonnent les expériences de l'infertilité des femmes. D'abord, j'aborde la relation entre l'infertilité et les besoins émotionnels dans le couple, notamment en termes de soutien des femmes par leurs conjoints. De plus, sachant que la responsabilité financière des couples repose en général sur le conjoint, j'explore les effets de l'infertilité sur la gestion financière du couple et les enjeux qui en découlent pour les femmes. Dans le second point j'examine la réaction du conjoint à la situation d'infertilité et aux trajectoires conjugales des femmes infertiles.

Cette partie est circonscrite aux dynamiques dans la famille nucléaire, sachant qu'elles sont souvent conditionnées par les positionnements des familles élargies.

La deuxième partie aborde les processus par lesquels l'infertilité transforme les carrières familiales des participantes. Plus spécifiquement, elle se concentre sur les relations qu'entretiennent les femmes infertiles avec leur famille élargie (famille de la participante et belle-famille). Ces deux sphères de relations sociales permettent de varier d'échelle d'analyse et d'inscrire les expériences de l'infertilité et les rapports de genre au sein desquels ils s'inscrivent au-delà des relations de couple. La famille et la belle-famille sont donc présentes aussi en tant que ressources et actrices dans les récits des participantes.

La troisième partie de ce chapitre vise à saisir les enjeux de l'infertilité dans d'autres domaines des carrières sociales des participantes. Dans l'impossibilité de faire une analyse exhaustive de chaque domaine de la vie des participantes, je me concentre sur ceux qui sont mentionnés pendant les entrevues, soit la carrière professionnelle et l'entourage global autre que familial. L'analyse aborde donc les effets de l'infertilité sur les projets et les relations professionnelles, ainsi que sur les relations aux membres du réseau de connaissances en dehors de la famille élargie.

Chacune de ces sphères de la vie de la femme contribue à éclairer le caractère relationnel de l'infertilité en mettant en avant un ensemble d'enjeux, de solidarités inattendues, et de dépendances émotionnelles et financières. Ce chapitre met l'accent sur la précarisation du statut des femmes infertiles, et sur l'insécurité qui en découle en raison de l'imprévisibilité du positionnement des acteurs-ressources.

I. Infertilité et carrières matrimoniales

Comment est-ce que l'infertilité s'insère dans les parcours conjugaux ? Que nous apprend l'étude des situations d'infertilité sur les rapports hommes-femmes³⁹ dans les couples camerounais ? Certaines participantes n'étant pas mariées, comment est-ce que le statut matrimonial du couple influence les expériences de l'infertilité pour les femmes ?

Les expériences des participantes à cette recherche montrent que la façon dont l'infertilité affecte la trajectoire d'un couple est genrée, puisqu'elle dépend surtout de la réaction du

³⁹ Les femmes rencontrées sont exclusivement dans des relations hétérosexuelles.

conjoint. Les femmes ont peu d'emprise sur les évolutions que connaîtra le couple après le constat et l'annonce d'une situation d'infertilité. Ainsi, les participantes dépendent du conjoint pour des besoins de trois ordres qui s'entremêlent : émotionnel, financiers et liés au maintien de leur statut d'épouse ou de conjointe dans le couple. Face à ces besoins, les positionnements des hommes sont complexes et multiples.

A. Enjeux financiers et émotionnels de l'infertilité dans le couple

Comment les couples sont-ils émotionnellement et financièrement affectés par la situation d'infertilité, et comment ces deux dimensions s'articulent-elles? Qu'est-ce qui explique que certaines femmes reçoivent du soutien de leur conjoint et d'autres non? Et comment est-ce que le statut parental, matrimonial et le niveau de revenu des conjoints affectent-t-ils les investissements dans la recherche de soins?

L'analyse démontre qu'il existe un lien entre le statut parental des conjoints et leurs investissements financiers dans la recherche de soins. En effet, les conjoints qui ont des enfants sont moins enclins que les autres à faire des dépenses, bien que certains offrent néanmoins du soutien émotionnel.

Anne et son mari sont chacun parents avant leur union. Alors qu'Anne n'a qu'un enfant, son mari en a plusieurs, mais pas de garçon. Ceci les place en situation de conformité partielle au regard des normes de reproduction analysées au chapitre 4. De plus, se trouvant dans une nouvelle union, on pourrait avancer que l'obligation de reproduction plane sur le couple, qui a un projet parental. Cependant, seule Anne investit dans la recherche d'enfant, ne recevant aucun soutien, ni émotionnel, ni financier, de la part de son mari.

Je ne peux pas vous dire que mon mari m'a donné des sous, parce que je le faisais, j'avais l'engouement, j'avais cette envie, lui, ça ne lui disait rien. Il est arrivé même ici [le mari vit en Europe et est père], j'y suis allée, je l'ai amené voir mes assureurs, faire des examens, ce qu'il fallait payer, j'ai payé. Pas lui, je dis j'ai payé. Pour vous dire à quel point. Et si aujourd'hui, je dis que je n'en veux plus, c'est peut-être aussi parce que lui aussi n'a pas pris certaines choses au sérieux. Ça coûte cher. Ne serait-ce que le bilan quand tu veux faire un enfant, c'est plus qu'un million. Et à un moment même avec mon mari ça a été ça. Dès qu'il me voit avec du sang, il s'énervé... (...) Et ça gâche même ma relation avec lui tu vois ? Ça me fait réaliser encore plus l'écart qui nous sépare. (Anne, 36 ans, mariée, 1 enfant)

En l'absence de conversation avec le conjoint d'Anne, on ne peut que supposer que sa démission financière pourrait s'expliquer par le confort financier de l'épouse, qui peut donc

assumer les coûts de la recherche de soins. Cependant, on sait qu'il participe financièrement à d'autres aspects de la vie de la participante (loyer, allocation mensuelle, soutien aux parents, etc...), mais pas à la recherche de solution à l'infertilité. Cette attitude est particulière car son désir d'enfant est clairement exprimé, au point de stigmatiser la participante autour de la période des menstruations. À travers le récit d'Anne et d'autres expériences que je mobilise dans ce chapitre, on constate qu'en cas d'infertilité du couple, seuls les hommes ont la latitude d'exercer de la stigmatisation envers les femmes qui, malgré le manque de soutien financier et émotionnel du conjoint, portent la responsabilité de la reproduction du couple, surtout si ce dernier est père.

Cependant, même dans d'autres cas où les participantes n'ont pas, comme Anne, les moyens de faire face au coût des soins, la participation financière du conjoint-père n'est pas automatique, tel que décrit par Raïssa.

Le gars dit qu'il n'a pas l'argent pour payer les examens et tout. Bon je reste là, je reste deux mois, trois mois, on a les bulletins d'examens personne ne part faire les examens. Et après je me fâche, je fais les problèmes à mon mari, je me fâche ! Je lui dis donc que toi tu exagères déjà les examens c'est 15 mille (environ 35\$ canadiens). Ce n'est pas 15 mille qui peuvent te dépasser ça c'est la mauvaise foi. Bon en passant dans tout ça, depuis que je fais mes consultations ce n'est pas lui qui paye mes consultations. C'est ma mère qui paye les consultations à la clinique. (Raïssa, 29 ans, mariée, 1 enfant)

Il se pourrait que le choix du mari soit motivé par un rapport particulier à la médecine et un désir de prouver « naturellement » sa virilité, puisqu'il a déjà un enfant avec la participante. Cependant, aux chapitres 1 et 4 j'explique qu'en raison du paiement de la dot, les familles des femmes mariées ont des obligations, des dettes impayées envers les conjoints en cas d'infertilité. Dans ce sens, l'attitude du conjoint raisonne avec les investissements de la mère de la participante qui endosse les coûts de la recherche de soins.

Dans ces deux expériences, les conjoints sont parents ensemble, ou chacun de leur côté. Bien que je propose principalement d'expliquer les réticences des hommes à investir financièrement dans la recherche de soins par leur statut de parentalité, il est nécessaire de mentionner que le statut de parentalité des épouses peut aussi être un enjeu expliquant l'attitude des hommes, ces derniers ne percevant plus la reproduction comme un impératif. Cependant, cette recherche démontre que même en cas d'absence de maternité pour l'épouse, les conjoints pères limitent leur participation financière à la recherche de soins.

Par exemple, le conjoint de Prisca est encourageant, et ne fait aucune stigmatisation verbale. Elle est dans un foyer polygame où la première épouse a quitté le ménage en laissant tous les enfants qu'elle a eus. Prisca endosse donc la charge du soin de ces derniers et du mari, tout en essayant d'avoir ses propres enfants.

Bon comme ça tardait à venir, moi-même je lui ai proposé qu'on fasse une procréation assistée, mais ... il n'était pas partant. Il n'était pas partant et bon, il disait qu'il attend.... (Prisca, 50 ans, mariée, sans enfant)

Il est possible que le manque de soutien financier du conjoint soit en fait un choix stratégique, lui permettant de limiter le nombre de naissances dans son foyer, tout en bénéficiant de l'aide de Prisca pour ses autres enfants. Le stigma qui pèse sur l'un des conjoints n'affecte donc pas nécessairement l'autre, si ce dernier a rempli ses obligations au regard des normes sociales, ce qui est le cas ici du fait de la paternité nombreuse du mari. Conséquemment, Prisca n'a pas accès aux ressources nécessaires pour tenter de clore la conjoncture vitale, et reste condamnée à occuper un rôle d'épouse et de donneuse de soin, tout en faisant face seule à un statut social dévalorisé.

Ainsi, bien que les hommes aient généralement la charge financière des couples, l'infertilité modifie l'attribution des rôles selon le genre en faisant reposer la responsabilité du financement de la recherche de soins sur les femmes, validant ainsi des observations menées ailleurs en Afrique sur la responsabilisation des femmes en cas d'échec de reproduction (Inhorn, 1998; Inhorn, 2003; Rozée et Mazuy, 2012; Bonnet, 2018), ceci surtout sur les conjoints sont pères. En effet, pour les femmes dont les conjoints ne sont pas pères, on observe une plus grande propension au soutien financier et émotionnel.

En ce qui concerne la question financière, l'infertilité s'insère dans le parcours de vie de Françoise et dans la trajectoire de son couple en limitant leur capacité à réaliser d'autres types de projets, car toutes les ressources sont mobilisées dans la recherche de solutions.

C'était un peu compliqué, ce qui fait donc que monsieur et moi, il a fallu qu'on fasse des sacrifices, il a fallu qu'on fasse des sacrifices. Parce que nos amis d'âge, nos promotionnaires et autres, ils sont déjà peut être chez eux, ils ont des véhicules, (...) Parce qu'à un moment donné, nous on s'est dit c'est la priorité ! Advienne que pourra ! Peu importe ce que ça coûte, on doit y parvenir. (Françoise, 42 ans, mariée, 2 enfants)

En se comparant à leurs camarades de même groupe d'âge, la participante fait remarquer que les investissements consentis pour la recherche de solutions à l'infertilité a conduit le couple à ne pas accéder à d'autres biens matériels ou encore à la construction d'une maison.

On peut alors s'interroger sur les motivations du mari à consentir à ces investissements, et faire l'hypothèse que son engagement est lié à sa conscience de son infertilité, mais aussi au rapports avec ses pairs.

Dans le cas de Françoise qui est mariée, je propose que le soutien du conjoint puisse s'expliquer par la protection que cette dernière lui apporte, sachant qu'il est la source de l'infertilité du couple. Elle maintient le silence sur les capacités reproductives de son mari tout en subissant les accusations de l'entourage.

Parce que vraiment vous savez en Afrique on a toujours l'impression que c'est la femme qui est le problème... Bon, on est camerounais hein ! Certains ont eu à dire à mon époux de se chercher [essayer avec une autre femme]. Et en le disant, ils ignoraient certainement que le problème à l'hôpital venait de mon mari ! Et moi je me suis abstenue de leur faire savoir que voilà, le problème vient de mon mari. C'était stressant ! Heureusement, le monsieur lui-même me soutenait quoi ! Chaque fois il me disait « le jour que ça va venir ça va venir », « le jour où Dieu va accepter, on va avoir ». (Françoise, 42 ans, mariée, 2 enfants)

Malgré le soutien du conjoint, cette décision fragilise la participante dans ses interactions avec l'entourage de son mari, qui la tient responsable de la situation d'infertilité. Pourtant, elle préfère subir les railleries et préserver la réputation du conjoint dans son rôle traditionnel⁴⁰. En effet, les hommes sont relativement protégés face à l'infertilité. D'abord parce que les femmes restent largement pointées du doigt en cas d'infertilité (Mestre (2017 : 127), mais aussi parce que les femmes elles-mêmes mettent parfois en œuvre des stratégies pour protéger l'image du conjoint et le foyer. Et dans ce cas, peut-on parler d'inégalité de genre lorsque le pouvoir de dissimulation du stigmat est entre les mains des femmes? Ou est-ce que ce choix des femmes ne s'inscrit-il pas dans la continuité de la charge mentale de soin au conjoint et aux éventuels enfants? Le récit de Françoise montre que la protection dont jouissent les conjoints a pour corolaire une insécurité pour le statut la femme infertile, j'en parle plus loin dans ce chapitre.

À propos de Carine, plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer le soutien émotionnel qu'elle reçoit de son conjoint. Premièrement, celle-ci ayant accès à des revenus significativement plus conséquents que ceux de son conjoint, on pourrait penser que ce

⁴⁰ La protection du conjoint ne se cantonne ni au Cameroun, ni à la gestion de l'infertilité. En effet, Adjagbo et al. (2005; 2016) expliquent qu'au Sénégal, la crise économique des années 80 a favorisé une rareté de l'emploi formel, secteur souvent réservé aux hommes, et une explosion de l'emploi informel, tenu majoritairement par les femmes. Une augmentation du chômage des hommes conduit à une plus grande participation financière des femmes à la gestion du foyer, allant parfois jusqu'à une prise en charge totale. Mais cette participation des femmes est organisée de manière à préserver la réputation du conjoint dans son rôle traditionnel de pourvoyeur.

dernier compense en apportant du soutien émotionnel. Cependant, n'étant pas père il pourrait simplement soutenir la participante dans le but de se conformer aux normes sociales. Il est en outre possible d'envisager que ce soutien s'explique par la précarité de leur situation matrimoniale, en raison de laquelle le conjoint n'est pas associé au stigmate de la participante, et a plus de manœuvre pour éventuellement épouser une autre femme. Finalement, le conjoint pourrait être un initié (Goffman, 1975), c'est-à-dire une personne qui, en raison d'une proximité affective avec la participante, décide de l'accompagner dans la recherche de solutions au-delà des normes sociales. En revanche, en l'absence d'informations sur les motivations réelles du conjoint, toutes ces possibilités sont des propositions qui soulignent la pertinence de s'intéresser aux points de vue des individus, hommes en particulier, qui, malgré la force des normes sociales en matière de reproduction en Afrique, ne stigmatisent pas.

De plus, dans son récit, Anne soulevait une réflexion sur le corps comme médium des relations de genre dans le couple, et de la dimension émotionnelle de l'infertilité. En effet, on constate que la situation revêt une dimension qui se cristallise autour du corps des femmes, en assimilant des éléments produits par ce corps à des preuves de l'échec du projet de reproduction. J'explicite cette idée à travers le récit de Françoise.

Françoise mentionne l'arrivée des menstruations comme un moment d'enjeux émotionnels. Elle introduit une dimension temporelle à son récit qui rythme les relations de genre et les inscrit dans une certaine cyclicité.

Mais il y avait des moments où tous les deux on était abattus vous vous imaginez vous avez fourni tous les efforts pendant un mois, avez pris tel remède traditionnel, tel remède moderne, mais à la fin du mois quand les règles s'annonçaient c'était pratiquement le deuil entre nous. C'est le deuil je vous assure. (Françoise, 42 ans, mariée, 2 enfants)

L'arrivée des règles correspond donc à une succession d'espoirs et de déceptions, qui façonnent les rapports de couple à l'échelle mensuelle. À ce niveau, la catégorie d'infertilité d'une femme est fondamentale pour déterminer le cycle à l'intérieur duquel le corps se constitue explicitement en enjeu de genre. Pour Françoise, il s'agit du moment des menstruations puisqu'elle fait face à des difficultés à tomber enceinte. Chez Carine, les grossesses arrivent aisément, mais elle ne parvient pas à les mener à terme. La catégorie d'infertilité de Carine fait qu'elle a plus de contrôle sur les cycles d'espoir et de déception car elle peut choisir le moment où elle tombe enceinte. En revanche, la question des

saignements ramène à la corporéité du genre dans l'expérience de l'infertilité, parce que une fois de plus, c'est leur arrivée qui témoigne de l'échec de reproduction dans le couple. La question de la temporalité liée aux émotions contribue à illustrer la pertinence d'une approche par les parcours de vie, car plus l'expérience dure dans le temps, moins les personnes et les couples sont résilients face au poids émotionnel de l'infertilité comme l'explique Carine.

C'est très souvent pesant. Et la perte du dernier enfant a failli nous détruire complètement... (...) Et vraiment à chaque fois il est vraiment un grand soutien et tout. Mais la résilience est en train de diminuer, en train de s'amoindrir véritablement. Mais là maintenant c'est surtout lui... la mauvaise humeur... C'est ça la difficulté. (Carine, 31 ans, en concubinage, sans enfant)

Carine exprime le soutien qu'elle reçoit de son conjoint, mais parle aussi de la façon dont il est lui-même affecté par la situation d'infertilité, et les conséquences pour son couple.

La recherche de solution induit un poids émotionnel, mais les hommes en sont relativement protégés. En effet, comme l'explique Hochschild (2003 : 32), pour plusieurs situations dans les couples, c'est aux femmes de faire preuve de résilience dans la gestion de leurs propres émotions, tout en soutenant les hommes. Et les efforts supplémentaires fournis par les femmes infertiles ne s'arrêtent pas aux émotions, ils concernent aussi les investissements financiers desquels les hommes peuvent se soustraire à tout moment, au contraire des femmes.

À un moment on se dit on est fatigué, découragé. Je sais quand même que si je suis foiré [être foiré signifie au Cameroun ne pas avoir d'argent] comme ça, c'est à cause de ça. Parce qu'un mois ne passe pas sans que je ne dépense au minimum je dis au minimum 25000. Parce qu'il y a toujours quelque chose à acheter, quelque chose à essayer. Lui à un moment il a arrêté, mais après on se retrouve toujours en train dépenser pour ça. (Diane, 30 ans, mariée, sans enfant)

Ainsi, pour des femmes telles que Diane, une précarisation financière découle d'un arrêt plus ou moins définitif de la participation du conjoint à la recherche de solution, conduisant la participante à investir seule. Et dans ces cas, malgré l'accès à des revenus conséquents, les femmes sacrifient toutes les ressources dont elles disposent dans la recherche de solutions.

En situation d'infertilité, la participation financière du conjoint représente donc un aspect du soutien émotionnel attendu par les participantes. Face à leurs besoins émotionnels et financiers, les conjoints constituent des acteurs et des ressources aux positionnements imprévisibles, et dont les actions et les réactions façonnent les expériences de l'infertilité

pour les femmes. En lien avec cette imprévisibilité, l'insécurité matrimoniale pour les femmes se trouve au cœur de leur parcours car elles risquent une séparation, un divorce ou de se retrouver avec une coépouse, exacerbant leurs difficultés émotionnelles.

B. Bifurcations dans les carrières matrimoniales

Les répercussions de l'infertilité sur les parcours conjugaux et affectifs des femmes camerounaises sont profondément ancrées dans les normes socioculturelles et les dynamiques relationnelles entourant la reproduction. Ces conséquences transcendent les seuls aspects émotionnels et financiers qui, bien qu'importants pour chaque couple, ne suffisent pas à saisir pleinement la complexité du devenir matrimonial des femmes en cas d'infertilité. Ainsi, bien que le divorce et la polygamie ne soient pas directement imputables à l'infertilité comme souligné au chapitre 1, cette étude confirme que les femmes infertiles sont plus susceptibles de connaître ces événements même s'il convient de souligner quelques cas moins fréquents où des hommes, bien que moins enclins à subir de la stigmatisation, demeurent dans la relation même en cas d'infertilité.

On observe que le futur matrimonial des femmes infertiles relève d'une sorte de "jeu" avec les normes en fonction de ce qui arrange les hommes - d'où le fait que leur domination subsiste quelle que soit leur propre situation. Les femmes sont souvent dans une sorte d'attente par rapport à leur conjoint, à sa réaction, et celle de la belle-famille, et leur marge de jeu avec les normes est plus faible.

Dans cette section, je commence la discussion par les situations dans lesquelles le conjoint n'est pas père, mais se maintient dans la relation. Les expériences de Diane et Mona en sont des exemples.

Diane n'a pas d'enfant, elle est mariée depuis 8 ans au moment de notre rencontre, son mari n'a pas d'enfant non plus.

Ça ne l'empêche pas de vivre, qu'il prend ça de manière assez sereine. Genre : ça va arriver, On sait que ça va prendre le temps que ça va prendre, mais ça va arriver. (Diane, 30 ans, mariée, sans enfant)

Bien que le mari de Diane exprime des craintes quant à la possibilité que celle-ci tente de tomber enceinte d'un autre homme, celui-ci ne remet pas leur mariage en question.

Goffman (1975) apporte des pistes pour expliquer cette attitude du conjoint en expliquant que les individus ont tendance, en réalisant l'existence d'un stigmate, à supposer l'existence de d'autres tares comportementales qui en seraient la source. Ce qui implique qu'en raison de l'infertilité du couple qui est inexpliquée, le conjoint de Diane pourrait supposer qu'elle en est responsable. Cependant, sachant que la participante a mené une vie qu'elle qualifie de « rangée », sans « erreurs de jeunesse », il semble plus difficile de la rendre responsable de la situation.

Je suis entrée dans ce mariage très petite, j'ai rencontré ce gars très très jeune [fin école secondaire]. Bon j'ai toujours eu une vie assez rangée même quand j'étais étudiante. Pas d'alcool, pas d'excès. Je ne fais rien de très con. Même sortir je ne sors pas. Quand j'étais étudiante, c'était l'école, la maison, mon gars. (Diane, 30 ans, mariée, sans enfant)

La jeunesse ici signifie surtout que son mari a eu l'occasion de la fréquenter depuis assez longtemps pour être le témoin d'une absence de comportements déviants en lien avec les normes de sexualité.

De même, le projet de mariage de Mona est formulé alors que le conjoint qu'elle fréquente depuis l'école secondaire, donc depuis une vingtaine d'année, a connaissance de sa situation d'infertilité.

C'est mon camarade de classe quoi ! Ça veut dire que même quand je marchais, je montais, je descendais pour aller à l'hôpital, il connaissait la situation c'est même lui qui m'accompagnait. (Mona, 33 ans, fiancée, sans enfant)

En tant que témoin de l'expérience de Mona, son fiancé depuis 4 ans est en mesure d'avoir une réaction différente de celles des autres camarades qui l'accusent par exemple d'avoir eu recours à des avortements. En plus de l'attachement affectif à la participante, la durée de la relation permet au conjoint de connaître son histoire et son historique relationnel.

Ainsi, ce qui peut sembler être une défiance des normes de la part des conjoints, peut aussi être interprété comme étant une forme de validation de celles-ci. La proposition de mariage et le maintien dans la relation seraient alors des « récompenses » pour les femmes dont les conjoints connaissent l'histoire de vie, et la jugent irréprochable.

Par ailleurs, la décision du maintien de la relation et du foyer demeure souvent aux mains des hommes, et les situations dans lesquelles les femmes sont maintenues dans un foyer où le conjoint n'est pas père sont tellement marginales qu'elles posent questions comme l'explique Sony.

Oui j'avais le soutien psychologique de la personne la plus importante, mon mari. J'avais son soutien psychologique : *ne déprime pas, ne pleure pas, ne t'inquiète pas, ne stresse pas ça va venir*. J'avais le soutien de ma belle-mère qui me disait : *ça va venir, ça va venir*. Bon c'est vrai que les choses comme ça ma mère disait que tes gens-là ils sont suspects hein ! Tes gens-là ils sont suspects ils sont trop calmes, il est trop calme, c'est toi qui paniques. (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

Le récit de Sony montre que la réaction attendue d'un homme et de sa famille en cas d'infertilité est à minima une absence de quiétude. Sinon, ils se retrouvent suspectés d'être la source de la tare comportementale qui explique l'infertilité. C'est dans ce sens que la mère de la participante soupçonne le conjoint et sa famille de détenir des informations cachées sur la raison de l'infertilité.

Le contexte normatif ne concerne donc pas uniquement les conditions dans lesquelles la reproduction est souhaitable, mais encadre aussi les réactions et comportements à avoir en cas d'échec de reproduction. Dans ce sens, la capacité à répudier est un marqueur des inégalités de genre dans le couple, car souvent, seuls les hommes ont la possibilité de se dissocier du stigmaté et de la marge, en se séparant leurs conjointes. Ceci est d'autant plus éloquent lorsqu'on s'intéresse aux situations d'hommes qui sont des pères, qui ont prouvé leur virilité et leur fécondité, et qui ne sont donc pas associés au stigmaté de leur épouse. Dans ces cas, le maintien de l'épouse infertile dans le foyer est facilité par la distance qui sépare le conjoint de la marge comme c'est le cas pour Sony.

Non ça n'a jamais rien changé [à nos rapports] (Silence). Dieu merci parce que s'il fallait ajouter ça à l'autre problème là... ! Mais bon en passant, lui il a déjà un enfant avant le mariage. (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

Tout comme pour Prisca et Anne dont j'ai parlé précédemment, pour Sony, la découverte de l'infertilité se fait dans le cadre d'une relation maritale, avec un conjoint qui est déjà père. Bien qu'elle ne mentionne aucune stigmatisation de ce dernier, on comprend qu'elle a conscience que le fait que son mari soit père a contribué à maintenir de bon rapports dans le couple. Dans le même sens, pour Queen dont l'infertilité était connue, on peut avancer que le fait que son conjoint soit père a contribué à la formulation du projet de mariage

Oui il a eu un enfant avec sa femme qui était partie, il avait divorcé... Et quand je me suis mariée il a pris l'enfant chez sa sœur et ramené à la maison. Ce qui fait que de son vivant [le mari] l'enfant était toujours avec nous. C'est après sa mort qu'on m'a récupéré l'enfant [l'enfant lui a été retiré]. (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

Ainsi, le fait pour le conjoint d'avoir accès à la parentalité est un élément qui peut contribuer non seulement au maintien dans le foyer en dépit d'une infertilité subséquente, mais aussi à l'entrée en union malgré une infertilité connue pour les femmes.

Cependant, les réactions des hommes dépendent grandement de leurs parcours de vies, leurs parcours conjugaux et leur interprétation des normes. En effet, plusieurs conjoints, y compris ceux qui sont pères, et pour lesquels l'enfant est né de la participante, décident de mettre fin à la relation, surtout lorsqu'aucune étape du mariage n'a été célébré.

Le mari de Laura a déjà deux enfants issus de précédentes relations au moment de leur rencontre.

Au bout d'un an l'enfant n'entraînait pas, j'étais devenue le diable ! (Rire) On est des Africains, et à un moment donné le fait de ne pas avoir des enfants a commencé un peu à peser dans mon couple. Bon, ... après on a eu des problèmes avec mon conjoint on s'est séparés quoi ! On s'est séparés, ce qui fait que bon, lui qui était très fertile de nature se posait la question que, mais pourquoi est-ce que moi je... avant là ce n'était pas compliqué, mais ma femme maintenant, je me marie elle n'arrive pas à tomber enceinte ! Parce que comme je disais à un moment donné mon mari et moi on s'est séparés, c'est juste récemment qu'on s'est remis ensemble. (Laura, 40 ans, mariée, sans enfant)

Comme expliqué plus tôt dans ce chapitre, bien que certains individus soient déjà parents, la formation d'une nouvelle union crée de nouvelles obligations en ce qui concerne la reproduction, ce qui confirme que la procréation soit considéré comme le but du mariage. Pour le conjoint de Laura, le fait d'avoir eu des enfants en dehors de leur union ne suffit pas à ce qu'il se considère comme étant en accord avec les normes sociales encadrant les relations de couple et la vie familiale. En effet, il tient à faire la preuve de sa fécondité dans le cadre de mariage, et l'infertilité devient la source de tensions qui mènent à une séparation durant laquelle le conjoint va avoir deux autres enfants. Ayant refait la preuve de sa virilité, le conjoint propose à Laura de se remarier, ce qu'elle m'explique accepter car son infertilité étant connue, elle a la garantie que foyer tiendra dans la durée.

Bertille et son conjoint sont parents d'un garçon, mais ne sont pas mariés. L'infertilité se déclare au moment de la recherche du second enfant. Malgré une participation financière à la recherche de solutions, le conjoint de la participante met fin à la relation en raison de la situation d'infertilité.

Bon avec le père de mon fils il a géré ça financièrement, mais après ça il n'était pas aussi facile, moralement ce n'était pas trop ça. Il avait des mots bizarres ... Il me disait souvent qu'il a l'impression que j'ai placé les trucs de contraception, pour éviter de concevoir ; soit il me disait que je ne veux pas gérer mon problème, une fois, il m'a même dit qu'il gaspillait son sperme et tout ça. Après ça, le lendemain il s'excusait... Du coup ce n'était pas trop facile. Un jour il m'a dit qu'il a gaspillé son argent pour rien et tout ça. (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

Le récit de Bertille permet d'illustrer la pertinence de séparer analytiquement la participation financière du conjoint à sa réaction en ce qui concerne le futur du couple. En effet, dans le cas de cette participante, le conjoint participe financièrement à la recherche de soin, mais est la source d'une forte stigmatisation jusqu'au moment de la séparation. La participation financière du conjoint peut donc se révéler être une raison supplémentaire de stigmatisation, se retournant contre les femmes en renforçant l'injonction de maternité, y ajoutant une obligation de résultat pour ces dernières. En outre, l'expérience de Bertille montre que les femmes non mariées ont plus que les autres des chances de voir la relation se terminer en raison de l'infertilité, que le conjoint soit père ou non.

La temporalité de la reproduction est donc genrée et subjective, elle varie selon les expériences de chaque femme, et dépend grandement de l'urgence à la paternité qu'exprime le conjoint. Dans la gestion du futur des couples, les hommes restent ceux qui ultimement prennent les décisions. Ces expériences montrent les attentes de solutions demeurent adressées aux femmes, qui prennent des risques et font des sacrifices pour résoudre la conjoncture vitale.

II. Relations avec la famille et la belle-famille : les femmes, figures de premier plan dans les expériences de l'infertilité

La famille de la participante est constituée de sa famille proche (parents et fratrie), et de sa famille élargie (grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines, etc.). La belle-famille est celle liée conjoint.

L'analyse des effets de l'infertilité sur les relations familiales – famille et belle-famille – renseigne sur l'expérience de la transition d'un moment de conjoncture vitale en un moment de crise. Ceci se manifeste par un changement d'échelle, avec une augmentation du nombre des personnes concernées et impliquées dans la gestion de la situation, notamment les membres de la famille. Dans le travail de Goffman (1945 : 47), le cercle domestique est un lieu de protection pour l'individu stigmatisé, et l'extraction de cette sphère de protection induit une mise en lumière de l'identité considérée comme anormale. Or, il fait référence aux situations dans lesquelles le stigmate est inné, et à la famille

nucléaire. Qu'en est-il donc pour des situations où le stigmat est acquis, et la famille constituée de plusieurs échelles et enjeux de relations sociales?

L'analyse des positionnements des familles face à l'infertilité permet de mettre l'accent sur la dimension collective des expériences de l'infertilité, tout en envisageant la famille non pas comme un bloc homogène, mais comme un système d'enjeux et de relations socio-affectives qui dépendent souvent du niveau de proximité dans l'arbre généalogique. Ainsi, plus les individus sont proches des participantes ou de leurs conjoints, plus leurs réactions à l'infertilité sont déterminantes pour la trajectoire du parcours de vie. Cette analyse souligne donc une distinction entre famille proche, élargie, et belle-famille dans le rapport à l'infertilité, ainsi que l'importance des relations affectives qui relient ces différentes échelles familiales.

De plus, l'analyse des réactions des membres de la famille invite à une réflexion sur le degré de conscience de l'attitude stigmatisante. En effet, l'intégration des normes sociales abordées au chapitre 4 provoque des comportements (inconsciemment) stigmatisants, l'intention de stigmatiser pouvant être liée à différents facteurs relationnels, culturels ou normatifs.

A. Infertilité et relations familiales pour les femmes infertiles

Les relations avec les familles illustrent les situations décrites par Goffman à l'occasion desquelles le stigmat, bien qu'inscrit sur le corps d'une personne, a des conséquences sur le parcours de vie d'une autre personne. Il décrit les membres de la famille en ces termes :

L'individu que la structure sociale lie à une personne affligée d'un stigmat, relation telle que, sous certains rapports, la société en vient à les traiter tous deux comme s'ils n'étaient qu'un. Ainsi, la loyale épouse du malade mental, la fille de l'ancien condamné, le parent de l'infirme, (...) sont tous obligés de prendre sur eux une partie du discrédit qui frappe la personne stigmatisée qui leur est proche. (Goffman, 1975 :43)

Ainsi, dans quelle mesure les réactions des membres de la famille sont-elles motivées par les possibles conséquences que l'infertilité a pour leur propre itinéraire de vie? L'infertilité induit des comportements qui correspondent à différents types de soutien que reçoivent les

femmes, à une stigmatisation exercée de façon involontaire, ou à une stigmatisation intentionnelle qui vient de la famille.

1. Les famille des participantes comme ressource émotionnelle et financière dans la gestion de l'infertilité

Les personnes de la famille qui apportent du soutien sont en général les figures féminines comme la mère, la sœur, les cousines, ce qui renforce l'idée de la reproduction comme une responsabilité de femmes (Duchesne et Bonnet, 2014). Ainsi, cette responsabilité qui dans le couple incombe à la femme, s'étend à toutes les femmes de la famille en cas d'échec de la reproduction.

Le soutien émotionnel qu'apportent les familles des participantes est une ressource affective (Grossetti, 2004), est d'autant plus important dans un contexte où le soutien émotionnel formalisé (counseling, recours à des psychologues) est tabou et quasi inexistant. Comme l'expliquent Carine et Laura, les frères et les sœurs sont la source d'un grand soutien émotionnel.

Bon j'ai quand même une sœur qui est là à chaque fois, mais qui ne comprend pas. Forcément quelqu'un ne va pas comprendre. Mais elle sent ma douleur, elle essaye de me motiver quand même. (Carine, 30 ans, en concubinage, sans enfant)

Donc ce qui fait que dans ma famille, mes frères et mes sœurs directs il n'y a pas de problème, c'est-à-dire qu'on te propose des solutions traditionnelles, vas te traiter, tel médecin peut t'aider, parce qu'on veut t'aider à sauver ton mariage, on veut t'aider à être épanouie, tout ça. Mes frères et sœurs directs il n'y a pas de problème. (Laura, 40 ans, mariée, sans enfant)

En effet, le mot « direct » employé par Laura pour qualifier ses relations familiales et leurs réactions à l'infertilité est fondamental, car il suggère qu'il faut considérer la famille suivant différents niveaux de proximité et que selon cette proximité, les réactions à l'infertilité peuvent varier. On peut alors observer de la stigmatisation portée par la famille, qui échappe à la théorisation de Goffman parce qu'elle est rattachée au mode d'organisation familial africain et camerounais, avec des niveaux de relations sociales et affectives plus ou moins étroites.

La proximité familiale induit donc une empathie pour la personne concernée qui peut s'expliquer par les liens affectifs partagés. Les membres de la famille des participantes constituent ainsi un vivier d' « initiés », des « personnes normales » (Goffman, 1975) qui

détiennent l'information sur le discrédit des participantes, mais qui leur apportent du soutien.

Je propose que la situation économique confortable de Carine explique qu'elle ne reçoive que du soutien émotionnel de sa famille. En effet, dans les cas de Gina et Queen qui ont des revenus limités, le soutien émotionnel de la famille passe aussi par un soutien financier.

Et je.... je peux dire merci à Dieu parce que, ma famille en question m'a beaucoup soutenue. Oui ! Quand il fallait peut-être prendre un produit, j'ai ma grande sœur, elle aussi elle me soutenait un peu, de temps en temps elle me dépannait [donnait de l'argent], essaye un peu on ne sait jamais. Dieu peut faire les miracles, donc pourquoi pas toi ! Il faut essayer. Donc, ... je ne voulais pas trop bousculer ma mère sur ce sujet-là ! Mais... elle aussi elle m'encourageait quand même, ils ne m'ont pas laissée. (Gina, 31 ans, divorcée, 1 enfant)

Chez les tradipraticiens avant le mariage c'est maman qui payait, je payais aussi parfois quand j'avais l'argent parce-que je suis tombée dans la vie active un peu tôt ! Donc quand je suis tombée dans la vie active, quand elle me dit que bon on m'a dit il y a telle personne qui est compétent pour ce problème, est-ce que tu peux venir pour qu'on parte ? Je m'apprête financièrement, je descends au village on part, ainsi de suite... J'ai le soutien de ma grande sœur ! Oui donc j'ai beaucoup son soutien, elle m'a même... elle aussi m'a amenée dans certains endroits où on lui a dit que là-bas ça va aller. On va, toujours rien ! Elle m'a amenée dans pas mal d'endroits aussi, pas de solution. Même ma petite sœur qui est à Bonabéri. Dernièrement elle m'a même encore appelée qu'on lui a parlé d'un prêtre exorciste, que je viens on part aussi là-bas. (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

La mère et les sœurs indiquent des tradipraticiens à rencontrer, et apportent une contribution financière jusqu'au mariage la participante. Et comme mentionné dans le chapitre 5, le type de soutien que reçoivent les participantes influencent leurs carrières thérapeutiques en ce sens que plus elles reçoivent et mobilisent de l'information variée, plus l'itinéraire thérapeutique se complexifie.

2. Stigmatisation et culpabilisation par les familles des participantes

Dans le chapitre 4, j'ai abordé le fait qu'en acquérant certaines caractéristiques devant précéder la reproduction, les femmes se bâtissent une certaine respectabilité, notamment avoir un certain âge, avoir fait des études, avoir un travail, être mariée. Cependant, l'existence de ces caractéristiques place souvent les femmes en compétition les unes avec les autres au sein de leurs familles, de telle sorte que plus on s'éloigne du noyau de la famille proche et des liens affectifs qui s'y déploient, on observe plus fréquemment des attitudes volontairement stigmatisantes envers les femmes infertiles. Ainsi, le mariage ou la diplomation ne sont pas nécessairement des événements unanimement célébrés, ils

peuvent être la source de jalousies qui, en cas d'infertilité, renforcent la stigmatisation comme l'expliquent Laura et Émeline.

Mais, les gens à distance, les cousins, les cousines bavardent, ça bavarde. *Elle est là, elle n'accouche pas elle pense que quoi !* Les trucs comme ça là. *On avait déjà dit que le mariage-là n'allait pas d'abord tenir machin.* On va dire tout hein ! (Laura, 40 ans, mariée, sans enfant)

Dans le cas de Laura qui est une femme diplômée et mariée, la maternité représente donc l'unique case à cocher pour être « pleinement normale », ce qui explique le manque de soutien de la part de ses cousines qui prennent une sorte de revanche car l'infertilité en fait une marginale. Mais l'expérience d'Émeline permet de mieux éclairer cette idée. Dans le cas de cette dernière qui est doctorante, le fait de faire des études la préparait pour une position hautement respectable, contrairement aux autres filles de sa famille très faiblement scolarisées.

Jalousie parce qu'étant fille unique, maman... ma mère, a mis beaucoup d'honneur à m'envoyer à l'école. En fait... faire des sacrifices, elle n'a pas assez de moyens, mais elle a quand même fait des sacrifices pour que j'aille à l'école et tout ça. Des petites jalousies dans la famille là, les cousines qui ont décidé de plus aller à l'école et autre. Les railleries ont commencé de part et d'autre. *Puisque quand elle était à Ngoaékelé [Université publique à Yaoundé] c'étaient des avortements qu'elle faisait, est-ce qu'elle peut faire un enfant ?* (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

L'infertilité crée une opportunité pour les femmes lésées sur d'autres aspects de la vie sociale de contester la respectabilité de la participante en dénigrant son parcours scolaire. La stigmatisation de cette dernière se construit alors à travers des accusations d'avortements répétés pendant son parcours scolaire, lesquels expliqueraient la situation d'infertilité. Cette stigmatisation conduit en outre à la formulation des soupçons d'homosexualité envers la participante, dans un contexte de criminalisation de ce statut.

Donc, j'ai déjà même entendu de ces choses, d'autre qui disaient même que je suis devenue homosexuelle, parce qu'on ne me voyait jamais avec un homme. Euye ! (Rire) Donc... ce n'est pas la peine d'avoir une fille comme celle-là ! (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

La situation d'infertilité donne donc l'occasion pour les cousines d'Émeline de questionner ses choix, et de supposer que son implication dans ses études est un moyen de camoufler ce qui, aux yeux de la société camerounaise, constitue des tares comportementales.

Cependant, bien que dans la plupart des cas les membres de la famille élargie participent à la stigmatisation des femmes infertiles, il arrive que ces dernières subissent de la part de leur famille proche et de leur famille élargie une stigmatisation non intentionnelle.

3. Infertilité et stigmatisation non intentionnelle par les familles des participantes

Je définis la stigmatisation non intentionnelle comme étant une situation que la participante vit et décrit comme étant source de stigmat, mais pour laquelle elle mentionne une absence d'intention de la part de l'acteur. La stigmatisation involontaire repose sur les inquiétudes portées par les membres de la famille, ainsi que sur des pratiques culturelles. Elle procède de la différence de traitement qui est exercée par les membres de la famille élargie entre les femmes qui sont infertiles et les femmes qui ne le sont pas.

Dans le chapitre 1, j'ai mentionné quelques enjeux liés à l'infertilité tels que le manque de respect et l'exclusion des cercles et des rites réservés aux mères. Ainsi, dans l'expérience de Diane, la stigmatisation involontaire par les membres de la famille repose sur la place accordée aux mères lors de rassemblement.

Tu te dis seulement qu'il faut que tu aies ton enfant, car tu as l'impression qu'on respecte plus la mère de l'enfant. Tu as l'impression, même quand tu arrives en famille, quand tu vois comment on traite tes cadettes.... Vous êtes peut-être tous là comme ça, ta petite nièce de 16 ans qui a accouché, elle est là avec son enfant, on ne l'envoie pas, c'est à toi qu'on dit monte comme ça, descend comme ça. Pour lui parler, tu vois la manière dont on la traite, elle qui est déjà une mère d'enfant, et la manière dont on te traite. Et puis après elle-même se prend [au jeu et te demande de faire des commissions]. (Diane, 30 ans, mariée, sans enfant)

Ainsi, quelles que soient les autres caractéristiques acquises par les femmes, tant qu'elles n'ont pas d'enfants, elles sont exclues du traitement réservé aux mères. Cette stigmatisation involontaire se manifeste par une déchéance du droit d'aînesse de Diane, qui se voit demander d'effectuer des tâches qui devraient revenir aux femmes plus jeunes. L'infertilité relègue les femmes au rang de cadettes sociales, les cadettes en termes d'âge, les mères étant traitées avec plus de respect et plus de considération que les femmes infertiles.

Pour Émeline, la stigmatisation involontaire de la part de sa mère prend appui sur les étiologies de l'infertilité analysées au chapitre 5, notamment sur la sorcellerie comme explication, ainsi que sur la peur de l'infertilité.

La pression commence aussi du côté de ma maman parce qu'elle ne supporte pas, elle-elle voit déjà comment je vais être stérile, je ne vais jamais accoucher. En fait elle commence à me mettre... et jusqu'à présent... pas qu'elle commence, ce n'est pas fini hein ! Jusqu'à présent... parfois quand je vois même son appel je ne veux pas prendre, parce que c'est une pression énorme. Parfois des mots très durs, une fois elle est allée jusqu'à me dire : *si tu sais que tu es allée entrer dans l'église apostolique, ou tu as vendu tes enfants, (Rire) ton utérus tu n'as qu'à me dire.* (Rire) (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

L'accusation de vente d'utérus ne correspond pas à une vente de l'utérus matériel, mais à des pratiques de sorcellerie au Cameroun qui voudraient que pour réussir financièrement, certaines personnes sacrifient des parties de leur corps, notamment en lien avec la reproduction et la sexualité. Les remarques de la mère de la participante traduisent de ses inquiétudes en voyant perdurer la situation d'infertilité.

On voit donc que plus les membres de la famille sont éloignés, plus ils ont tendance à stigmatiser les femmes infertiles. Mais dans quelle mesure est-ce que cette remarque s'étend à la belle famille ?

B. Infertilité et relations avec la belle-famille

Au Cameroun, la conjugalité peut être une source de violence pour les femmes, notamment exercée par les conjoints, mais aussi par les belles-mères et les belles-sœurs (Chouala, 2008; Tsala Tsala, 2009). En cas d'infertilité, ces dernières constatent le non-paiement de la contrepartie de la dot, et réclament des comptes.

Je propose que la prééminence des femmes dans le recouvrement de ladite dette tient dans leur responsabilité culturelle de reproduction. Ainsi, la gestion de la reproduction reste une affaire de femmes, avec les femmes infertiles en position minoritaire, et les autres en position de domination. Les réactions des belles-familles sont donc ancrées dans le contexte normatif social et culturel, et visent non seulement à protéger la réputation de la famille, mais aussi à affirmer la virilité et la fécondité du mari, parfois sans tenir compte de sa propre volonté. Cependant, bien que la belle-famille soit essentiellement une source de stigmatisation, il arrive qu'elle apporte, elle aussi, certaines formes de soutien.

1. Infertilité et soutien de la belle famille

Le soutien que reçoivent certaines participantes de la part de leur belle-famille est multiforme, total ou partiel, et/ou limité dans le temps. En effet, il arrive souvent que les positions soient révisées afin de proposer une nouvelle épouse au conjoint à travers un divorce ou la polygamie.

Le soutien de la belle-famille est souvent décrit par les participantes comme étant fondé sur des liens affectifs, se manifestant par des gestes d'initiés (Goffman, 1975), qui accompagnent les personnes stigmatisées dans la gestion du stigmate. Ce soutien se traduit par des encouragements, des gestes de réconfort, le partage d'informations sur les traitements potentiels, mais surtout par l'absence de menace concernant le statut de la femme au sein du couple.

Du côté de la belle-famille ... Personne ne m'insultait, personne ne me traitait mal. Non, avec ma belle-famille, que ce soient ses tantes, son père ou sa mère, ... personne ne me dérange par rapport à cette situation, là non, personne. (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

Cependant, j'ai mentionné précédemment que le conjoint de Sony est père. Ce qui suggère que le soutien de la famille s'explique par la distance qui existe entre ces derniers et le stigmate de la participante. Dans les cas où le conjoint n'est pas père, on observe que souvent, l'épouse prend soin d'enfants issus de la belle famille ou du mari comme c'est le cas pour Prisca et Nina.

(...) Bon, moi sur ce plan non je n'ai pas eu de pression. Je n'ai pas eu de pression vraiment c'était tout calme. (...) ma belle-mère par exemple, m'accompagne ! Donc quand elle m'amène, on trouve les médicaments traditionnels elle me donne! (...) Donc même j'ai les enfants à la maison de temps en temps, ils viennent et ils partent. Ce sont les enfants de mes frères, mes belles sœurs, les cousins et tout. (Nina, 44 ans, mariée, sans enfant)

En effet, le fait de prendre soin des enfants issus de la belle-famille suggère que le soutien obtenu s'explique par le paiement partiel de la dette de reproduction en apportant du soin aux autres enfants de la famille. Dans ce sens, une femme infertile peut se garantir le soutien de sa belle-famille en sous-traitant ses obligations en termes de reproduction, ou en mettant ses compétences de soins au service de la belle-famille.

Le soutien relève donc rarement uniquement d'un lien affectif qui lierait la femme infertile à sa belle-famille. Par exemple, la belle-mère de Diane l'encourage en ces termes :

Sa maman, ou lala... *Ça va aller, pourquoi tu te mets même la pression comme ça ? Viens viens je vais te montrer quelqu'un.* Elle montre une tante. *Elle, elle a attendu hein. Elle a cherché jusqu'à... Dieu l'a bénie non ? Voilà son fils qui est déjà à l'université. Donc reste tranquille. Je ne veux même pas que tu stresses. Regarde comment tu maigris ! Tu ne veux même pas manger, après on va dire qu'on te menace...* (Diane, 30 ans, mariée, sans enfants)

Pour Diane, le poids psychologique de l'infertilité induit un amaigrissement qui pourrait être interprété comme un signe de mauvais traitement qu'elle recevrait de la part de son époux. Ainsi, les encouragements de la belle-mère de Diane témoignent entre autres, d'une volonté de protéger l'image du conjoint et de sa famille. Ces derniers pourraient se faire

accuser de l'infertilité du couple si le voisinage ou la famille lie l'amaigrissement de l'épouse à de mauvais traitements. Par ailleurs, si le soutien de la belle-mère de Diane est basé sur des expériences de femmes qui, au bout d'un certain moment, ont fini par avoir des enfants, on pourrait se poser la question de savoir ce qu'il advient d'un tel soutien lorsque la situation d'infertilité se transforme en situation de crise ?

En effet, il arrive que la perspective de l'impossibilité à payer la dette de procréation mette à mal le soutien que recevait une participante, surtout lorsque les conjoints ne sont pas mariés.

Dans le cas de Bertille, malgré un soutien apparent, la belle-famille lui a fait remarquer qu'un enfant n'est pas suffisant. En effet, selon la tradition bamiléké, le premier-né n'hérite pas,⁴¹ ce qui signifie que la participante n'a pas les moyens de perpétuer le nom de son époux.

Mal réagir devant moi, non. Par contre peut-être derrière ? Je ne sais pas. Je me souviens seulement qu'une fois, ils ont dit que chez eux les premiers nés n'héritent pas. Je n'ai pas compris sur le coup, c'est ma mère qui a compris. (Bertille, 33 ans, célibataire, 1 enfant)

Ainsi, la belle-famille a une position ambivalente entre encouragement à la reproduction, et menaces en ce qui concerne le statut matrimonial. Dans le récit d'Ornella, cette double position de la belle-famille est plus évidente à saisir.

Bon comme les gens disent, on va essayer de te consoler, sa maman dit : *oh non ça va venir, tu es encore jeune*. Mais... j'ai 38 ans je ne suis plus jeune ! *Ça va venir, ne te décourage pas*. Oui bon, ... après derrière, c'est eux même qui sont encore allés chercher les femmes, venir donner à leur enfant ! Donc (rires) je prends avec les pincettes. (Ornella, 38 ans, en couple, sans enfant)

Bien qu'Ornella reçoive du soutien émotionnel de la belle-mère, son statut dans le couple reste menacé par cette dernière qui entreprend de proposer d'autres femmes au conjoint. L'ambivalence des belles-familles de Bertille et d'Ornella introduit l'idée de stigmatisation/marginalisation partielle qui, en référence aux besoins émotionnels, financiers, et statutaires, permet de montrer différentes combinaisons dans le soutien et dans la stigmatisation. Le soutien comporte de plus une dimension temporelle qui est limitée, et dont la durée, une fois échue, conduit à une stigmatisation plus affirmée.

⁴¹ Bertille et son conjoint sont originaires de l'ethnie Bamiléké où le premier garçon tire son nom de la famille de la femme. Il est écarté de la succession traditionnelle différente de la succession légale, à moins d'être l'unique garçon de la fratrie.

2. Infertilité et stigmatisation de la part de la belle famille

Quelles formes prend la stigmatisation de la part de la belle famille et comment est-ce que leurs réactions s'inscrivent dans les rapports de couple? Par quels processus et pratiques se transforme-t-elle en exclusion pour les femmes infertiles? J'analyse ici comment temporalité, ethnie et questions financières s'articulent en fonction des expériences des participantes.

Un exemple qui illustre la stigmatisation vécue par Françoise réside dans la présence de questions sur sa vertu liée au fait qu'au regard des normes d'âge, elle se trouvait déjà dans une marginalité partielle au moment de son mariage à 30 ans. La stigmatisation vient donc d'une temporalité qui contrevient aux normes sociales de reproduction mentionnées au chapitre 4.

Et vous voyez on est en Afrique, la belle-famille malgré... on ne va pas te le dire en face ! Mais tu es au courant de certaines choses. Il se dit que tiens, il a d'ailleurs épousé quelqu'un qui a le même âge que lui, ... qu'est-ce qu'on attend de la personne ? Certains ont même eu à dire que voilà, elle a même déjà évacué tout [avorter de nombreuses fois]. (Françoise, 42 ans, mariée, 2 enfants)

L'expérience de Françoise illustre cette corporéité du genre à partir de la laquelle des éléments biologiques et biographiques communs aux hommes et aux femmes, mènent cependant à des attentes et des conséquences différenciées. Les remarques que reçoit Françoise sont par ailleurs liées à des représentations sociales sur l'enfantement, la reproduction et le corps des femmes. En effet, selon la croyance populaire au Cameroun, les femmes viennent au monde avec, dans leur ventre, un nombre limité d'enfants, que les avortements auraient épuisés. Le processus de stigmatisation de l'infertilité correspond donc une fois de plus à ce que décrit Goffman (1975) concernant le fait pour l'entourage, à la suite de la découverte d'un attribut discréditant, de supposer de l'existence d'autres tares. Notons que ce point de vue est surtout entendu en cas d'infertilité, qui serait donc le résultat du fait que la participante ait déjà donné tous les enfants qui lui étaient réservés.

La dimension temporelle de la stigmatisation correspond par ailleurs à des changements dans les enjeux que pose l'infertilité en fonction de différents moments du parcours de vie des femmes. Dans le cas de Mona dont l'infertilité potentielle est connue depuis une vingtaine d'année, la stigmatisation de la belle-mère émerge en raison de la formulation d'un projet de mariage entre elle et son partenaire.

Ça arrive que la mère qui te supportait, qui t'accompagnait, ... qui donnait même l'argent de transport à son fils [en lui disant] va avec elle à l'hôpital et tout ! Elle se met à t'insulter ! Les insultes de ça ! On m'a tellement insultée qu'à un moment j'ai dit que bon, ça suffit là ! On ne va plus me prendre la tête pour ce genre de choses. (Mona, 33 ans, fiancée, sans enfant)

Ainsi, je propose que tant que les partenaires sont jeunes et ne formulent pas de projet d'union, la stigmatisation est en quelque sorte non nécessaire car le conjoint n'est pas associé à la situation. Or, d'un point de vue normatif, le but du mariage est la procréation. Il est donc possible d'envisager que la réaction de la belle-mère de Mona soit justifiée par le fait que, ayant investi longtemps dans la recherche de solutions à l'infertilité de la participante, elle finit par entrevoir que ce soit une situation définitive. Dans ce cas, le mariage n'est plus justifié car Mona ne pourra remplir son obligation de procréation. De plus, cette expérience démontre la pertinence d'envisager les relations de genre au-delà de la sphère conjugale.

En effet, bien que je n'aie pas interrogé la participante sur les raisons pour lesquelles la durée des fiançailles a été prolongée à 4 ans, il est plausible que ce soit dû aux réticences de la mère. Les hommes sont donc soumis à des normes familiales et de séniorité qui les placent en position minoritaire face à d'autres femmes, et façonnent leurs réactions à l'infertilité de leurs épouses. En plus des questions de temporalité et de durée de la situation, les réactions des belles-familles peuvent également être ancrées dans des questions tribales.

En effet, la question ethnique est au cœur de la stigmatisation vécue par Laura et Carine. Chez Laura, la différence ethnique entre les conjoints a été le point de départ des dissensions.

Dans ma belle-famille la première chose déjà c'est que le fait que je sois d'une autre tribu est aussi compliqué ! C'était déjà compliqué... c'est déjà compliqué parce que je suis Bamiléké, mon mari c'est un Ewondo, déjà ça c'était compliqué. Ce qui fait que quand on allait [dans des cérémonies] c'étaient des insultes sur mon corps, c'étaient des insultes sur mon physique, c'étaient des insultes sur le fait que je ne puisse pas donner d'enfant à leur frère, c'était toutes sortes d'insultes en fait ! (Laura, 40 ans, mariée, sans enfant)

L'expérience de Laura contribue à illustrer une fois de plus l'importance des cérémonies familiales ou culturelles dans les expériences de l'infertilité. En effet, ces moments sont des occasions déterminantes, où le contact avec les « normaux » au sens de Goffman (1975) est difficile, l'information sur le stigmate étant connue. Au-delà de l'infertilité, la stigmatisation vécue par Laura vient de l'hétérogamie ethnique dans son couple. Il en va

de même pour Carine dont j'ai mentionné les nombreuses fausses couches au chapitre 4, et qui est elle aussi Bamiléké, mais dont le conjoint est de Kribi. En réaction, la belle famille de la participante l'accuse de sorcellerie.

Et puis j'ai ma belle tante, sa tante à lui, qui a dit ouvertement que j'ai la sorcellerie dans le ventre, qu'il faut absolument faire quelque chose. Et d'autres personnes qui disent [à son conjoint] que tant qu'elle n'accouche pas, il faut être sûr que tes affaires sont débloquées [elle est accusée de bloquer de développement professionnel du conjoint]. C'est allé jusqu'à nous dire que s'il m'épouse, il va mourir. Ce genre de choses. (Carine, 30 ans, en concubinage, sans enfant)

La sorcellerie selon la belle-famille expliquerait le fait que les enfants de la participante ne naissent pas vivants⁴². Par ailleurs, ces accusations ne se limitent pas au domaine de l'enfantement. Elles contestent la présence de la participante dans la vie de son conjoint, car elle est désormais envisagée comme étant un danger de mort pour celui-ci puisqu'elle serait une sorcière.

De même, la belle-mère d'Émeline lui a fait comprendre qu'en raison de son origine ethnique, elle pensait que la participante n'était pas une bonne épouse pour son fils.

Sa mère, bon ! Le gars était Bassa moi je suis Béti, entre sa mère qui estime que les filles, bon..., je suis une fille Akonolinga [tribu Béti], et elle estime que les filles Akonolinga sont « *les filles aux cuisses légères* ». Son fils l'a rassurée que non c'est lui qui ma déviergée... Elle avait ce souci (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Cette prise de position de la belle-mère n'a pas émergé dès le début de la relation entre Émeline et son conjoint. C'est la situation d'infertilité qui l'a amenée à questionner les origines de la participante, les reliant à des tares comportementales qui expliqueraient la situation d'infertilité.

L'infertilité agit donc rétroactivement pour transformer des caractéristiques physiques et ethniques en tares, et justifie la verbalisation de la stigmatisation. En revanche, les réserves des belles-mères ne sont pas uniquement liées à l'origine ethnique des participantes. Contrairement à Laura et Carine qui sont des femmes salariées et diplômées, Émeline est une étudiante qui ne dispose que de revenus ponctuels et limités.

⁴² Au Cameroun, il existe des croyances selon lesquelles la sorcellerie existe principalement dans le ventre des femmes. Que ce soit chez les Bamiléké, ou chez les ethnies du Centre-sud, l'Ivu (sorcellerie) est une présence maléfique qui, dans le ventre des femmes, arrive parfois à créer des malformations chez les enfants, ou se nourrit du corps et du sang de ces propres enfants et conduit à des fausses-couches en répétition. (Voir Binogo Binogo, 2009, Évu Sorcier.)

Ainsi, pour les femmes aux revenus modestes, la stigmatisation de la belle-famille mobilise fréquemment la question financière, les femmes étant considérées comme de mauvais investissements qui ne porteront pas de fruits.

La stigmatisation liée aux questions financières peut s'exprimer suivant plusieurs modalités. En ce qui concerne Émeline, la situation financière du conjoint a été un élément déterminant puisque la belle-famille s'attend à ce que la participante puisse être non seulement productrice d'enfants, mais aussi et surtout productrice de revenus.

Et je suis étudiante, elle ne veut plus que son fils vienne investir sur une femme. Et moi j'avais mes projets, oh ! Je vais faire la thèse, je veux être enseignante à l'université. Dans ma tête je n'étais pas encore trop... dans l'insertion professionnelle, j'étais trop recherche, recherche. ... donc je me disais même si je suis dans un foyer, je continue mes études. Elle m'a clairement dit que vraiment elle, elle veut une femme qui travaille déjà pour son fils : *C'est elle qui ne produit rien, c'est elle qui ne veut pas faire d'enfant, c'est elle qui est malade* (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Ainsi n'étant pas productrice d'enfants, elle se trouve encore plus discréditée dans sa position par rapport au couple parce qu'elle n'est pas non plus génératrice de revenus. Dans le cas de Gina, la belle famille ne s'attend pas nécessairement à ce qu'elle produise de l'argent, mais à ce qu'elle puisse donner une contrepartie, grâce à l'enfantement, à ce que le conjoint apporte comme contribution financière à sa vie et au couple.

Les petits trucs comme ça que... c'est ça ! *Vous êtes seulement là à manger, manger. Mon fils travaille, l'argent là part où ?* (Gina, 31 ans, divorcée, 1 enfant)

Dans le récit de cette participante, on voit une fois de plus que l'enfantement est à la base de la relation de couple, dans le sens où le don de ressources financières par le mari est supposé recevoir un contre don d'enfants de la part de la conjointe. Et en l'absence de cette production d'enfant, Gina perd sa légitimité à profiter des ressources financières de conjoint.

En somme, la place prépondérante qu'occupent les femmes des belles familles dans la stigmatisation des épouses infertiles prolonge leur rôle social de soin aux enfants, et les rapports de genre où les femmes prennent soin des hommes. Cependant, alors que les insultes constituent l'outil principal de stigmatisation par la belle-famille, les enjeux liés au maintien de la relation relèvent des hommes qui ont donc un pouvoir déterminant quant aux expériences matrimoniales des femmes infertiles. La passivité ou tolérance des hommes face à la stigmatisation exercée par les femmes de leur famille sur leurs conjointes constituent un signe de plus des inégalités de genre qu'ils avalisent.

Au-delà ces sphères familiales, l'infertilité s'inscrit aussi dans d'autres domaines de la vie des participantes, notamment dans le domaine professionnel, dans les relations avec le voisinage ou dans son entourage non familial.

III. Infertilité dans les carrières professionnelles et dans l'entourage non familial

Comme mentionné au chapitre 1, l'infertilité affecte tous les domaines de vie des femmes. Dans cette partie, je m'intéresse aux réseaux qui se trouvent en dehors de la famille (foyer, famille nucléaire, élargie, belle-famille) de la participante. Plus spécifiquement, j'analyse la façon dont l'infertilité s'insère dans les carrières professionnelles et dans le réseau de connaissances des participantes.

A. Infertilité et carrière professionnelle

La relation entre la carrière professionnelle et l'infertilité au Cameroun doit être comprise dans un contexte général où il existe une grande compétition pour l' (auto)emploi salarié car non seulement le chômage (des femmes) est relativement élevé, mais aussi 90%⁴³ de l'emploi se trouve dans le secteur informel. L'emploi salarié est donc rare, mais demeure un marqueur de la vie d'adulte (Calvès et al., 2006) pour plusieurs participantes à ce travail. Le salariat constitue un élément des normes de reproduction, permettant l'accès à des ressources sur les plans financier et émotionnel.

Cette partie contribue à répondre à une des zones d'ombre de la littérature concernant les effets de l'infertilité sur les carrières professionnelles des femmes en Afrique. Elle démontre que la catégorisation des stratégies professionnelles des femmes infertiles américaines proposée par Olshanky (1987/2009)⁴⁴ permet de saisir partiellement les

⁴³ https://www.ilo.org/africa/countries-covered/cameroon/facet/WCMS_625014/lang--fr/index.htm

⁴⁴ Pour rappel « Trois modèles d'influence sur les carrières se dégagent des données : a) les identités de carrière sont devenues périphériques au fur et à mesure que l'infertilité prenait le devant de la scène, b) les identités professionnelles ont fait l'objet d'une attention croissante en tant que stratégie pour faire face à l'aspect global de l'infertilité ; c) les stratégies d'adaptation à l'infertilité ont été intégrées dans la carrière des femmes. » [Traduction libre] (Olshanky, 1987/2009 :185)

expériences des Camerounaises. Les récits permettent d'approfondir cette classification en analysant les résistances au prisme du contexte normatif spécifique au Cameroun.

1. Disparition des succès de carrière du fait de l'infertilité

L'emploi contribue à mettre en exergue la conjoncture vitale liée à l'infertilité dans la mesure où il n'est pas mobilisé dans le cadre du soin aux enfants. En effet, selon Olshanky (1987/2009), la première façon dont l'infertilité s'inscrit dans les carrières professionnelles des femmes infertiles c'est en éclipsant l'identité professionnelle de celles-ci. Dans ces cas, soit l'infertilité est un événement qui dessert la carrière professionnelle, soit la carrière professionnelle est envisagée comme un élément qui dessert la capacité d'enfanter.

Par exemple, l'infertilité dessert l'expérience professionnelle de Sony en amoindrissant la satisfaction apportée par le travail.

Vous êtes distraite en permanence parce que vous ne pensez qu'à ça ! Vous n'êtes plus concentrée au travail, vous n'êtes plus vous-même ! Et en tout cas moi ! (...) tu as un travail, tu gagnes de l'argent, tu as X, Y. Sur le plan professionnel, tu t'en sors très bien oui, mais il manque toujours ça ! Il manque ça, et ce manque c'est quelque chose qui ne vous lâche pas. Et c'est quelque chose qui fait en sorte que tout le reste perd sa valeur (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

L'identité de travailleuse ne peut donc être pleinement endossée, car elle est rattachée au constat permanent de l'incomplétude de l'utilité de l'emploi. Cette identité se trouve par ailleurs menacée en raison du poids émotionnel de l'infertilité dans les carrières professionnelles, notamment par une réduction des performances des femmes infertiles et de leurs capacités à effectuer leur travail tout en faisant face à la situation.

De plus, la carrière professionnelle peut être affectée par l'infertilité lorsque les femmes accusent le travail d'être à l'origine de la situation. En effet, lorsque l'infertilité est inexpliquée, et il arrive que le travail soit alors mentionné comme étant la source de l'infertilité en raison du stress qu'il cause.

J'ai accusé le boulot parce que c'était quand même assez stressant ! Je me dépensais beaucoup, même mentalement... parce-que le boulot était loin [en distance] et tout ce vacarme [elle parle des embouteillages, des constructions à proximité du lieu du travail bien que récentes, du stress constant pour être à l'heure, etc.] pouvait contribuer peut-être à... puisqu'on dit que l'état psychologique est pour beaucoup. Quand tu es stressée et tout, mais stressée pas par rapport à ça [à l'infertilité] ! ..., mais stressée par le rythme de la vie quoi ! Oui je mettais ça sur ce plan-là. (...) quand j'ai perdu mon emploi en 2011, quelque part aussi j'étais un peu contente, je me disais que maintenant que je suis à la maison peut-être que je vais me reposer, les choses vont aller. (Nina, 44 ans, mariée, sans enfant)

Le stress qui provient du fait d'occuper un emploi, tient à l'environnement de travail qui est bruyant, et à la distance qui sépare le lieu d'habitation de Nina et le lieu d'exercice du travail, la perte de l'emploi est alors envisagée comme étant un événement bénéfique. Ceci démontre l'importance accordée à la carrière reproductive par rapport à la carrière professionnelle, et renforce les positions des femmes en tant que non-pourvoyeuses. Il faut cependant noter, comme mentionné précédemment, que le conjoint de cette participante prend en charge les coûts financiers de la recherche de soins. Sans quoi, bien qu'identifiant l'emploi comme source de l'infertilité, la participante ne serait pas nécessairement en mesure de célébrer une période de chômage.

Cependant, parfois le fait d'avoir une carrière professionnelle représente un moyen de faire face à l'infertilité.

2. Le travail comme moyen de faire face à l'infertilité

Selon la seconde catégorie d'interactions entre les carrières professionnelles et l'infertilité identifiée par Olshanky (1987/2009), il arrive que les identités professionnelles se constituent en échappatoire. Dans ce sens, grâce à leurs performances, certaines participantes trouvent un sens à leur vie car leur travail s'apparente au fait de donner naissance.

En effet, à travers l'emploi, certaines femmes ont la possibilité de donner naissance à des projets, donner naissance à de nouvelles ressources, donner naissance à des entreprises et apporter une contribution à la société. C'est notamment le cas pour Diane, une auto-entrepreneure dont l'emploi est une source d'épanouissement.

Mais comme je le dis le travail m'a sauvé la vie. Le boulot m'a sauvé la vie, ça m'a épanouie. De sortir le matin, de rentrer le soir, ça m'a épanouie... D'être dans une maison sans enfants, c'est pas évident. Tu pars au travail le matin, tu rentres le soir. (Diane, 30 ans, mariée, sans enfant)

Dans un contexte de rareté de l'emploi, Diane a donné naissance à un projet qui lui permet de faire face à son infertilité grâce notamment au temps passé hors du domicile familial vide d'enfant, et d'échapper temporairement à cette réalité. Cependant, il faut noter que l'implication de Diane dans son travail pourrait être stigmatisée car le Cameroun est une société où les femmes carriéristes sans enfants sont souvent critiquées, leur réussite

professionnelle étant interprété comme étant un choix de non-conformité aux normes de reproduction. D'ailleurs, c'est l'interprétation qu'avait posé Carine sur le parcours d'une de ses supérieures.

Carine est employée dans une institution financière, et rapporte avoir le sentiment de contribuer et de créer grâce à son emploi.

Également la considération que j'ai dans mon entreprise. Mon entreprise par exemple je suis la seule femme cadre. On envisage de s'internationaliser, c'est un groupe d'entreprises camerounaises. Et faire partie de ce projet c'est bien. Participer également vraiment à générer des revenus à partir de nos capitaux camerounais c'est également une grande fierté et je sais que beaucoup reste encore à venir. (Carine, 30 ans, en concubinage, sans enfant)

Ainsi, même si son épanouissement n'est pas complet parce que, du point de vue familial, elle n'a pas réussi à atteindre ses objectifs de reproduction, l'emploi représente un domaine dans lequel elle a du succès, ce qui nourrit son épanouissement. Or, malgré sa situation d'infertilité, elle explique avoir pensé que sa supérieure avait choisi de sacrifier la maternité au profit du travail.

Il y a même la femme la plus gradée de l'entreprise qui a juste un an de plus que moi. On se disait à un moment donné peut-être elle ne veut pas. Elle s'est mariée ça fait quoi? 5 ans? Peut-être elle ne veut pas, mais en fait après dans les coulisses après on a appris qu'elle cherchait ardemment. Son niveau d'activité, on se disait c'était compatible avec le non-désir d'enfant parce qu'elle est hautement occupée. C'est genre même la nuit tout ça tu la vois super active, nous on s'est dit à un moment qu'elle ne voulait pas, peut-être elle attend. Mais après on a su que eh eh, elle cherche ..., ça ne vient pas (rire). (Carine, 30 ans, en concubinage, sans enfant)

Dans cette assertion de Carine, le non-désir d'enfant est un moyen de camoufler l'infertilité, de même que l'implication au travail rime avec le non-désir d'enfant. Bien que cette question du non-désir d'enfant n'ait pas été explorée en profondeur, ce récit permet d'illustrer la façon dont il peut être interprété dans les sociétés camerounaises, c'est-à-dire comme étant une stratégie permettant d'entrer dans une marge relative par rapport à la reproduction. Je reviens sur cette idée dans le chapitre 7, mais on pourrait avancer que déclarer un non-désir d'enfant est une stratégie de gestion de l'information sur l'infertilité car elle laisse ouverte la possibilité de changer d'avis et maintient l'illusion de contrôle sur la reproduction, tandis que l'infertilité suggère une situation irréversible.

Cela dit, pour en revenir à la place du travail, on retient les identités de carrières permettent de faire face au poids émotionnel de l'infertilité. Elles permettent par ailleurs de faire face au poids financier de l'infertilité en donnant aux femmes les moyens de recourir à des traitements.

Moi je rends grâce à Dieu aujourd'hui parce qu'il m'a permis de faire des recherches. Il m'a permis d'apprendre un certain nombre de choses ! Il m'a permis de travailler, il me permet de faire des traitements. Tu comprends ? C'est pour ça que parfois, il y a des jours je pleure et je me dis c'est injuste. Mais j'ai quand même la possibilité de tenter. J'ai quand même la possibilité de tenter beaucoup de choses. (Ornella, 38 ans, en couple, sans enfant)

Cette déclaration d'Ornella doit être analysée en gardant à l'esprit le fait qu'en cas d'infertilité la recherche de solutions relève de la responsabilité de la conjointe, qui souvent s'y investit sans le concours du conjoint. Ce qui suggère que les femmes infertiles sont tiraillées dans des directions contradictoires au regard des normes qui leur attribue la responsabilité de reproduction, au regard des attitudes des conjoints qui souvent maîtrisent la gestion financière des couples, mais aussi au regard du contexte socioéconomique dans lequel elles ont, plus que les hommes, de la difficulté à accéder au marché du travail, et donc aux revenus qui leur permettraient de chercher des solutions à leur situation.

En effet, l'établissement de cette relation positive entre le travail et l'infertilité ne se fait pas sans résistances. Par exemple, Ornella m'explique que son conjoint qui est père attend d'elle qu'elle lui cède la majeure partie de ses revenus, faisant de lui le gestionnaire des revenus du couple au détriment de la recherche de solution.

Dans un pays comme celui-ci une femme qui se débrouille, qui gagne bien sa vie, elle n'a pas d'enfant, ça veut dire qu'elle n'a pas de charge ! Quand je dis que j'ai aussi des problèmes à résoudre il me dit *oh tu as quel problème ? Tu n'as pas de charge, tu n'as pas d'enfant !* Donc comme si parce que je n'ai pas d'enfant ça veut dire que je n'ai pas de charge, je n'ai pas de problème à résoudre. (Ornella, 38 ans, en couple, sans enfant)

En écho à la place de l'emploi dans le cadre normatif de la reproduction explicité au chapitre 4, tout se passe comme si les revenus des femmes infertiles sont indûment acquis, et devraient être cédés à des individus qui sont parents. Ceci s'observe non seulement dans la sphère privée comme chez Ornella, mais aussi dans la sphère professionnelle comme chez Émeline.

On dit que... comme parfois on dit tout l'argent que tu gagnes là c'est pour faire quoi avec ? Tu vas seulement acheter les sacs à main et les chaussures. Pendant les rentrées ou pendant les fêtes de fin d'année, vous êtes peut-être en train de faire une activité qui vous donne de l'argent, quelqu'un te lance que : *toi aussi tu veux beaucoup d'argent comme ça, est-ce que tu as un enfant à envoyer à l'école ?* (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Cette attitude des collègues d'Émeline constitue une double stigmatisation, car non seulement elle doit justifier le paiement de son salaire, mais en plus, la sphère

professionnelle la ramène sans cesse à sa condition. C'est par ailleurs une situation dichotomique puisque sa légitimité à profiter de ses revenus est questionnée car elle n'a pas d'enfant, alors que l'injonction de maternité et les responsabilités d'investissement dans la recherche de solution demeurent.

3. Intégration de l'infertilité à la carrière professionnelle

Olshanky (1987/2009 :185) explique qu'il arrive que les mesures d'adaptation à l'infertilité soient intégrées aux carrières professionnelles des femmes infertiles. Pour certaines participantes, ceci se matérialise par la mise en place de procédures par l'employeur, permettant à la participante de suivre ses traitements tout en continuant son emploi.

En termes de procédure et avantages sociaux au travail, les participantes ont été interrogées sur le type de soutien qui sont mis en place par les entreprises auxquelles elles appartiennent, en rapport avec la situation d'infertilité. Les questions concernaient par exemple la possibilité de prendre des congés ou encore la possibilité d'avoir accès à l'assurance maladie qui prendrait en charge une partie des traitements.

Aucune des entreprises auxquelles appartiennent les participantes n'a de système d'assurance maladie qui prend en charge les dépenses. Cependant, à travers le travail, les participantes s'inscrivent dans de nouveaux réseaux de connaissances et d'amis qui peuvent s'avérer être des sources de soutien en créant des aménagements dans les procédures.

Et au niveau du boulot, comme vous avez demandé tout à l'heure, j'ai eu la chance vraiment d'avoir des patrons... compréhensifs. Déjà qu'ils ont pratiquement vécu mon calvaire ! Ils ont été aux fêtes de mon mariage, ... ! Un an, deux ans, trois ans à quatre ans après le mariage il n'y a rien. Donc je me suis ouverte, honnêtement, je me suis ouverte à mon patron je n'ai pas été cachotière, je leur ai dit voilà ce que j'entends faire, voilà ce que ça me prend en termes de temps. Et voilà ! Mon boss m'a dit vraiment vas-y fais-le, tu as tout mon soutien. Voilà ça s'est bien passé. D'accord ! (Françoise, 42 ans, mariée, 2 enfants)

Le soutien des collègues et notamment du patron de la participante se manifeste dans les flexibilités qu'ils créent dans l'horaire de la participante, de manière à lui permettre de pouvoir s'investir dans la recherche de solutions pour l'infertilité sans compromettre sa position d'employée.

En somme, les identités professionnelles peuvent être questionnées en raison de l'infertilité, elles peuvent être la source d'un épanouissement et d'un soutien face à la situation, et faire l'objet d'aménagements permettant de gérer l'infertilité. En revanche, l'infertilité en dehors de la famille n'affecte pas uniquement la carrière professionnelle des participantes. La situation s'étend aussi à leurs réseaux de connaissances : amies, voisines, rencontres occasionnelles.

B. Infertilité, réseaux d'amis et connaissances

Selon Goffman (1975 : 32), la compromission de l'identité sociale des individus a pour effet de mettre la personne stigmatisée face à « ...un monde qui la rejette (...), l'univers entier est contre elle ». En effet, l'auteur fait ici référence à l'environnement global des personnes stigmatisées, au regard de la société. Il mentionne que dans ces cas, les stigmatisés sont cependant capables de trouver des alliés compatissants, surtout lorsque ces personnes partagent l'attribut stigmatisant.

J'ai parlé précédemment des enjeux de l'infertilité pour le réseau familial (famille et belle-famille), qui sont liées par exemple à l'importance accordée à l'enfant, et à l'honneur des hommes et des familles. Bien que le stigmate ne soit pas attaché à leur corps, les personnes composant ce réseau peuvent faire face aux conséquences de l'infertilité en raison des relations sociales qui lient les membres des familles. Ainsi, la position des ami.e.s et connaissances a ceci d'intéressant qu'au-delà d'enjeux affectifs, l'infertilité d'une femme n'a aucune conséquence sociale sur leurs parcours de vie. Cependant, pour les femmes infertiles, la situation crée ce que Goffman (1975 : 34) nomme « vie corporative », et qui correspond entre autres à des réseaux d'entre-aide.

1. *Ami.e.s et connaissances comme alliées contre l'infertilité*

Sony explique recevoir une attention particulière de la part de ses ami.e.s par rapport à son ressenti. Dans son cas, le soutien correspond au fait de ne pas questionner la situation d'infertilité et à comprendre la sensibilité du sujet pour la participante.

Ils [les amis] sont un peu plus attentifs. Je dirais un peu plus soucieux de ma réaction, de mon ressenti. Oui, je les sens plus attentifs. Je pense... c'est leur manière de m'accompagner en silence dans ce que je traverse. (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

Dans d'autres cas tels que chez Kim, le soutien des amies prend la forme de l'écoute et d'indications des potentielles solutions à l'infertilité.

Après je ne sais pas ! J'ai parlé de ça à ma meilleure amie, je lui ai dit je ne sais pas, mais, j'ai l'impression que j'ai un problème, je n'arrive pas à concevoir. Elle me dit bon, quand tu seras en période fait tout pour faire l'amour avec ton gars, j'ai dit OK...

J'ai demandé à une amie qui fait dans la médecine, elle m'a dit oui ça c'est... c'est 24 heures, la pilule du lendemain c'est 72 heures j'ai dit bon OK ! (Kim, 30 ans, célibataire, sans enfants)

En effet, Kim s'en remet souvent à ses amies et connaissances, que ce soit pour discuter de la situation, pour obtenir des conseils en termes de gestion de corps et même pour solliciter des conseils d'ordre médicaux.

L'analyse de Goffman (1975) permet de mieux saisir ces relations que décrivent Kim et Sony. En effet, la réaction d'une personne normale face au stigmate n'est pas nécessairement de discréditer la personne stigmatisée. Ainsi, bien qu'il existe des normes sociales en lien avec la reproduction qui déterminent les attentes de la société en général par rapport au parcours reproductif des femmes africaines, il peut arriver qu'une personne stigmatisée trouve des alliés dans la société.

Ce soutien est encore plus important lorsque les amies partagent la situation, et que les personnes stigmatisées se regroupent en noyau d'entraide. Dans le cas d'Ornella, c'est une voisine ayant aménagé à la suite de la perte de son foyer qui lui apporte de l'aide.

C'est elle [voisine et amie] qui m'a tenue par la main, c'est elle qui m'a amenée, les premières vitamines c'est elle qui me les a achetées ! Elle est béninoise, elle n'est pas camerounaise. Parce qu'elle sait ce que c'est ! Parce qu'elle a traversé, elle a perdu son foyer parce qu'elle n'arrivait pas à faire des enfants ! Et donc c'est elle qui m'a beaucoup soutenue, c'est elle qui me soutient parce-que je ne vais pas te mentir c'est difficile. (Ornella, 38 ans, en couple, sans enfants)

Comme l'explique Goffman (1975 :32), les personnes discréditées deviennent des professionnelles de leurs stigmates, ce qui en fait des alliées, des personnes en mesure de comprendre et d'accompagner les nouveaux stigmatisés. Dans ce sens, le parcours de l'amie lui confère un statut d'experte qui la rend apte à accompagner, à partager son expérience avec Ornella.

Ceci illustre l'idée selon laquelle, loin d'être homogène, la marge est un espace social codifié et stratifié. Cette stratification repose que la reconnaissance des compétences acquises par les individus qui gèrent le stigmate depuis plus longtemps que les autres

stigmatisés. Ainsi, les expériences vécues par les autres femmes sont utiles aux participantes comme Émeline qui sont dans une démarche d'acceptation.

À un moment aussi j'ai commencé à m'intéresser au parcours des autres femmes pour les comprendre Elles te disent toi tu as même la chance que tu conçois ! Au moins tu peux garder ... pendant huit semaines, douze semaines. Moi je n'ai jamais eu de retard, tu dis ha ! (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Ce soutien intervient dans une perspective de reconstruction de soi comme le mentionne Émeline, et permet à cette dernière de réaliser que la situation d'infertilité n'est pas une situation isolée. De plus, le récit d'Émeline et les réactions des autres femmes infertiles par rapport à sa catégorie d'infertilité suggère un autre niveau de différenciation dans la marge. Le contact entre les personnes stigmatisées les hiérarchise par rapport à l'expérience même du stigmate et par rapport à leur distance de la normalité. Une femme qui réussit à tomber enceinte est ainsi considérée comme possédant un avantage sur celles dont l'infertilité se traduit par une absence de grossesse. Les compétences les plus valorisées à la marge de la reproduction sont donc celles qui éventuellement permettent un retour à la normalité.

Ainsi, il arrive que les femmes aient du soutien de leurs amies et connaissances en apprenant de leurs expériences, et en se confortant dans l'idée que l'infertilité peut trouver une solution. C'est le cas pour Bertille.

Tous mes amis m'apportent un soutien moral. Tous sont là pour moi, pour m'apporter le soutien dont j'ai besoin. J'ai une amie qui était dans la même situation, mais son problème est résolu. Ça fait peut-être deux semaines qu'elle est enceinte. Quand je suis arrivée, elle me disait qu'elle n'arrivait pas à concevoir, mais elle en avait déjà trois. Mais elle disait qu'elle ne parvenait plus à tomber enceinte. Mais ça fait 2 semaines qu'elle m'a dit qu'elle est enceinte. (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

Le récit de Bertille montre un autre exemple de cette stratification du réseau d'entraide qui se bâtit autour de la résolution du problème. En effet, tel qu'illustré par les images suivantes, les femmes qui ont réussi à résoudre leur infertilité sont perçues comme détentrices de secrets de grande valeur, auxquels les femmes infertiles aspirent.

Image 15: Appel à témoignage dans le groupe Facebook Love Kmer Sisters

Image 16: Appel à témoignage dans le groupe Cour Commune-Femme de Valeur

Image 17: Annonce pour un témoignage dans Love Kmer Sisters



Source : observations sur Facebook

Comme le montrent ces images, les femmes qui ont réussi à avoir des enfants ont de la légitimité pour prodiguer des conseils aux femmes infertiles. Elles racontent leurs histoires volontairement, mais sont souvent sollicitées pour faire des « *tcho* » (récits de leurs expériences) sur Facebook ou répondre aux questions. Il semble donc qu'en présence des personnes détentrices de l'information discréditante, il est rarement possible pour les femmes jadis infertiles de se détacher complètement de la marge. Cependant, en tant qu'héroïnes, le rapport à la marge se transforme en une expérience positive et porteuse d'espoir d'enfantement.

2. Infertilité et stigmatisation par l'entourage non familial

Non intentionnelle ou voulue, la stigmatisation associée à l'infertilité peut provenir de diverses sources, y compris de l'entourage non familial ou de la société en général. Ainsi,

le rapport aux autres illustre les écrits de Goffman (1975) sur le sentiment des personnes stigmatisées d'avoir le monde contre elles.

Les participantes décrivent ainsi des situations de stigmatisation non volontaire, liées aux grossesses des femmes normales, anciennement stigmatisées, ou des femmes rencontrées par hasard.

Pour Nina et Émeline, le questionnaire sur les grossesses des autres femmes ne porte aucun visage, les récits concernent les inconnues.

Moi particulièrement, quand je marche en route et ..., quand je vois une femme en enceinte, je me demande, mais comment ? Qu'est-ce que celle-là a fait ? Mais, il me manque juste le cran pour l'approcher, pour lui demander (RIRE) comment elle a fait ? Donc, ce n'est pas facile ! C'est beaucoup plus le manque là, et pouvoir expérimenter aussi.... Parce-que quand je vois une fille, je me dis que, mais elle se sent comment ? Le ventre est prolongé elle est comment ? Comment elle vit dans sa chaire ? Comment, comment ? (Nina, 44 ans, mariée, sans enfant)

Pour Émeline, les sentiments qu'elle avait envers des femmes enceintes s'apparentaient à de la haine, de la colère et lui inspiraient des réactions hostiles.

Je vais voir une femme enceinte, je me fâche, ou je toise [dévisage], ou j'envie et autres. À un moment ça été comme ça. Surtout quand ma maman ... a commencé à me mettre la pression. ... j'enviais plutôt que si ça pouvait être moi. (...) La jalousie ! (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Ainsi, partager le même environnement que des amies, des connaissances ou des inconnues qui parviennent à tomber enceinte suscite à la fois des réactions de tristesse, mais aussi des réactions de jalousie, de colère, de haine par rapport aux femmes enceintes.

Je propose d'expliquer ces sentiments négatifs sur les grossesses par l'entourage par ce que Goffman (1975 :153) appelle des similitudes concernant « les croyances relatives à l'identité ». En effet, autant les femmes fertiles que les femmes infertiles possèdent le bagage normatif nécessaire pour comprendre et réagir face aux situations discréditées. Ce qui signifie que les participantes sont en mesure d'anticiper, ou du moins d'imaginer comment leur infertilité est perçue par les autres femmes. Et dans ce sens, les grossesses d'autres femmes sont des rappels constants d'une impossibilité à se conformer.

Dans les cas de Diane et de Josée, la stigmatisation non volontaire se rapporte surtout à des rapports avec les amies enceintes. Josée s'auto-stigmatise en comparant sa propre situation à celles de ses amies.

Tu as peut-être des amies qui ont accouché, avant elle et elles, elles sont déjà à deux trois. Tu es là tu es à un, tu cherches ça... ça fait mal. Ça il faut avouer ça fait mal, très mal. (Josée, 34 ans, mariée, 1 enfant)

Cependant, elle ne rapporte aucun changement dans les relations avec lesdites amies. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que Josée soit mère d'un enfant, l'infertilité la plaçant dans une marginalité relativement proche de la norme. Ceci pourrait par ailleurs s'expliquer par le fait que les amies dont parle Josée n'ont pas vécu de situation d'infertilité, et n'ont donc pas de rapport particulier à la marge. Leur proximité avec Josée n'a donc aucune conséquence en termes de marginalisation.

Or, dans le cas de Diane qui n'a pas d'enfant, les grossesses des amies occasionnent une dégradation des rapports amicaux. Ces amies sont des femmes qui vivaient des situations d'infertilité.

J'étais couchée sur le canapé. Mon mari me dit que c'est quoi ? Je dis que non, c'est [son amie]. Je t'avais parlé d'elle et tout et tout. Il me dit ah OK. Elle a fait presque un mois et demi elle ne m'a pas appelée. Quand elle m'a appelée c'est pour me dire qu'elle est enceinte. Avant ça je disais à mon mari que ça fait longtemps [qu'elle] ne m'a pas appelée, c'est sûr qu'elle est déjà enceinte, ... c'est comme ça qu'elles me font. (Diane, 31 ans, mariée, sans enfant)

Diane a vu ce schéma se répéter plusieurs fois, des amies avec lesquelles les relations ont été rompues une fois qu'elles ont été enceintes et qu'elles ont eu des enfants. Ce qui suggère que les rapports de Diane avec ses amies sont façonnés par l'expérience que chacune a de la marge, et des possibilités de s'en distancer.

Pour d'autres participantes telles Ornella et Queen, le contact aux autres correspond à des situations de stigmatisation volontaire à travers des insultes, surtout lorsqu'il préexiste une situation conflictuelle.

J'ai une amie qui est mariée, elle a fait 5 fausses couches. Hum ! 5 ! Elle a eu des problèmes avec sa copine l'autre jour, sa copine lui a dit ... Ou bien va d'abord faire les enfants, tu donnes à ton mari avant de venir me parler [ce qui dans le contexte du Cameroun est une insulte grave à une femme infertile]. (Ornella, 38 ans, en couple, sans enfant)

Dans les insultes qui proviennent des membres de l'entourage ou des amis, il n'y a pas uniquement les atteintes à la personne de la participante, mais également une privation de leur légitimité à participer à l'éducation des enfants qui se trouvent autour d'elles, et à exercer quelque autorité que ce soit dans la mesure où elles n'ont pas elles-mêmes donné naissance.

Une fois au marché, bon j'esquivais la boue. Il y avait une maman [voisine de comptoir], en esquivant donc la boue j'ai heurté son enfant. Mais elle m'a tout dit hein ! « *Oh il faut accoucher ta part avant de faire comme ça* » J'ai répondu que, oh maman je n'ai pas vu, j'esquivais plutôt la boue avant de me heurter sur ton enfant, qu'est-ce que tu me dis comme ça ? *Hey pardon fiche moi le*

camp, il faut accoucher ta part avant de faire ça ». Donc ça m'a fait bizarre ! J'ai seulement dit dans mon cœur que pourquoi elle dit que je n'ai pas d'enfant ? (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

Ce que décrit Queen intervient dans un contexte où, comme mentionné dans le chapitre 1, l'enfant appartient à tous les membres de la communauté, et la séniorité est un élément structurant des rapports sociaux. Or, l'infertilité tend à exclure les participantes de cette gestion collective des enfants, leur droit d'ainesse face à ces derniers n'étant pas reconnu. L'analyse des effets de l'infertilité sur les carrières professionnelles et sur les relations plus générales au sein des réseaux de connaissances permet d'en saisir les enjeux à des niveaux macrosociaux et de rapports de pouvoir. On constate que l'infertilité façonne ces domaines de l'expérience sociale renforçant le stigmat, mais il arrive souvent que ces sphères soient aussi des lieux de soutiens et d'accommodements inattendus.

En conclusion, le but de ce chapitre était de comprendre par quels processus l'infertilité s'insère dans différents domaines des parcours de vie des participantes. Dans cette perspective, la notion de carrière a été utile pour artificiellement découper les expériences des Camerounaises infertiles, et mettre en lumière les différents domaines qui sont transformés par l'infertilité, notamment la conjugalité, la famille, le travail, les relations aux amis et connaissances. Ce faisant, l'analyse a permis de mettre en lumière non seulement différentes catégories de besoins et d'enjeux qui émergent autour de l'infertilité, mais aussi de les rattacher à différents acteurs et ressources dont les positionnements façonnent les expériences de l'infertilité pour les femmes camerounaises.

L'analyse de l'impact de l'infertilité sur les relations de couple met en lumière l'importance de la réaction de l'homme dans la trajectoire du couple. De ce fait, l'infertilité accentue les disparités de genre au sein du couple, mettant en situation de fragilité les femmes. Cette fragilité découle non seulement du risque de déséquilibre financier et de précarité future pour le couple, mais également sur le plan émotionnel. En effet, les réactions des hommes sont variées et complexes, évoluant dans le temps en fonction de diverses configurations qui prennent sens à la lumière des normes sociales de reproduction évoquées dans le chapitre 4. Ces réactions peuvent conduire à des divorces, à la pratique de la polygamie, ou encore à des ajustements variés en termes de soutien financier et émotionnel, déterminés par les conceptions que les hommes ont des rôles de genre, ainsi que par leur perspective

sur leur propre parcours de vie et celui de leur conjointe. Les émotions jouent un rôle prépondérant dans les défis rencontrés par les couples confrontés à l'infertilité. En particulier, le travail émotionnel des femmes inclut non seulement la gestion de leurs propres émotions, mais également celle des émotions de leur partenaire, dans le but de les préserver des conséquences de l'infertilité.

De plus, la diversité des réactions à l'infertilité au sein du couple se manifeste également au sein des familles. Autant les femmes dans les couples ont la responsabilité de la reproduction, autant les femmes sont au cœur de la gestion et de la stigmatisation de l'infertilité à l'échelle des familles. De la part de leur famille nucléaire, les participantes obtiennent essentiellement du soutien, ce qui s'explique par les relations affectives qui lient les membres. Plus on s'éloigne du noyau de la famille nucléaire, plus il est probable de constater des attitudes stigmatisantes, surtout de la part des cousines. Dans les belles-familles, les belles sœurs et surtout les belles-mères sont les principales instigatrices de la stigmatisation. De plus, on observe que l'intentionnalité derrière la stigmatisation est cruciale pour comprendre les réactions des membres des réseaux familiaux. En effet, la stigmatisation de la famille proche, par exemple, découle de l'assimilation par les individus des normes, des valeurs sociales et culturelles, qui accordent une importance prépondérante aux rôles maternels, ainsi que de la crainte de ne pas pouvoir accéder à ce statut. Par ailleurs, la stigmatisation se manifeste à travers différents registres socio-économiques et tribaux, et plutôt que d'être une punition infligée aux femmes infertiles, ce comportement correspond souvent à une stratégie visant à protéger la réputation de la belle-famille en s'éloignant du stigmate.

Enfin, l'analyse des effets de l'infertilité sur les relations amicales et professionnelles situe les expériences des Camerounaises dans des relations sociales plus volatiles.

L'emploi occupe une position ambivalente au regard de l'infertilité. Alors que pour certaines femmes, le fait de travailler permet de faire face aux émotions négatives liées à l'infertilité, chez d'autres, la situation affecte grandement leur rapport au travail, justement en raison de ce poids émotionnel. De plus, l'analyse des carrières professionnelles montre des manquements dans environnements de travail qui invisibilise l'infertilité. Les femmes doivent s'en remettre à la générosité des patrons prêts à consentir à des accommodements permettant leur permettant de s'absenter pour les traitements tout en gardant leur emploi.

En ce qui concerne les connaissances, autant des situations de stigmatisation volontaires émergent, autant les normes sociales induisent des situations de stigmatisation non intentionnelles. Par ailleurs, ces relations sont souvent structurées par le rapport au stigmate et à l'expérience qu'en ont les autres femmes. Ainsi, que le fait de partager une expérience de l'infertilité conduit à des rapports de proximité, de solidarité dans la marge et d'entraide, le retour à la normalité effrite les relations amicales.

Face à tous ces enjeux que l'infertilité soulève dans différents aspects des parcours des vie des citadines camerounaises, quelles sont leurs réactions? Comment réagissent-elles, et quelles acteurs/ressources mobilisent-elles afin de repositionner socialement? Le chapitre 7 apporte des réponses à ces questions.

Chapitre 7 : (Re) négocier les marges de la reproduction

Ce chapitre porte sur le moment de l'expérience de l'infertilité où la situation devient un événement potentiellement irréversible, qui écarte le parcours de vie des normes de reproduction, et place les femmes infertiles à la marge. Dans ce sens, il répond à la dernière partie du questionnement de la thèse sur les stratégies mises en œuvre par les citadines camerounaises infertiles afin de gérer l'infertilité sur le long terme. Le long terme correspond au moment où la participante se prépare à ce que la situation d'infertilité, qui était vécue au départ comme une situation ponctuelle, un « écart dérisoire » (Goffman, 1975 :153) par rapport aux normes de reproduction, appelant à une résolution rapide, se transforme en situation de crise, une « déviation majeure » (Goffman, 1975 :153). Le chapitre comporte trois parties, qui portent non seulement sur les stratégies en rapport avec différents statuts liés à la parentalité et aux unions, mais aussi aux évolutions dans les carrières morales des participantes à mesure que l'infertilité s'inscrit dans le temps long.

Le contexte normatif de la reproduction met en lumière des éléments qui contribuent à bâtir la respectabilité d'une femme à travers la reproduction. Dans ce sens, la notion de stigmatisme est remise en perspective à travers celle d'irréversibilité, lorsque les statuts stigmatisés sont appréhendés en fonction de leur capacité à modifier durablement le parcours de vie. Les stigmates réversibles tels que le célibat, peuvent alors servir de ressource dans la gestion de stigmates plus ou moins permanents tels que l'infertilité comme moment de crise.

La deuxième partie analyse les stratégies autour de la carrière matrimoniale et leurs effets sur la sexualité des participantes. Ainsi, la gestion de l'information est un enjeu majeur pour les femmes qui désirent entrer en couple, et qui doivent arbitrer entre le dévoilement ou la dissimulation de l'infertilité aux potentiels partenaires pour tenter de garantir la stabilité de l'union, ou avoir accès à des relations sexuelles couramment. Pour les femmes mariées et en couple, les femmes infertiles doivent faire preuve d'ingéniosité, faire des concessions afin de se maintenir en union.

Dans la troisième partie de ce chapitre, j'aborde les stratégies de gestion émotionnelles de l'infertilité, les participantes oscillant entre acceptation et renonciation. Là encore, les femmes se positionnent dans une perspective de gestion prospective, qui correspond à des

aménagements dans l'attitude générale, et dans la gestion des ressources financières ou émotionnelles. Il s'agit en effet de faire des choix qui permettent de préparer le corps et le mental à porter une grossesse, ou au fait que la situation d'infertilité pourrait ne jamais se résoudre.

I. Soins aux autres et mise en avant de statuts alternatifs

Lorsqu'une femme acquiert le statut stigmatisé de femme infertile, dans quelle mesure est-ce que ses autres statuts lui permettent ou non de se rapprocher d'une certaine normalité? En d'autres termes, quels statuts sont mis en avant dans la gestion de l'infertilité et par quels processus permettent-ils d'échapper ou de faire face à la marge?

À travers le concept de stigmatisme tel que formulé par Goffman (1975), la notion d'identité multiples, et donc de multiples statuts est encadrée dans les analyses proposées dans cette partie. Par exemple, dans le chapitre 6, les effets de l'infertilité sont explorés suivant que les participantes soient mariées, célibataires, fille, sœur, employée, ou encore amie. Ces différents statuts peuvent être valorisés, tel que le fait d'être mariée, ou dévalorisés, tel que le fait d'être célibataire.

L'analyse révèle que lorsqu'une femme n'a pas été en mesure d'acquiescer le statut de mère, une des stratégies qu'elle emploie consiste à mettre en avant d'autres caractéristiques, d'autres statuts valorisés ou non, mais susceptibles de mitiger l'infertilité. La mise en avant de certains statuts comporte une certaine part d'imprévisibilité inhérente aux positions des personnes auxquelles s'adressent ladite stratégie, et à leurs interprétations de l'importance du stigmatisme.

A. Statuts alternatifs : la place du mariage et du célibat dans la gestion de l'absence d'enfant

Comme le relèvent Mondain et *al.* (2004 :287), le célibat prolongé des femmes sénégalaises reste « difficilement tolérable ». Cette observation valable dans plusieurs contextes d'Afrique Subsaharienne pose la question de savoir s'il existe des situations dans lesquelles le célibat d'une femme en âge de se marier peut-être un avantage. En effet, selon

Goffman, « l'individu affligé d'un stigmate s'en sert souvent en vue de « petits profits », pour justifier des insuccès rencontrés pour d'autres raisons » (1975 :21). C'est-à-dire que pour certaines participantes telles qu'Ornella et Kim, le célibat peut se représenter une ressource dans la gestion de l'infertilité, statut plus problématique.

Parfois je suis obligée de leur dire... quand ma grand-mère vivait encore, ma grand-mère me disait, mais c'est comment tu veux que je meure sans voir ton enfant ? Je veux voir tes enfants ! Ma grand-mère me disait ça ! Et pour ne pas la... je lui dis oh je ne suis pas mariée, tu veux que j'aie des enfants sans être mariée ? Elle me disait que le mariage c'est quoi ? Tu ne sais pas que ton enfant sera pour toi ? Ton mari peut partir un jour et l'enfant reste ton enfant ! (Ornella, 38 ans, en couple, sans enfant)

La mise en œuvre de cette stratégie repose sur des enjeux tels que la gestion de l'information que j'aborde en profondeur plus loin dans ce chapitre, et la hiérarchisation des normes de reproduction. En ce qui concerne la gestion de l'information notons que la recherche d'explications alternatives à l'absence d'enfants suppose que l'infertilité soit inconnue de l'interlocuteur. Quant aux normes de reproduction, on constate que c'est parce que la participante envisage le mariage comme préalable à la reproduction que le célibat est mobilisé comme moyen de camoufler l'infertilité. Or, pour la grand-mère de la participante, l'enfantement reste la norme la plus importante, ce qui conduit à l'insuccès de la stratégie. Cette expérience contribue à illustrer l'imprévisibilité des résultats des stratégies mises en œuvre par les participantes, surtout lorsque le succès desdites stratégies implique l'adhésion d'autres individus.

Pour Kim, en plus de l'idée de ne pas être mariée comme justification de l'absence d'enfant, elle a l'avantage d'appartenir à une fratrie dans laquelle les autres filles, qui sont plus âgées qu'elles, sont mariées et mères.

[Dans ma famille] on sait que moi je prends mon temps, parce que déjà ma mère n'a fait que des filles, il y a déjà les trois premières qui ont fait des enfants ! La première a fait, la deuxième a aussi fait, la troisième a un enfant d'un an presque.

Donc ce qui fait que, moi c'était d'abord calé que je ne voulais pas faire les enfants peut-être chez les parents, ou alors je ne veux pas faire l'enfant avec le premier venu, ou alors il faut d'abord que je stabilise mon avenir avant. Mais au fond de moi je suis... je sens... je ne sais pas ! J'ai comme l'impression qu'il y a un problème, et ça me fait un peu peur tu vois ! Je suis déjà à 30 ans bientôt l'année va finir, si je ne tombe pas enceinte, donc le stress... plus les années passent, plus les mois passent, plus le stress augmente donc ... C'est un peu ça ! (Kim, 30 ans, célibataire, sans enfant)

J'ai expliqué au Chapitre 5 que Kim soupçonne son infertilité en raison du fait d'avoir eu, sur une période prolongée, des rapports sexuels non protégés avec différents partenaires,

qui ont soulevé la question de savoir aucune grossesse n'est survenue. Elle a donc entrepris de multiplier les rapports sexuels, toujours sans résultat.

Le statut de célibataire que Kim met en avant pour expliquer son infertilité s'accompagne d'autres éléments explicatifs. D'abord, le fait que ses sœurs soient des mères lui permet de mitiger le soupçon d'infertilité qui pèse sur elle, car si ses sœurs ont eu des enfants, on peut supposer que ce sera aussi le cas pour elle. Ensuite, elle a réussi à faire accepter l'idée selon laquelle elle veut prendre le temps de répondre au contexte normatif de la reproduction (mariage, travail), ce qui lui permet d'échapper au soupçon d'infertilité qui pourraient découler de son âge et à une stigmatisation extérieure. Cela dit, cette stratégie ne suffit pas contre les inquiétudes de la participante sur ses chances de reproduction. Simplement, elle s'assure de ne pas vivre du stress supplémentaire venant de sa famille pendant qu'elle s'organise pour prendre sa situation en charge. Cette stratégie limite la stigmatisation extérieure, mais ne résout pas nécessairement la peur et l'autostigmatisation qui opère chez Kim.

La mobilisation du statut de célibataire permet donc de procurer une explication du manque d'enfant et de camoufler l'infertilité. Le but des femmes qui mobilisent cette stratégie n'est pas de sortir de la marge, mais d'exister dans une position moins marginale qui oblitère l'infertilité. Dans d'autres cas, les statuts alternatifs se basent sur une reconnaissance de l'infertilité, et l'ouverture de nouvelles possibilités de respectabilité.

Les statuts valorisés comme épouse, fiancée, employée permettent à plusieurs femmes infertiles de se positionner en dehors du statut de parent. Les participantes endossent l'infertilité, mais ont des positionnements subversifs quant à la place de l'enfantement dans les vies des femmes, place qui tend à être minimisée.

Par exemple, à travers l'acquisition d'artéfacts qui témoignent de sa santé financière, à travers le soin à son conjoint, Mona met en avant des caractéristiques qui la confortent dans un sentiment de respectabilité.

Aujourd'hui je n'ai pas d'enfant, mais je fais mes économies, j'ai acheté mon terrain, je vais construire ma maison, je m'occupe de mes neveux et de mes nièces, je m'occupe de mon chéri coco, donc pour moi je sais, je suis une femme à part entière ! (Mona, 33 ans, fiancée, sans enfant)

Tout comme Mona dont les fiançailles étaient maintenues jusqu'à la fin de mon terrain de recherche en 2020, Nina s'appuie sur le mariage pour exprimer un sentiment de respectabilité, surtout par rapport aux femmes célibataires.

(...) Être une épouse, quand tu es une femme, tu es une épouse, et quand tu es au milieu des femmes, tu es traitée comme telle... (rires) je ne sais pas comment... La fonction de procréation ... ce n'est qu'une autre fonction parmi tant d'autres qui sont dévolues à la femme. (Nina, 44 ans, mariée, sans enfant)

Le mariage procure à Nina un sentiment de respectabilité qui fait de l'infertilité un échec partiel, puisque selon elle, la reproduction est envisagée comme n'étant qu'une des facettes du rôle des femmes.

C'est donc dire que la signification des ressources financières, cognitives, affectives, etc. n'est pas homogène. Il est fondamental de les analyser au regard du sens qu'elles prennent dans les parcours de vie. Par exemple, dans le cas de Mona, le conjoint représente une ressource affective parce qu'elle a obtenu du soutien de sa part. Il est donc possible que ce soit cette attitude du conjoint qui permette à la participante de se saisir du statut de fiancée comme étant un moyen de mitiger son infertilité. De même, pour Nina il est possible que le fait de mettre en avant le statut de femme mariée comme moyen de respectabilité s'explique par la capacité de la femme à mobiliser son conjoint, lui aussi sans enfant, et sa belle-famille comme ressources. En effet, pour les femmes mariées qui n'ont pas de soutien économique ou émotionnel de la belle-famille ou conjoint ne se saisissent pas du mariage comme moyen de se rapprocher de la normalité.

On voit donc que les statuts d'une femme, stigmatisés ou valorisés sont des ressources qui peuvent leur permettre de gérer la marginalité dans la reproduction. La mobilisation de ces statuts montre par ailleurs la créativité dont sont capables les femmes dans leurs objectifs de conformité. De plus, bien que les stratégies de gestion de l'infertilité par les femmes ne passent donc pas nécessairement par la conquête de la parentalité, on verra qu'occuper un rôle de parent reste un des moyens les plus mobilisés, notamment à travers le confiage.

B. Pratiques de confiage et gestion de l'infertilité

Comme mentionné au chapitre 1, la circulation des enfants, désignée sous le terme de confiage, est un phénomène courant en Afrique subsaharienne, majoritairement analysé

comme un déplacement physique d'un enfant d'un foyer vers en autre. Dans cette partie, je m'intéresse à trois dimensions liées au confiage dans la vie des femmes infertiles. En premier lieu, je discute de la dimension temporelle du confiage à travers l'analyse de son expérience à court et long terme par les femmes infertiles. Puis, au-delà du confiage physique, je porte le regard sur les formes sociales et symboliques de cette pratique, qui sont étroitement liées aux expériences de l'infertilité. Enfin, j'analyse comment les positions socio-économiques des femmes infertiles façonnent leur expérience du confiage.

1. Le confiage avec cohabitation de courte durée

Le confiage de courte durée concerne surtout les femmes qui vivent avec leur famille ou qui partagent l'entourage géographique de membres de leur fratrie. Il s'agit de courtes visites, mais qui contiennent une dimension symbolique d'attribution des enfants qui visitent à la femme infertile (ils sont « ses enfants »). Les bénéfices que la participante en tire s'étendent au-delà de la période de cohabitation, bien que les enfants, généralement des neveux ou des nièces, ne vivent pas officiellement avec elle. De plus, tel que décrit par les participantes, ce type de confiage n'induit pas des tractations financières, une éventuelle contribution au bien-être de l'enfant se faisant plutôt sur une base volontaire.

Les avis positifs des participantes quant à ce type de confiage relèvent selon moi de deux facteurs principalement. Le premier se situe dans le sillage de la place de l'enfant que j'ai explicité dans le chapitre 1, puisque ce dernier est considéré comme appartenant à un lignage. L'attachement émotionnel qui se construit entre l'enfant et la participante s'inscrit dans le cadre de représentations et pratiques sociales autour de la place de l'enfant, et du rôle de la participante en tant que tante. De plus, dans le chapitre 6, en analysant la réaction des membres de l'entourage à la situation d'infertilité, j'ai mentionné le fait que de manière générale, les participantes obtiennent du soutien de la part de leur réseau familial. Cette volonté de soutenir la participante est ainsi facilitée dans le cadre d'un confiage de courte durée du fait que, socialement, l'enfant appartient toujours à ses parents et il n'y a pas de décohabitation significative.

C'est le cas d'Anne pour qui, sans les accueillir sur le long terme, a autour d'elle des enfants de membres de sa fratrie, ce qui lui permet de vivre sa situation d'infertilité plus sereinement, en plus du fait d'être mère.

J'ai des nièces superbes, je suis comblée, hyper câlinée, je pense que même si je n'avais pas d'enfants, je n'allais pas trop me morfondre. Quand on n'a pas d'enfants, il faut tout faire pour aimer ceux qui sont autour de nous. Ça fait en sorte qu'on ressent des choses. Tu es énervée quelque part, dès que je vois mon petit Joël, l'enfant de ma petite sœur, qui est né ici chez moi, je l'appelle, je fais la vidéo, je le vois et je suis comblée. C'est mon filleul, c'est mon fils. Quand je me déplace, je vais le chercher, on voyage ensemble, on vit ensemble ici chez moi. Je dis à ses parents d'en faire d'autres parce que celui-là c'est mon fils. (Anne, 36 ans, mariée, 1 enfant)

En plus des éléments que lui apporte la présence de sa propre fille, la participante crée des liens affectifs et des liens parentaux avec les enfants de membres de sa fratrie, ce qui lui permet de répondre partiellement à son désir d'enfant tel qu'expliqué au chapitre 4. En effet, la présence des neveux permet à Anne de fournir une fratrie à sa fille, et de se projeter à travers une descendance plus nombreuse.

Dans le confiage avec cohabitation de courte durée, la participante a auprès des enfants une certaine autorité de parent, et à travers ces derniers, elle peut envisager de réaliser certains objectifs liés au désir d'enfant telle que la transmission des biens. C'est le cas de Mona qui espère pouvoir transmettre un héritage à ses neveux ou à ceux de son compagnon, comme elle l'aurait fait s'il s'agissait de ses propres enfants.

J'ai les enfants de mes sœurs qui m'appellent maman, qui préfèrent parfois ne pas rester avec leur mère parce qu'ils veulent rester avec moi ! Et ils ont besoin de moi (...) j'ai failli péter un câble dernièrement parce que je suis partie pour essayer de voir comment se passent les adoptions. Mais j'étais sidérée par tout ce qu'on demande c'est irréaliste ; il faut être mariée, il faut avoir 40 ans, il faut... Oh ! je leur ai dit que vous savez quoi ? J'ai mes neveux et mes nièces, je vais m'occuper d'eux on verra ça bien plus tard. Je me suis même dit que même si je ferme les yeux [si elle meurt], ... les neveux de mon mari et ses nièces elles vont... ils en bénéficieront [de ce qu'elle laissera derrière elle]. Je n'ai pas pour moi, mais je fais pour les autres, il n'y a pas de soucis pour ça ! (Mona, 33 ans, fiancée, sans enfant)

En se positionnant comme donneuse de soins, et à travers ces enfants, la participante arrive à effacer une partie de la stigmatisation en ayant la possibilité de se faire appeler maman, et donc d'accéder à des caractéristiques réservées aux mères. De plus, elle acquiert l'affection de ces enfants qui accompagne son désir d'enfant. Par ailleurs, les enfants lui permettent de répondre à son désir de pérennité expliqué au chapitre 4, puisqu'elle considère qu'à travers eux, elle trouve une raison de travailler puisqu'elle a des personnes

auxquelles elle pourra léguer le fruit de son travail. La présence de ces enfants allège ainsi le poids psychologique de l'infertilité.

En outre, dans ce récit, on entrevoit une explication de la raison pour laquelle les pratiques de confiage restent très populaires en comparaison aux pratiques d'adoption légale, discriminatoire à plusieurs égards. Les annexes D présentent une liste de prérequis à avoir avant de pouvoir prétendre à l'adoption au Cameroun. Comme le mentionne Mona, il y a premièrement le facteur d'âge, et toutes les femmes qui ont moins de 40 ans sont d'office exclues des possibilités d'adoption. Ensuite, il faut obligatoirement que la femme soit mariée légalement, ce qui ne prend pas en compte toutes les autres sortes d'union qui existent au Cameroun. Mona, elle-même a un compagnon avec lequel elle vit maritalement, mais sans une union civile. Ce qui fait qu'elle ne peut pas avoir accès à l'adoption, elle n'a pas 40 ans et est en concubinage. C'est pourquoi, le confiage est la seule solution qui lui reste pour avoir un statut de parents sans pouvoir avoir l'enfant par elle-même.

Dans les cas d'Anne et de Mona, la cohabitation entre la participante et les enfants confiés est fréquente, mais de courte durée. D'autres configurations de confiage induisent une cohabitation de longue durée avec les enfants.

2. Le confiage avec cohabitation de longue durée

Par quels mécanismes un enfant se trouve-t-il confié pour une longue durée? Quels sont les bénéfices que la femme infertile en tire? Et qu'est-ce qu'elle apporte en échange?

Le confiage avec cohabitation de longue durée introduit une dimension plus transactionnelle de cette pratique. Il s'accompagne d'un transfert de responsabilités à la fois morale et financière d'un enfant vers des parents de substitution. De plus, je considère comme longue durée le fait que l'enfant passe au moins une année chez la participante, ce qui induit des changements dans les habitudes de l'enfant, notamment le lieu de scolarisation.

Dans cette partie, on verra que le confiage de longue durée se fait principalement selon deux modalités. La première est une transaction entre une famille aux moyens financiers limités, et une femme infertile aux moyens financiers suffisants pour prendre soin d'un

enfant. Chez Diane, l'enfant (d'une tante) confié permet de se projeter dans le rôle de parent.

Avec la petite qu'il y a chez moi, ça me fait plaisir de lui faire plaisir. (...) Tu as l'impression que ta vie a un sens, que tu fais quelque chose de bien en t'occupant de quelqu'un. Tu rentres le soir, elle te raconte sa journée, elle te fait part d'un besoin, tu parviens à satisfaire le besoin. Ta fille comme, j'aime bien l'appeler ma fille — quand on sort, elle est belle, présentable, soignée. Et j'ai l'impression d'avoir fait quelque chose de bien, d'avoir aidé un enfant à s'épanouir. D'être en train de lui donner une éducation, un environnement où elle peut s'épanouir. En fait c'est ce qu'on recherche. (Diane, 31 ans, mariée, sans enfant)

L'enfant confié chez Diane lui permet donc d'assurer un rôle de parent, mais aussi de faire face à son infertilité. Il en est de même chez Nina pour qui le confiage relève en partie d'une sorte de solidarité de son entourage qui, connaissant ses problèmes d'infertilité, s'assure qu'elle ait en permanence des enfants dans sa maison.

Oui j'ai des enfants qui sont passés chez moi. Plusieurs même, ils viennent pour les vacances, faire un an ou deux à la maison. Je n'ai pas de problème avec cela. Mais mon entourage connaît déjà mon problème. Donc même j'ai les enfants à la maison de temps en temps, ils viennent et ils partent. Mais ça fait du bien. (Nina, 44 ans, mariée, sans enfant)

L'enfant confié apporte à la participante un soutien psychologique et représente une reconnaissance de ses capacités à prendre soin d'un enfant et d'une famille. Mais cette solidarité n'exclut pas des attentes financières, qui sont remplies à travers des investissements dans la scolarisation et les soins aux enfants.

Le second type de confiage de longue durée concerne celui où la femme prend en charge un enfant que le conjoint a eu pendant ou avant le mariage (en cas de polygamie ou de divorce/séparation précédente). Pour Prisca, Laura et Queen, les enfants confiés sont issus d'unions précédentes du mari.

Ils sont nombreux, je suis même assise à côté de l'une ici. (...) Les enfants de ma coépouse sont là ! Je les ai élevés, chacun est grand, ils se marient même déjà. (Prisca, 50 ans, mariée, sans enfant)

Et j'ai fait l'expérience avec la fille de mon mari qui était là chez moi, qui est ma fille, c'est ma fille ! Parce qu'elle je l'adore, on a une relation très particulière. (...) Je faisais mon rôle de maman j'étais fière de ce que je faisais. (Laura, 40 ans, mariée, sans enfant)

Oui il a eu un enfant avec sa femme qui était partie, il avait divorcé. Et quand je me suis mariée, il a pris l'enfant chez sa sœur et ramené à la maison. Ce qui fait que de son vivant l'enfant était toujours avec nous. (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

Dans ces trois récits, les génitrices des enfants confiés sont toujours vivantes. Et donc, on pourrait se poser la question de savoir quel est leur intérêt à voir leur enfant confié chez les

participantes? En ce qui concerne les participantes, on pourrait avancer qu'au-delà de l'aspect affectif, l'objectif peut être celui de contrôler les relations entre le mari et la mère de l'enfant. Le fait de donner du soin permet d'endosser la responsabilité de l'enfant et d'être (l'autre) principale interlocutrice du mari à cet égard.

L'acceptation de cet enfant peut aussi constituer une stratégie pour se maintenir dans le foyer en se faisant accepter par la belle famille. En acceptant l'enfant du mari, les participantes infertiles l'accompagnent dans son rôle de parent. Ceci leur permet de fournir la contrepartie du paiement du prix de la fiancée tel qu'expliqué au chapitre 1, en fournissant gratuitement ses services de mère et ses ressources aux enfants de l'entourage.

3. Le confiage symbolique

Le confiage symbolique correspond aux situations dans lesquelles l'enfant n'est pas physiquement confié, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune décohabitation de l'enfant d'avec ses parents biologiques sur le long ou court terme. Similairement au confiage de longue durée, le confiage symbolique peut se faire par solidarité avec la participante, ou relever de stratégies financières des parents.

Comme expliqué dans le chapitre 1, en tant que continuité du lignage, l'enfant perpétue non seulement le sang, mais aussi le nom. Bien que l'infertilité entrave les possibilités de transfert du sang, elle n'exclut pas les mécanismes par lesquels le nom de la femme ou de l'époux d'une personne infertile peut être perpétué. Ainsi, les enfants confiés symboliquement ont souvent pour parrains ou pour nom de famille celui de la personne infertile.

J'ai des filleuls, j'en refuse même. Je ne vais plus aux voir bébé [baby shower] parce qu'on m'a déjà trop donné [attribué symboliquement] les enfants, mon mari aussi. Après on t'appelle seulement pour te dire que voici ta fille qu'on a j'ai accouché. (Diane, 31 ans mariée, sans enfant)

Ainsi, une des caractéristiques propres au confiage symbolique, c'est que sans que la participante ne soit nécessairement en désaccord, il se fait souvent sans son consentement. De plus, le confiage symbolique s'accompagne souvent d'une transmission du nom et de la responsabilité financière. C'est ce qui explique que certaines participantes comme Émeline refusent qu'on nomme des enfants en leur honneur, car elles ne sont pas en mesure de contribuer financièrement à ses besoins.

Il y a un cousin que je ne sais pas. Pour lui peut-être c'étaient des calculs ? Il a fait un enfant avec sa copine... et m'a donné le nom, c'est mon Mbombo. [Homonyme]
J'ai constaté que c'était plus dans le calcul, du genre tu vas t'occuper de l'enfant. Je lui ai dit que pour le moment moi-même je n'ai pas encore ces moyens-là. Il a voulu faire de ça... du genre tu dois prendre l'enfant, tu dois t'occuper de l'enfant, tu dois être une maman, ça va te donner les grâces, les bénédictions. (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

L'expérience d'Émeline illustre plusieurs avis exprimés dans les publications Facebook et dans mes conversations informelles sur le fait que prendre soin d'un enfant permettrait d'améliorer les chances d'en avoir un soi-même. La personne qui confie pense alors faire une faveur à la personne infertile, qui se trouve souvent pointée du doigt en cas de refus. Ce refus étant interprété comme un manque de volonté de se conformer aux normes, mais représente aussi un refus du soutien financier auquel peuvent prétendre les parents biologiques. De plus, cette expérience montre que dans certains cas, le confiage symbolique peut n'être qu'une des étapes d'un confiage sur une plus longue durée avec décohabitation. La pratique peut être une stratégie de la part des parents pour pouvoir totalement transférer la responsabilité d'un enfant à une femme infertile.

Le confiage pose donc plusieurs défis que j'examine à travers quelques exemples.

4. Les défis du confiage

Dans les cas qui nous intéressent, la situation d'infertilité crée un contexte dans lequel l'enfant confié est le seul moyen d'exercer un rôle parental, et les défis sont donc rattachés à cet enjeu.

Les défis du confiage concernent surtout les situations de longue cohabitation car le retour de l'enfant chez ses parents biologiques fait partie du confiage de courte durée. Ainsi, dans les situations de longue durée, les participantes font non seulement d'importants investissements émotionnels, mais aussi financiers qui correspondent à des attentes de la part des parents qui confient leurs enfants.

Dans le cas de Diane, on voit que la cohabitation de longue durée crée un attachement émotionnel à l'enfant, mais ce n'est pas cet attachement en soi qui pose un problème. C'est la présence de la mère et son désir légitime de passer du temps avec cet enfant qui crée une interruption dans les possibilités de Diane de se projeter et d'exercer son rôle parental, surtout autour d'une célébration comme Noël qui est considéré au Cameroun comme une

célébration des enfants. Le fait d'avoir un enfant confié peut être source de bonheur et d'épanouissement pour les femmes infertiles, mais peut aussi avoir un coût émotionnel qui ramène la participante à la réalité de son infertilité. Diane exprime cette ambivalence en ces termes :

Ça apporte énormément, mais aussi beaucoup de douleurs qu'on essaye de gérer avec beaucoup de maturité, parce que comme j'ai dit, c'est l'enfant de quelqu'un. Donc il y'a toujours des petites choses qui ... En décembre par exemple... on se dit on va fêter Noël comme ça, ça va se passer comme ça, ah jusqu'à ce que sa maman décide que maman pardon j'ai envie de fêter Noël avec elle et ses petits frères. C'était difficile, mais bon, je me mets à la place de sa mère, Noël c'est une fête de famille, peut-être qu'elle veut passer ça avec son enfant, elle voulait, c'était dur, c'était même très dur pour moi. Du coup, j'ai annulé toutes les fêtes. Enfin, elle est venue prendre son enfant, j'ai annulé toutes les fêtes. (Diane, 31 ans, mariée, sans enfant)

Les difficultés de Diane sont donc liées à la proximité géographique de parents qui confient, ce qui induit des ruptures dans son rôle de parent de substitution. Peut-on dès lors envisager qu'une distance géographique conséquente entre les parents qui confient et les femmes infertiles qui accueillent permettrait d'alléger le risque que représente le confiage? Sony donne des indices sur la réponse.

Pas d'enfant qui a des parents qui peuvent venir à tout moment, venir faire le chantage de les récupérer, me rappeler que ceci... non si je veux adopter c'est un enfant qui me reconnaît moi seule comme sa mère ! Pas qui me connaît aujourd'hui comme sa mère, et puis le jour où il rencontre sa vraie mère, on lui tourne la tête et puis il vient me sortir autre chose. Non je ne veux pas ce genre de chantage, j'ai suffisamment de problèmes comme ça. (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

Le chantage dont parle Sony correspond à des menaces de récupérer l'enfant confié, ce qui ne serait pas affecté par la distance. Ainsi, alors que le confiage de longue durée représente une alternative aux difficultés d'adoption, l'informalité qui est propre à la pratique constitue un risque pour les femmes infertiles. Ceci fait donc réfléchir aux conditions dans lesquelles l'exercice du rôle de parent est temporaire et pose la question de l'effet socio-émotionnel de l'acceptation d'un tel rôle et de sa cessation sur les femmes pour lesquelles la confiage est le seul moyen de s'approcher de la parentalité.

Pour ce qui est de l'acceptation d'une parentalité temporaire, le récit de Sony permet d'approfondir la question en l'inscrivant dans des relations sociales. Ce qui interroge les processus, les logiques et les acteurs par lesquels ces parentalités temporaires sont mises en place. La proposition d'un rôle parental temporaire est ainsi interprétée comme étant de la stigmatisation non intentionnelle comme expliquée au chapitre 6. La participante explique que pour elle, le fait de se voir confier un enfant alors qu'elle ne l'a pas demandé

est une façon par laquelle les autres personnes lui rappellent sa situation et elle ne veut pas être prise en pitié.

Par exemple une nièce de mon mari a été de passage chez nous elle a fait deux mois je pense qu'elle était avec sa fille et elle était avec sa dernière-née, une petite fille qui n'avait même pas un an ou à peine un an ! Mais qui s'est beaucoup attachée à nous et après ces deux mois... pendant son séjour le père de cet enfant est décédé et à l'issue des obsèques et tout elle a dû rentrer chez elle et à la fin de son séjour elle a proposé de nous donner l'enfant « donner », de nous donner l'enfant ... bon c'est... pour moi ça dit tout ! J'ai l'impression avec ce geste ... qu'on nous voit comme une demi-femme ou un demi-couple ou un... Donc je le ressens comme de la pitié que bon, comme ils n'arrivent pas, ou comme elle n'arrive pas par pitié on va lui donner celle-ci. Par pitié ou par intérêt aussi ! L'un n'exclut pas l'autre. Ou alors nécessité, c'est comme ça que je ressens comme de la pitié, avec d'autres idées en tête comme du chantage (Sony, 44 ans, mariée, sans enfant)

Pour Sony, le fait d'accepter que l'enfant lui soit confié correspond à valider le regard extérieur qui la stigmatise et qui, selon elle, la considère comme étant une femme diminuée, ce qui la conduit à refuser d'accueillir cette enfant. De plus, le récit de Sony contribue à interroger la dimension transactionnelle du confiage lorsqu'une femme plus jeune se retrouve seule face à la responsabilité d'un enfant à la suite du décès du père, et cherche à confier cet enfant. Pour Sony, si la nécessité financière explique le projet de confier un enfant, il n'est pas impossible que l'enfant devienne un moyen d'obtenir plus de gains pour les parents qui confient. Par conséquent, ne sachant pas les raisons pour lesquelles l'enfant est proposé, la participante a du mal à accepter qu'il lui soit confié.

Plus encore, la composante financière place les femmes dans des situations inégales face aux possibilités de confiage. En effet, alors que certaines femmes financièrement stables telles que Diane et Sony peuvent refuser certains enfants, d'autres telles que Queen qui veulent se voir confier un enfant, n'y parviennent pas malgré de multiples tentatives.

Pour sa première tentative, Queen a entrepris d'accueillir chez elle l'enfant de son petit frère, qui a fini par changer d'avis et a confié cet enfant chez une autre de leurs sœurs. Par la suite, elle s'est fait proposer un enfant à naître de la part d'un autre frère. Cet enfant était supposé lui être confié symboliquement par le fait de porter son nom, mais aussi lui être confié sur le long terme dès sa naissance.

Il y a notre aîné qui m'a fait comprendre que bon sa femme est enceinte et qu'il aimerait que cet enfant soit le mien. Que dès qu'il va naître, je viens prendre l'enfant ... pour qu'il soit le mien. J'ai dit que mama ça me réjouit, je vais aussi en parler à mon mari. Quand j'ai parlé à mon mari, lui il n'est pas compliqué, il a accepté, que vraiment c'est bien si elle peut accoucher on part prendre l'enfant, ce serait une bonne chose.

À ma grande surprise quand on annonce plusieurs mois plus tard qu'elle a accouché, je m'apprête. J'ai payé la bassine que voilà, je m'en vais saluer l'enfant. Dès que j'arrive au village là le matin même, le petit matin autour de six heures, je trouve la maman de la femme à mon frère déjà chez

nous et quand j'entre je salue. Je prends l'enfant, je suis en train de saluer l'enfant. La maman de ma femme-là [ma belle-sœur] me dit que Ma'a [maman] sache que c'est moi qui vais prendre le nom de l'enfant et qu'on a prévu venir voir l'enfant dans trois mois, un truc de ce genre.

Tout ça sa m'a fait bizarre ! Je me suis dit que, mais c'est quelle malchance ça ? On accouche l'autre on me dit que c'est ma part. Je viens pour prendre, on me dit que les parents du côté de la belle-famille refusent ! Je veux prendre l'enfant de mon petit frère, lui aussi il choisit plutôt d'envoyer à sa sœur jumelle. C'est quelle poisse ça ? Donc ça m'a fait bizarre ! J'ai pris la voiture, je suis rentrée sur Douala. J'ai appelé mon mari pour lui dire, il a dit ah ! Ce n'est pas pour nous, on n'a pas de choix. Je t'envoie le transport, tu rentres. Il m'a envoyé le transport, je suis rentrée. (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

Finalement, la participante n'aura accès ni au confiage de longue durée, ni au confiage symbolique. Il m'est impossible de saisir les motivations de ses frères, et il est difficile de conclure que les difficultés de Queen à se voir confier un enfant sont exclusivement liées à sa précarité financière. Cependant, comme mentionné précédemment, l'ensemble de mes conversations, renforcées par la littérature montre qu'en situation d'infertilité ou non, les familles de la classe moyenne ainsi que les plus aisées sont souvent celles qui reçoivent les enfants (Eloundou-Enyegue et al., 2007). De plus, le récit de Queen réintroduit la dimension relationnelle du confiage qui s'inscrit dans des rapports socio-culturels et familiaux. Autant les parents que les grands parents, les familles et les belles-familles, sont impliquées dans la gestion de la circulation des enfants.

Ainsi, bien que le confiage soit une solution qui permette aux participantes d'échapper à certaines composantes du stigmat de l'infertilité en acquérant des caractéristiques et un statut normalement réservé aux mères, la recherche et la gestion d'enfants confiés comportent plusieurs défis. De plus, l'analyse montre que plus une femme projette une image de stabilité financière et matrimoniale, plus elle a des chances de se voir confier un enfant. En effet, la plupart des récits sur lesquels je m'appuie ici concernent des femmes qui sont mariées ou fiancées et/ou dont la situation financière est avantageuse.

En plus des stratégies qui concernent le soin aux autres, plusieurs femmes organisent la gestion de l'infertilité autour des relations de couple.

II. Trajectoires d'union et de sexualité en lien avec l'infertilité

Que signifie être en marge d'un point de vue matrimonial ou relationnel en raison de l'infertilité? Quelles formes prend cette marge selon que la femme soit mariée ou célibataire?

À travers l'examen des trajectoires d'union et sexualité, j'analyse les stratégies que déploient les femmes dans la gestion de leur corps, et leurs relations aux hommes en rapport avec la situation d'infertilité. Les stratégies employées diffèrent selon qu'on s'intéresse à des célibataires, - pour lesquelles l'information sur l'infertilité de même que le choix du partenaire sont des enjeux -, ou à des femmes mariées, dont l'essentiel des actions visent le maintien en union. De plus, les femmes qui décident d'entrer ou de se maintenir en union ne le font pas uniquement pour acquérir ce statut socialement valorisé de femme mariée, mais aussi pour avoir une sexualité continue, maximisant leurs chances de tomber enceinte.

A. Stratégies d'union et contrôle de l'information sur l'infertilité

La question de la gestion de l'information sur l'infertilité concerne particulièrement les femmes célibataires, qui ne sont pas nécessairement sexuellement inactives, et ont donc eu, à l'occasion de relation plus ou moins longues, à tester leur fécondité. En effet, comme mentionné aux chapitres 1 et 4, le contexte normatif de la reproduction crée des attentes envers les femmes mariées de telle sorte que dès les premières années du mariage, elles sont rapidement réputées infertiles s'il n'y a aucune naissance, et sont donc discréditées. L'infertilité fait des femmes célibataires des personnes discréditables, et crée chez elles un besoin de développer une capacité de contrôle de l'information dans le but d'entrer ou se maintenir dans une union. Ainsi pour Goffman,

Le problème n'est plus tant de savoir manier la tension qu'engendrent les rapports sociaux que de savoir manipuler l'information concernant une déficience : l'exposer ou ne pas l'exposer ; la dire ou ne pas la dire ; feindre ou ne pas feindre ; mentir ou ne pas mentir, et, dans chaque cas, à qui, comment, où et quand. (1975 : 57).

Il s'agit de savoir ce qu'on décide de révéler ou non aux hommes qu'on rencontre en fonction des objectifs qu'on se fixe. Et on observe que sur le marché matrimonial, l'information sur la fertilité des femmes est un enjeu primordial.

Puisqu'il arrive souvent ... on te dit : « la mère de Junior », ou alors quand quelqu'un... te demande de te présenter ; tu dis, tu n'as pas d'enfant. Comment ça ? Tu n'as pas d'enfant comment ? Vous avez fait une sortie. Il va te dire : *tu ne prends pas quelque chose pour ton fils ou pour ta fille, pour ton enfant ?* Une façon de te... pour savoir si tu as un enfant ! Tu lui dis non je vis seule. Quand tu dis : je vis seule, il te demande *l'enfant est ou chez maman ?* (Rire) Je n'ai pas d'enfant. C'est là où il commence à te demander *tu n'as pas d'enfant pourquoi ? Tu attends le bon gars ? Tu attends te marier ? Ou tu es dans les églises ?* (Rire) (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Les questions auxquelles fait face Émeline montre bien que le mariage est loin d'être systématiquement vu socialement comme la priorité tant par les hommes que par les femmes, on s'attend à ce qu'une femme célibataire "âgée" ait eu des relations d'où est issue une naissance. Les hommes sont en demande de cette information afin de pouvoir confirmer le statut de fécondité des femmes, de manière à déterminer l'issue de la relation. De leur côté, les femmes qui vivent des situations d'infertilité doivent gérer l'information qu'elles transmettent de manière à pouvoir atteindre leurs propres objectifs d'entrée et de maintien en union, et d'accès à des relations sexuelles avec un partenaire récurrent. On peut alors se poser la question de savoir comment une femme choisit un partenaire tout en ayant conscience de sa situation d'infertilité?

Selon ses objectifs, la participante peut soit dissimuler son statut, soit le dévoiler à son partenaire. Dissimulation ou dévoilement ont pour but de mitiger les effets du stigmatisme en se donnant les moyens de le corriger, ou en s'assurant qu'il ne va pas constituer un frein au début d'une relation ou au mariage.

1. *Dissimulation de l'infertilité*

La dissimulation regroupe les situations dans lesquelles les participantes décident de ne pas révéler leur statut pour projet aux hommes qu'elles rencontrent. On verra que la mobilisation de cette stratégie s'explique par des objectifs qui peuvent être liés non seulement aux situations financières des participantes, à leur âge, à leurs expériences relationnelles précédentes, mais aussi à leur situation particulière d'infertilité, notamment en ce qui concerne l'existence ou non d'un diagnostic clair.

Gina a dû quitter son foyer en raison de l'infertilité. De cette expérience, elle garde un souvenir négatif, qui la décide à garder le silence sur sa situation pour éviter le départ du

compagnon subséquent. Elle dissimule donc son infertilité afin de pouvoir entrer en relation avec un homme qui pourrait vouloir des enfants.

Ma deuxième relation, je n'en avais pas parlé, je n'avais pas dit à mon compagnon vraiment, je n'avais pas raconté ce qui se passe, mon état quoi ! Donc je me suis dit qu'en voulant... peut-être parler de ça, il allait partir. Non, non, non ! Je ne pouvais pas ! C'était un peu... ça me faisait peur, j'avais peur. J'avais peur, oui ! J'avais peur. (Gina, 31 ans, en couple, 1 enfant)

Ayant obtenu un diagnostic de stérilité définitive, la dissimulation chez Gina n'est pas assortie à un projet parental. C'est un moyen de gérer les émotions (sociales) liées à l'infertilité, notamment la peur du célibat, qui résulte de ses expériences passées. En évitant de mentionner son infertilité, elle entre en relation avec un partenaire qui pourrait éventuellement vouloir des enfants, bien qu'elle pense ne pas pouvoir lui en donner. Cela dit, développement imprévisible dans son parcours de vie, elle tombe enceinte de ce compagnon et donne naissance à un fils. Cet événement fait sortir Gina de la marge, et fait disparaître son besoin de dissimulation d'un statut qui pensé permanent, devient un épisode de son parcours de vie.

Dans d'autres cas comme dans celui de Queen, la dissimulation concerne non pas le statut d'infertilité, mais le projet parental. En effet, le décès de son mari la contraint à retourner sur le marché des rencontres, où elle essaye d'entrer en relation avec un homme marié qui a déjà des enfants, et ne souscrita donc pas nécessairement audit projet.

Après le [la période des rites de] veuvage, un an, j'ai rencontré quelqu'un avec qui on est encore... je ne lui disais pas que *comme tu vois là que je suis en train de chercher l'enfant*. Je calculais seulement mes jours et puis j'essayais de le rencontrer en espérant que ça pouvait donner quelque chose, jusque-là, toujours rien.

Parce qu'étant vraiment dans le besoin [d'enfant], vu l'âge qui s'avance aussi, quelqu'un pouvait bon... celui à qui je n'avais pas dit là. Parce qu'à l'âge si, je compte [financièrement] sur moi-même, pas sur quelqu'un d'autre. Oui, donc c'était un peu ça qui faisait qu'à d'autres personnes je ne disais même pas. Parce-que s'il faut toujours dire que tu vas t'accorder à un homme avant de le faire, vu mon âge qui s'avance, d'autres vont te dire non je ne suis pas chaud [je ne suis pas intéressé par le projet parental]. Et puisque c'est le mari d'autrui [il s'agit d'un homme marié], il va te dire non je ne devrais pas, ainsi de suite. (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

Il est possible d'envisager qu'en raison de son âge, il soit difficile pour Queen de rencontrer un homme célibataire avec lequel formuler un projet parental. Ce qui la contraint, pour avoir des relations sexuelles, à se tourner vers des hommes mariés, auxquels elle dissimule ses intentions. De plus, Queen n'a recours qu'à la médecine traditionnelle, qui non seulement est la moins dispendieuse des options de soins, mais aussi ne nécessite pas la présence d'un conjoint. Ce qui facilite les possibilités de dissimulation car le partenaire

sexuel a une participation marginale aux traitements. Elle prend l'initiative des rapports sexuels, qu'elle multiplie autour de sa période féconde.

Cette expérience contribue donc à illustrer la dimension temporelle des parcours de vie et des expériences de l'infertilité. Lorsqu'elle dit, *je compte sur moi, même pas sur quelqu'un d'autre*, elle fait référence à l'autonomie financière acquise au fil du temps, et qui offre à la participante une plus grande marge de dissimulation. En outre, son âge est au cœur de son processus décisionnel, car il crée une urgence dans la réalisation d'un désir d'enfant. Dissimuler l'infertilité devient un moyen d'éviter de perdre un temps précieux sur le marché matrimonial, en essayant de trouver un partenaire qui consent au projet parental.

On pourrait interroger la dimension éthique des choix des participantes, est-ce que l'amenuisement des capacités reproductives en raison de l'âge, le contexte normatif qui fait de la reproduction l'élément central des identités des femmes, et le fait qu'elle envisage prendre seule en charge le potentiel coût financier suffisent face à l'absence de consentement du partenaire? En effet, les "limites" éthiques de ces stratégies s'expliquent largement par les conséquences sociales et donc psychologiques que les femmes infertiles subissent. D'ailleurs les mesures prises par Queen témoignent de la pression sociale ressentie face à la maternité, puisqu'elle est prête à essayer de tomber enceinte d'une personne dont les attitudes ne lui conviennent pas, mais qui en tant que père a prouvé sa fécondité.

Bon c'est parce que parfois quand tu regardes un homme, tu vois un peu son comportement, mais tu es dans le besoin. Un homme qui vient vers toi, mais tu regardes son comportement c'est un peu bizarre ! Celui-là est-ce que s'il m'épouse même ça va aller ? Mais comme tu es dans le besoin d'avoir un enfant, tu dis que bon OK « better » tu le supportes comme ça, tu essayes si c'est bon tu as ton enfant. (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

L'analyse des raisons de la dissimulation dans le cas de Queen montre donc le partenaire est choisi prioritairement pour ses capacités reproductives et sur sa disponibilité à avoir des rapports sexuels. Dissimuler l'infertilité sert à camoufler le projet de maternité de la participante car la maintient dans la relation.

La dissimulation s'insère donc dans un ensemble de stratégies de gestion du corps et de ses capacités reproductives. Dans d'autres cas, les participantes choisissent de dévoiler l'infertilité justement pour éviter de perdre du temps sur le marché matrimonial.

2. Le dévoilement : une stratégie de choix de partenaire

Toutes les expériences que j'analyse ici correspondent à des situations de femmes dont l'infertilité est soit inexpliquée (Bertille et Irène), ou diagnostiquée non définitive (Hélène), ce qui signifie qu'il existe des grands espoirs de grossesse. Dans ce sens, le dévoilement sert toujours la recherche d'un allié, dans un objectif de maternité, ou de mariage. Le conjoint serait alors ce que Goffman nomme un initié, une personne normale qui a été d'une manière ou d'une autre, est sensibilisée aux stigmates et qui accepte les personnes stigmatisées (1975 :41). J'envisage donc le dévoilement comme un moyen pour les femmes infertiles de repérer de potentiels initiés. On verra que la nécessité d'avoir cet allié est d'autant plus marquée que la participante choisit de recourir à la biomédecine qui mobilise les corps des hommes, et qui induit des coûts financiers et sociaux qui souvent sont trop importants pour des femmes célibataires.

Pour Irène, le fait de dévoiler sa situation s'inscrit dans les exigences du traitement biomédical qui nécessite la présence d'un homme non seulement pour avoir des rapports sexuels fréquents, mais aussi pour consentir à subir des actes médicaux (examens, médication, prélèvement de sperme).

En réalité (...), quand j'ai commencé à aller chez le gynécologue, il m'a dit qu'il faudrait que j'aie un homme en permanence. Vous comprenez un peu ! Donc en ce moment-là ... quand un homme me courtisait, je lui disais exactement ce que vis. Je ne voulais pas perdre le temps. Dès le premier jour, je lui pose directement mon problème. Et c'est ce qui amenait beaucoup à partir, jusqu'au jour où je suis tombée sur le géniteur de mon fils qui a accepté et tout. Puisque le médecin m'avait déjà dit que : *tu dois avoir un homme et il doit aussi suivre certains traitements. Pas* parce qu'il est infertile, mais parce qu'il faut renforcer... Je posais directement tout le problème. Puisque financièrement je ne comptais pas sur un homme. Je voulais juste un homme qui soit prêt à subir tout cela. ! (Irène, 38 ans, célibataire, en couple, 1 enfant)

Irène comme Queen dont je parle dans le point précédent n'attendent aucune participation financière du géniteur aux soins à l'enfant. La différence fondamentale entre ces deux femmes réside dans le type de soins mobilisés. Le recours aux soins biomédicaux oblige Irène à révéler sa situation comme stratégie de gestion du temps, qui permet aux femmes infertiles d'éliminer rapidement les hommes qui ne voudront pas consentir aux soins.

Ainsi, autant le fait d'avoir une autonomie financière protège les participantes de la dépendance au conjoint pour établir une stratégie de recherche de solutions pour

l'infertilité, autant l'hôpital — qui est un des principaux recours des femmes ayant une autonomie financière —, les replonge dans une certaine précarité, car elles ont besoin de la présence du conjoint pour les traitements.

Pour les femmes précaires financièrement, parler de la situation sert à s'assurer de la participation du conjoint comme c'est le cas pour Bertille.

Dès que tu viens vers moi, je t'explique voilà le problème que j'ai, je t'explique voilà mon problème et tout ça. Celui qui est là maintenant, il m'a dit que ah ! Il m'accepte comme cela, il n'a pas de problèmes, et qu'il est même prêt à dépenser pour que je... En fait la dernière fois qu'on parlait de cela, je lui ai dit qu'il fallait qu'on aille au CHRACERH⁴⁵ et tout ça. [Il a dit] *Il n'a pas de problème*. (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

Comme expliqué au Chapitre 5, après la séparation du père de son premier enfant et fiancé, Bertille a dû arrêter de recourir aux thérapies biomédicales. La participation du potentiel nouveau conjoint concerne son corps et son matériel génétique, mais aussi le financement de soins qui sont souvent dispendieux.

De plus, pour ces femmes, le partenaire qui accepte la situation d'infertilité correspond à une personne qui contribue aux soins et aux finances pour la recherche de solutions, mais aussi qui renonce à concrétiser son projet parental avec une autre femme, car elles ne souscrivent pas à la polygamie. Ainsi, bien que dans certains cas l'infertilité soit un frein au mariage, on voit que certaines femmes infertiles préfèrent renoncer à certaines propositions tant qu'elles n'ont pas la certitude d'avoir un partenaire qui les accepte avec leur situation. L'injonction de mariage est appréciée au regard des chances de se maintenir dans cette union, et aux chances de bonheur avec le conjoint.

Moi en fait hein, je voulais bien me marier. Mais bon, le problème même déjà c'est que psychologiquement je suis troublée par rapport à mon problème ; tu vois un peu ? La preuve en est qu'il y a deux ans, j'ai reçu une demande en mariage, et j'ai refusé justement parce que j'avais peur d'être stressée à cause de mon problème et tout ça. Du coup j'ai peur. Je veux bien me marier, mais il faudrait que j'aie la chance de tomber sur quelqu'un qui va m'accepter comme ça. (Bertille, 33 ans, en couple, 1 enfant)

Il en va de même pour Émeline qui dévoile sa situation d'infertilité en évaluant son partenaire sur sa capacité à comprendre le problème et à l'accompagner dans la recherche de solutions, mais aussi à vivre avec elle si la recherche de solutions ne conduit à aucun résultat.

⁴⁵ Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine

Donc maintenant même, lorsqu'un homme me fait la cour, ça fait partie des points que j'observe. Lorsqu'il commence à te demander pourquoi tu ne fais pas d'enfant? Tu as les problèmes d'enfants? Parce qu'il va te dire *moi suis avec une femme, l'enfant, ça ne veut rien dire ! Moi je peux faire mes enfants dehors tu gardes [tu t'en occupes] !* Ça veut dire qu'il n'accepte pas. Il n'accepte pas la situation, il n'est pas prêt à se battre pour toi ou avec toi. Donc ça fait partie des critères maintenant, de... de grandeur d'âme. Ces personnes qui sont capables de comprendre ton problème, de t'accompagner. (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Ainsi pour Émeline, la question de l'accompagnement concerne surtout le fait de renoncer à avoir des enfants avec d'autres femmes. Le bon partenaire est donc celui pour lequel la valeur du mariage va au-delà des capacités de reproduction de la femme. Le récit de cette participante montre donc que l'infertilité est l'occasion d'une définition ou peut être d'une redéfinition des attentes que les femmes ont par rapport au mariage et par rapport au potentiel conjoint.

Le pouvoir de dévoiler ou de dissimuler est donc une possibilité qui s'évalue au regard de plusieurs facteurs tels que la situation financière de la participante ou les besoins en soins. À travers ces stratégies, on voit se dessiner plusieurs dimensions de l'agentivité des femmes qui ont une stabilité financière. Elles ont un plus grand contrôle que les autres sur le processus d'entrée en union. De plus, si les médecines biomédicales sont des options qui nécessitent la participation des deux partenaires, les médecines traditionnelles (et probablement les médecines religieuses) quant à elles plus individualistes, confèrent aux femmes une plus grande marge de dissimulation.

Lorsqu'elles sont engagées dans des unions, certaines stratégies déployées par les femmes infertiles se construisent autour du maintien en relation.

B. Parentalité et stratégies de maintien en union

Cette section contribue à analyser la place de la parentalité dans les parcours de vie et la gestion des expériences de l'infertilité au Cameroun. Par exemple, le chapitre 1 aborde des dimensions culturelles de la place de l'enfant, mais démontre que la parentalité est un marqueur à travers lequel saisir le changement social. Le chapitre 4 témoigne des normes sociales de la reproduction et de la place centrale de la parentalité, lié non seulement aux projets collectifs, mais aussi les projets personnels des individus. Ce chapitre démontre par exemple que l'importance de l'enfant et du rôle social de parent conduit à la mise en œuvre

de différentes stratégies qui, par le confiage, permet aux femmes infertiles de faire reconnaître leurs compétences en soins aux enfants.

L'analyse démontre par ailleurs qu'en cas d'infertilité, la parentalité du conjoint devient un enjeu et un objet de stratégies permettant aux femmes de se maintenir en union.

Pour certaines participantes, l'infertilité induit une transformation du foyer en union polygamique lorsqu'elles sont mariées, ou en poly relation lorsqu'elles sont célibataires. Dans les deux cas, les hommes sont ceux qui officiellement ont accès à des possibilités de reproduction avec d'autres femmes.

Bien que de manière générale au Cameroun la polygamie ne soit pas nécessairement imposée aux femmes, les participantes qui souscrivent à ce type d'union le font à la suite d'un choix difficile, car bien souvent, l'autre option qui s'offre à elles est le célibat prolongé, voire définitif avec ses conséquences sociales, financières et sur la sexualité. Or, Bruyninckx et *al.* (2017 :84) démontrent dans leur travail sur le Sénégal que la polygamie induit une course à l'enfantement chez les coépouses, ce qui augmente la détresse des femmes infertiles.

Dans ce contexte, comment est-ce que les femmes infertiles conçoivent leur entrée en polygamie dans leurs stratégies de maintien en union?

Zita est une femme âgée d'environ 50 ans qui après une trentaine d'années de mariage, n'a pas réussi à avoir des enfants. Sous l'impulsion de sa mère, le mari a pris une seconde femme dans le but d'avoir des enfants. Zita explique qu'elle a vécu cette situation comme étant une trahison. Ayant fait un mariage d'amour, elle ne pensait pas que son mari pouvait arriver à faire ce qu'elle considère comme étant un choix extrême.

J'ai accepté parce que je n'avais pas le choix [dans les années 2010]. J'ai accepté parce que je voyais que si je n'accepte pas, ma belle-mère va prendre la femme là pour me remplacer à la maison. Aussi parce que bon... mon mari, il m'a beaucoup suppliée. Il m'a dit que ce n'est pas qu'il ne m'aime pas, mais c'est seulement parce qu'il faut les enfants dans la maison. J'avais aussi causé avec ma coépouse. Et aussi... Et elle m'a dit que vraiment, elle n'était pas là pour prendre ma place. Elle est seulement là pour les enfants elle-même, elle sait qu'elle est seulement là pour accoucher les enfants. Et c'est aussi comme ça qu'on s'est entendu. (Zita, 50 ans, mariée, sans enfant).

Le récit de Zita montre clairement sa détresse face à la solution et la limitation de son pouvoir, car les seuls choix qui s'offrent à elle sont de partir de son foyer, ou d'accepter la situation. Malgré son désaccord intérieur, l'acceptation de Zita lui permet de se maintenir dans le foyer, ce qui signifie que bien qu'elle reste en marge de la maternité, elle parvient

à se maintenir dans une certaine conformité grâce au mariage. Mais en plus de la sauvegarde de son statut, l'entrée en union polygamique pour Zita semble être motivée par l'assurance de la part du mari et de la nouvelle femme qu'elle continue d'être l'épouse principale. La seconde femme se présente en effet comme étant un ventre qui est apporté dans le foyer dans le but de faire des enfants. Ainsi l'attitude du conjoint d'une part, et celle de la nouvelle épouse d'autre part, constituent des éléments déterminants dans l'acceptation ou le refus de la transformation d'un mariage en foyer polygamique.

Près de 10 ans plus tard, la seconde épouse occupe toujours un rôle secondaire, au point que certains des enfants auxquels elle a donné naissance ignorent encore qui de Zita ou de la seconde épouse est leur mère. Je n'ai pas obtenu le récit de cette seconde épouse, mais on pourrait se poser la question de savoir ce qui motive son adhésion à cette situation? Est-ce une femme en crainte de marginalisation du marché matrimonial en raison de son âge ou d'une maternité hors mariage, ou une femme financièrement modeste qui aspire à un meilleur statut par le mariage? Notons que selon Bruyninckx et *al.* (2017 :79), la polygamie au Sénégal en particulier «peut susciter un sentiment de soutien, voire de sororité, chez les coépouses», et donc mener à des situations d'entente cordiale. Cependant, la polygamie peut aussi résulter en conflits entre les épouses comme c'est le cas dans le foyer de Prisca. Dans le cas de Prisca, bien que le mari se veuille rassurant quant à sa place dans le foyer polygamique, les relations avec la nouvelle femme sont conflictuelles.

Ah je fais avec ! On ne peut pas faire autrement ! ... C'est ça, si tu te mets à pleurer tu vas pleurer jusqu'à quand ? Tu vas pleurer jusqu'à quand ? Non, non c'était conflictuel ! Seulement, je ne sais pas, peut-être c'est dû... à l'éducation que j'ai reçue. C'était conflictuel. De toutes les façons, je me suis imposée comme ça.

Mais ... si j'étais faible de caractère, je ne serais plus là ! Donc, ils [les enfants de la nouvelle épouse qui a fini par quitter le foyer en les laissant aux soins de la participante] ont compris qu'on ne peut que m'accepter comme ça c'est tout. (Prisca, 50 ans, Mariée, sans enfants)

Pour se maintenir dans le foyer, la participante a dû accepter que son mariage devienne une union polygamique, permettant que le mari puisse avoir des enfants avec une autre épouse. Finalement, la seconde épouse a quitté le foyer pour des raisons non précisées, y laissant les enfants qu'elle a eus, lesquels ont été confiés à la participante, ce qui pose la question des droits des femmes sur les enfants en cas de séparation, plus encore dans les contextes de polygamie et d'infertilité de la première épouse.

Dans les cas de femmes célibataires telles qu'Émeline dont j'ai mentionné le parcours au chapitre au chapitre 4, chacun de ses conjoints entame souvent une seconde relation.

Après une première séparation liée à l'impossibilité pour la participante à mener une grossesse à terme, la participante retourne sur le marché matrimonial, et rencontre un second conjoint potentiel.

Et comme tous nos gars ici, donc... ils nous géraient à deux [pour dire qu'il avait une relation en parallèle]. Je me rends compte que l'autre fille est aussi enceinte. Elle fait un enfant, je pense que je peux tenir, du genre on peut discuter le gars... mais la personne me laisse !
L'année dernière, j'apprends encore que la fille est (Rire) enceinte du troisième enfant. Oh ! Eh oui oui... troisième enfant. Sa famille mettait la pression qu'il aille prendre la liste de la fille [liste des choses à apporter pour la dot et le mariage coutumier]. (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Cette seconde séparation intervient donc dans un contexte de course à l'enfantement dans laquelle les femmes sont engagées, celle qui en fait le plus remporte le mariage comme récompense. Ce récit contribue à illustrer les arrangements que les personnes, avec l'appui des familles, font avec les normes sexuelles et de reproduction afin d'assurer une descendance au couple. Cependant, cette situation peut grandement précariser émotionnellement, financièrement, mais aussi matrimonialement la ou les femmes, et surtout celles qui ne seront finalement pas épousées, malgré le fait qu'elles aient donné une descendance (nombreuse). En effet, après avoir été mises en compétition de reproduction, les femmes qui donnent le plus d'enfant le seront pas nécessairement épousées. Elles ne le sont que si elles ont la préférence du conjoint et de sa famille, ou si celle qui a ladite préférence est infertile.

En revanche, peu importe le statut matrimonial, je suggère que les femmes infertiles font le compromis d'accepter une seconde femme dans la vie du conjoint afin de se maintenir dans une marginalité relative, qui les rapproche du mariage en leur garantissant la présence des hommes comme ressources dans la quête de la procréation. Ce faisant, le soin apporté aux enfants du conjoint fait partie de la stratégie visant à se maintenir en union.

Par exemple, le fait pour Prisca de s'occuper des enfants de son mari lui a permis, en plus d'accéder à des rôles parentaux, de prendre une place plus importante que celle d'épouse dans la maison de celui-ci.

On ne m'a pas inquiété, on ne m'a pas dérangée par rapport à ça. Sinon je resterais là encore à faire quoi ? Les enfants, je les ai élevés. Et tous ceux qui viennent de ma belle-famille, tout le monde vient. Les enfants de ma coépouse sont là ! Je suis là, je suis là j'ai élevé beaucoup d'enfants. (Prisca, 50 ans, mariée, sans enfant).

Ainsi, Prisca est en mesure de partiellement fournir le contre don du prix de fiancée en mettant ses compétences de soins au service du mari et de la belle famille. Notons cependant que cette stratégie n'a souvent aucun succès, comme l'explique Laura qui a été répudiée en raison de son infertilité malgré le fait qu'elle avait la charge des enfants de son mari.

Je me suis mariée à 31 ans et mon mari avait 33, il avait déjà deux enfants ! Ce qui fait que bon, ... je me disais aussi à un moment donné quand ça ne venait pas... bon bref, vu que moi je n'ai pas un problème d'amour avec les enfants donc moi ça ne me dérangeait pas d'avoir ses enfants qui étaient là, de les aimer quoi ! Parce que je me disais que ce n'est pas grave il y a déjà les enfants, on va essayer... de les gérer. (Laura, 44 ans, mariée, sans enfant)

Le récit de Laura contribue à illustrer l'importance des compétences en soins des femmes dans les échanges et les rapports sociaux. En effet, la participante entendait les utiliser comme une monnaie lui permettant d'avoir une certaine stabilité dans le foyer tout en ayant le temps de faire la preuve de sa fécondité. Cependant, ce récit met en lumière l'imprévisibilité avec laquelle les femmes composent lorsqu'elles mettent en place des stratégies dont l'issue est toujours incertaine.

Pour certaines participantes donc, une stratégie de maintien en union peut consister à accepter la redéfinition de la trajectoire du couple pour permettre au conjoint d'accéder à la parentalité tout en mitigeant la marginalité. Cette stratégie est par ailleurs consolidée par le soin apporté aux enfants du conjoint. Cependant, ces stratégies sont d'une très grande imprévisibilité, elles reposent sur les réactions des conjoints et les positionnements des secondes épouses et des enfants.

III. Itinéraires moraux et gestion de l'infertilité : socialisation au stigmatisme sur le tard

Dans cette partie, je discute de stratégies qui mettent les participantes face aux images de soi dans la gestion de l'infertilité. J'aborde la manière avec laquelle elles bâtissent ou non des ressources personnelles dans la gestion de l'infertilité, et la dimension relationnelle de leurs adaptations et itinéraires moraux personnels (Goffman, 1945 :46).

A. Stratégies d'adaptation à l'infertilité

Selon Goffman (1945 :37-38), les personnes stigmatisées deviennent des professionnelles de leur stigmat. Dans son travail, cette professionnalisation passe souvent par la production et la consommation de littérature sur le stigmat, et par la constitution de groupes visant à défendre les intérêts des personnes stigmatisées. Il faut souligner que les analyses de Goffman se passent dans le contexte des États-Unis d'Amérique, où comme il l'explique, « la majorité des américains affligés d'un stigmat, (...) aussi peu cultivés soient-ils (...), peuvent profiter d'une version intellectuellement élaborée de leur situation » (Goffman 1945:38). Mais qu'en est-il des contextes qui, même pour des normaux, ne comportent que peu d'espaces publics d'expression, où les personnes stigmatisées sont exclues de la scène publique, et où le stigmat est tabou comme c'est le cas au Cameroun?

1. Développement de savoirs et stratégies

Le développement de connaissances permet aux femmes d'avoir plus de contrôle sur leur situation en se professionnalisant et en développant des connaissances sur l'infertilité.

Les femmes s'appuient sur des réseaux informels de production et de distribution de connaissances sur l'infertilité, mais aussi des ressources liées au niveau de revenus et de scolarisation des femmes, ce qui affecte leur recherche d'informations.

En effet, les femmes telles que Kim qui sont moins scolarisées mobilisent des savoirs populaires, et s'appuient aussi sur leur réseau de connaissances comme source d'information.

Bon j'avais donc dit à une amie qu'il faut qu'elle me dise un peu quelle est la période... je voulais connaître pour moi, la zone rouge où on dit qu'il faut éviter, là moi je ne vais pas éviter, c'est vers cette zone que moi je vais aller. Bon elle a essayé un peu de m'éclaircir : *comme ça, tu comptes comme ça, ...* quand je t'ai dit que j'avais des retards (Kim, 30 ans, célibataire, sans enfants)

L'information est donc une ressource fondamentale dans une stratégie visant la maîtrise du corps fécond. Bien qu'on puisse questionner la justesse des informations rapportées, l'amie est une (re) source d'informations abordable et gratuite, surtout si on considère la déconvenue de la participante face au système de santé biomédical comme mentionné dans

le chapitre 5. Toujours est-il qu'en s'appuyant sur son réseau, la participante tente d'obtenir plus de pouvoir sur sa situation en ayant meilleure connaissance de son corps et de cycle menstruel, et ajuste sa sexualité en conséquence.

En revanche, Ornella, qui est une femme diplômée et salariée, développe des savoirs en s'appuyant sur ce qu'elle estime être des sources savantes. Cette démarche intervient dans un contexte de questionnement quant à l'efficacité des médecines, et consiste à rechercher un diagnostic et des éventuels traitements.

J'essaye, j'essaye pendant un an, deux ans, je n'y arrive pas. Je commence donc à faire des recherches personnellement, j'entre dans les groupes sur Facebook ... c'est là où j'apprends beaucoup plus sur ce qu'on appelle le syndrome des ovaires polykystiques ; j'apprends les problèmes de fertilité et je me rends compte que les symptômes qu'on décrit, je les ai ! Je les ai et je comprends que c'est quelque chose de sérieux. Je fais donc des recherches, je me rends compte que ... grâce à l'alimentation, tu peux retrouver cet équilibre hormonal. C'est vrai que je n'étais pas énorme, mais j'arrive à perdre du poids et en perdant ce poids, je retrouve un cycle normal, un cycle normal. Mes règles deviennent régulières, à l'hôpital on refait tous mes examens, tout est normal. (Ornella, 38 ans, en couple, sans enfant)

Ainsi, la socialisation à l'intérieur d'un réseau - cette fois virtuel – de personnes affligées du même stigmate permet l'accès à des savoirs qui accompagnent la compréhension de la situation et orientent la recherche de sources scientifiques. En effet, Ornella obtient le diagnostic de son infertilité jusque-là inexpliquée à partir des témoignages dans les groupes Facebook. À partir de ce diagnostic, elle redéfinit son parcours thérapeutique et met en place une stratégie de gestion de son corps qui a pour but de le préparer à accueillir une grossesse.

Dans le cas d'Émeline, le développement de connaissance s'inscrit dans une stratégie de gestion des émotions et d'adaptation à l'infertilité. Comme mentionné dans le chapitre 4, l'infertilité a un poids émotionnel qui, chez elle, correspond à une envie de suicide. Afin de ne pas y céder, la doctorante entreprend d'effectuer une recherche autour d'elle auprès d'autres femmes pour arriver à mieux comprendre la situation. Ses observations lui permettent d'identifier des possibilités de solutions pour des femmes en situation d'infertilité.

J'ai commencé à observer : telle tante... il y a telle qui n'a pas d'enfant, mais elle vit ! J'ai commencé un peu à m'ouvrir, et aussi le fait de s'informer, lire aussi beaucoup. Ça fait que... les livres de psychologie... et autres..., et une tante aussi, qui m'ont montré que c'était possible parce qu'elle a vécu cela, elle a aussi vécu la même pression venant de sa mère. Mais à la fin, elle a eu son boutot, elle gagne très bien sa vie aussi. Après, elle est allée faire une fécondation in vitro en Espagne. Donc sa fille... elle a 42 ans, sa fille a 5 ans cette année. Elle m'a dit : *vraiment ne gâche pas ta vie ...*

pour des émotions, pour des envies. La première chose d'abord c'est accepter ta situation. Et moi je rends grâce à Dieu aujourd'hui, d'avoir accepté cela ! Du coup, je ne suis plus... dans la logique ou je vais voir une femme enceinte et je me fâche. (...) je [me suis] dit : « toutes les femmes ne sont pas appelées à enfanter ». Moi j'ai déjà accepté. Même [si] ça m'énerve, moi j'ai accepté. (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Émeline développe des savoirs sur l'infertilité en se socialisant à l'intérieur de réseau (familial) de personnes affligées du même stigmat. En effet, en apprenant des expériences d'autres femmes de sa famille, Émeline peut alléger l'auto-stigmatisation et se projeter dans le futur en élargissant les possibilités. Ce qui facilite son acceptation de la situation, et l'aide à approcher les interactions avec les normaux.

Ainsi, pour Émeline et Ornella, le statut de femme scolarisée et /ou salariée, leur confère les compétences nécessaires pour identifier les sources d'informations, les explorer, et comprendre des informations médicales complexes. Elles ont, par ailleurs, les moyens financiers de faire face aux coûts d'accès à Internet, nécessaire à l'identification et à la consultation des ressources en ligne. Les savoirs mobilisés par Ornella et par Émeline sont donc à la fois des savoirs liés aux expériences d'autres femmes infertiles, mais aussi ceux présents dans la littérature scientifique.

Dans d'autres cas, la personne stigmatisée devient une spécialiste de sa condition à travers ce qu'elle apprend de sa propre expérience comme c'est le cas de Mona.

*J'ai un moral très fort, très, très fort. Ça fait que j'ai appris que quand ça commence [les saignements], je mets mes trois garnitures à l'intérieur de mon slip, je mets trois à l'intérieur de mon sac et puis je m'en vais à l'école. Il y a même une anecdote, une fois j'ai tellement saigné que ça a débordé sans que je voie. Il fallait voir le regard des filles! Ah elle est allée avorter, elle a le bébé, elle est partie avorter maintenant ça vient sortir ici. Tu écoutes... toi seule tu sais ce qui t'arrive, tu n'as pas le temps. Je me suis retrouvé en train de nettoyer moi-même le banc. Aller chez une amie essayer de nettoyer mon habit, prendre une moto pour pouvoir rentrer. Tu t'assois tu pleures, mais après le lendemain tu n'as pas le choix, tu dois encore reprendre tes habits tu les remets parce que tu dois aller à l'école. Si tu ne fais pas ça ton année est terminée comme ça parce que tu saignes pratiquement quatre mois! Si tu fais pratiquement quatre mois sans aller à l'école tu vas aller composer quoi? Donc il fallait avoir un certain mental, c'est à dire je finis de pleurer là, le lendemain matin je m'arrange, tu dis *bon si quatre n'a pas donné hier, comment est-ce que je peux faire pour que ça ne me dérange pas, ou alors je mets peut-être trois, mais après chaque deux heures il faut que j'aille enlever* c'est un peu comme ça que je fonctionné. (Mona, 33 ans, fiancée, sans enfant)*

Le fait de se forger un moral correspond surtout à la gestion des symptômes qui entourent la cause de l'infertilité et des potentielles conséquences qui peuvent découler du fait de ces symptômes sur le parcours de vie de la participante. Dans le cas de Mona, le fait de se trouver au milieu de normaux (filles qui n'ont pas le même type de saignements)

occasionne un certain stress dans la mesure où les symptômes peuvent être visibles (taches de sang). Se « forger le moral » consiste aussi à répondre aux injonctions, aux attaques, aux insultes extérieures potentielles.

Se forger le moral signifie par ailleurs ne pas céder au découragement qui conduirait à l'arrêt des essais pour tomber enceinte et à une acceptation définitive de la situation.

Bon, il y a des moments où je me décourage ! Après je dis encore que ah ! Qui ne risque rien n'a rien. C'est jusqu'à quand je vais arrêter d'essayer que je saurais que j'ai donc... que j'ai vraiment tout perdu.
(Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

Par ailleurs, se forger un moral dépend de plusieurs facteurs qui souvent préexistent à la situation d'infertilité. Certaines femmes vont s'appuyer sur leur travail comme expliqué dans le chapitre 6, tandis que d'autres s'appuieront sur leur foi religieuse par exemple.

Finalement, bien que les participantes ne s'inscrivent pas nécessairement dans un agenda social ou politique de défense des droits des femmes infertiles, on observe que la gestion du stigmate d'infertilité passe par l'acquisition de savoirs variés, surtout en ce qui concerne les étiologies et les traitements. Le développement de savoirs comme stratégie de gestion de l'infertilité témoigne donc de l'agentivité de femmes qui, après avoir sollicité plusieurs recours thérapeutiques et faisant face au prolongement de l'infertilité sur le long terme, décident de se prendre en main suivant d'autres voies.

Les possibilités en termes de développement de savoirs pour les femmes sont fortement liées à leur position sociale en termes de classe, donc de revenus. Les femmes les plus aisées financièrement et les femmes les plus éduquées ont accès aux ressources de savoir plus institutionnalisées comme les livres ou la recherche sur Internet, elles ont aussi la capacité d'acquérir, de comprendre des savoirs complexes et de les mobiliser dans leur recherche de solutions.

2. Déplacement de la responsabilité de la situation : du devoir de maternité à la grâce de la maternité.

La survenue d'un stigmate est considérée comme étant une punition résultant de la violation de normes par la personne stigmatisée, ou par des personnes de sa famille ou de sa lignée. En effet, en tant que normaux, « nous considérons à la fois la déficience et la réaction comme le juste salaire de quelque chose que lui, ou ses parents, ou son peuple, ont

fait, ce qui, par la suite, justifie la façon dont nous le traitons » (Goffman, 1975 :16). Face à cette déclaration de culpabilité, comment réagit la personne stigmatisée?

Les participantes à cette recherche réagissent en déplaçant la responsabilité de l'infertilité vers une entité qui apparaît comme étant une sorte de gardien des normes et des comportements, en la questionnant sur la justification du discrédit malgré la conformité aux normes, et lui demandant de rétablir la situation. Ce déplacement s'opère donc surtout dans l'itinéraire moral des participantes, il ne s'agit pas nécessairement de tentatives pour transformer l'avis des normaux puisqu'elles savent quel est leur sur leur situation. Les participantes s'adressent alors à Dieu, à la nature, ou encore au destin.

En effet, dans les chapitre 1 et 5, j'ai discuté de la place de la religion dans les expériences de l'infertilité, notamment en ce qui concerne les médecines religieuses et les traitements. Mais la religion est aussi un moyen par lequel la reproduction est envisagée comme relevant de la volonté de Dieu, comme c'est le cas de Gina.

J'ai quand même gardé le moral haut pour avancer et la vie est courte hein ! Bon, (Rire) je devais garder le moral haut. C'est vrai que parfois je pleurais dans la nuit comme ça, je demandais à Dieu que j'ai fait quoi ? J'ai même fait quoi ? Hein ! Je dois prier combien de fois ? Je dois prier combien de fois ? Qu'est-ce que dois faire ? (Gina, 31 ans, en couple, 1 enfant)

L'appartenance religieuse, et notamment la possibilité d'avoir un être supérieur à qui présenter ses problèmes apparaît comme étant un mécanisme de gestion du poids psychologique que représente l'infertilité pour Gina.

Dans le même sens, Émeline attend ce qu'elle appelle son miracle de la part de Dieu, en se basant sur le fait que ledit miracle n'est pas supposé arriver un jour précis, le temps passé en recherche d'enfant n'apparaît plus comme étant une donnée anormale.

Parce qu'il y a des femmes, Il y en a qui ont fait dix essais infructueux, ... C'est plus tard, elles ont eu des enfants. Pourquoi donc désespérer ? Si je dis que je suis chrétienne, pourquoi je fais donc toutes ces prières ? Toutes ces neuvaines ? Je veux quoi ? Le miracle du jour au lendemain ? (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

À travers le récit d'Émeline, on se pose la question de savoir si les seules issues pour une période de crise, conjoncture vitale à plus grande échelle (Johnson-Hanks, 2017), sont soit la résolution de celle-ci, soit la normalisation du stigmate. En effet, cette dénaturalisation du processus de la reproduction au profit d'une déification de celui-ci permet d'envisager la longue durée de l'infertilité et le dysfonctionnement du corps comme des situations ponctuelles, et la période de crise peut redevenir période de conjoncture vitale, bien que

Johnson-Hanks (2017) n'ai pas envisagé cette possibilité. Ceci tend à démontrer que la temporalité qui est à l'œuvre dans le passage du court au long terme dans la gestion de l'infertilité est hautement subjective, et réversible. Si le passage du court au long terme est subjectif, il change donc en fonction des représentations, et des perceptions des individus et des communautés. Ce qui veut dire que dans un même parcours de vie, une situation pourrait changer plusieurs fois de statut entre conjoncture vitale et moment de crise.

La croyance dans le divin introduit donc de nouvelles perceptions sur la temporalité de la reproduction comme l'expliquent en outre Nina et Ornella. Pour elles, le temps qui passe et l'horloge biologique sont soumis à la volonté de Dieu, perçu comme étant capable de contrôler le temps et de faire survenir une grossesse n'importe quand⁴⁶.

C'est que c'est dur... être dans cette situation sans savoir quand on verra le bout du tunnel est très difficile. Mais je ne me morfonds pas, je fais confiance à Dieu. Je me dis qu'il agira en son temps. Bon ... c'est que de temps en temps ce qu'on essaye de faire, c'est de transcender ça quoi ! On essaye de se mettre au-dessus et de temps en temps on se demande pourquoi nous ? Pourquoi, qu'est-ce qui s'est passé ? Je ne me reproche de rien, je n'ai pas mené une vie désordonnée, pourquoi c'est à moi que ça arrive ? Oui bon ! En fin de compte ... on se confie en Dieu et on attend que ça marche. (Nina, 44 ans, mariée, sans enfant)

Parce que je suis fatiguée, je me dis que bon à un moment donné je me dis OK peut-être comme on dit ce n'est pas le temps de Dieu, c'est Dieu qui donne, ça pourra venir naturellement et oui en gros voilà ! Donc je fais ce qui est à mon pouvoir, je fais ce que je peux et je laisse la nature faire pour elle. Donc je fais ma part en me disant, demain je pourrais dire OK, j'ai fait tout ce que je pouvais, si ça n'a pas marché c'était peut-être que, c'était peut-être mon destin ! Tu comprends ? (Ornella, 38 ans, en couple, sans enfant)

La figure de Dieu permet ainsi aux participantes de protéger leur santé mentale sur le long terme, et surtout de se préparer à mener une vie sans enfant en se soumettant à sa volonté (qui est réputée être le meilleur choix pour les personnes). Mais cette préparation à vivre sans enfants s'accompagne aussi d'attentes concernant une certaine justice divine qui finalement lie les normes religieuses aux normes sociales en faisant de l'infertilité une punition pour les femmes non conformes, ou ayant commis certains péchés. En replaçant le temps de la reproduction dans le cadre de la volonté divine, elles en étendent donc la portée et les possibilités.

⁴⁶ En effet, dans la Bible, il y a un récit selon laquelle Sarah, femme d'Abraham, serait tombée enceinte à de 90 ans par la volonté de Dieu.

Cependant, comme on le voit dans la partie suivante, la gestion de l'échec de reproduction correspond souvent à plusieurs renoncements, concernant certains efforts de soins et certaines interactions sociales.

B. Renoncements dans la gestion de l'infertilité

Dans le chapitre 2, j'ai expliqué que suivant la classification de Goffman (1975) des modalités selon lesquelles les individus affligés en prennent conscience, l'infertilité correspond à une acquisition d'une tare sur le tard. C'est dire que l'individu, socialisé comme une personne normale, doit réapprendre à vivre selon de nouvelles modalités liées au stigmatisé. Dans l'analyse de la renonciation, je m'intéresse à la manière dont une femme infertile réagit lorsqu'elle réalise qu'elle est désormais une marginale, ceci après avoir vécu une bonne partie de sa vie dans la normalité. Ainsi, à quels aspects de sa vie va-t-elle renoncer pour mieux approcher son nouveau statut stigmatisé?

1. *Renoncer à la parentalité biologique et embrasser la marge?*

Qu'est-ce que cela signifie lorsque des participantes déclarent qu'elles ne cherchent plus à tomber enceinte? Est-ce une attitude subversive par rapport aux normes? Est-ce un moyen de protéger sa santé mentale? Quelles femmes peuvent se permettre de renoncer?

Le discours sur la renonciation au projet parental est systématiquement ambigu comme on le voit par exemple chez Anne, dont la renonciation est motivée non seulement par l'absence de résultat malgré l'investissement de temps et d'argent, mais aussi par un manque de soutien financier de son mari comme expliqué au chapitre 6.

Tout le temps sortir de l'argent ce n'est pas évident. Si ça vient naturellement oui, si on me présente quelqu'un qui peut me donner une bonne solution, je peux le faire. Mais je ne voudrais pas que le fait d'avoir l'enfant me hante en fait. Parce que quand ça devient comme ça, on devient aigri, on devient quelqu'un d'autre. Donc je me dis si je peux tomber enceinte d'accord. Si ça arrive, ça arrive. Sinon moi je vais plus faire d'effort. (Anne, 36 ans, mariée, 1 enfant)

Le discours d'Anne correspond donc à un arrêt des efforts et des investissements pour une grossesse, mais pas à une renonciation du projet de parentalité avec son mari. De plus,

Anne a une fille avant mariage, ce qui signifie qu'elle est dans une marginalité relative ayant fait la preuve de sa fécondité. Le renoncement aux efforts de maternité n'induit donc pas une marginalité complète par rapport à la reproduction. De plus, il est important de garder en tête que ce renoncement partiel semble être un mécanisme d'auto-préservation et de gestion de l'échec, ce qui est corroboré par l'expérience d'Ornella.

Le test d'ovulation était positif, j'ai une bonne cervicale, je... tout ! Tu te rends compte que tout est là, on a fait les examens du partenaire, le sperme n'a pas de problème. Et j'ai commencé... j'ai abandonné. Parce qu'à un moment donné c'est difficile quand mois après mois, j'ai dépensé énormément d'argent. Dans les tests d'ovulation, les médicaments. (Ornella, 38 ans, en couple, sans enfant)

Comme mentionné dans les chapitres précédents, au-delà de l'investissement émotionnel et financier, le corps aussi est mobilisé dans la recherche d'enfant. Ce corps qui trahit les efforts de la participante à chaque fois que les règles reviennent, ou qui fait face à la lourdeur des traitements. Ce qui induit une fatigue qui, dans le cas d'Ornella peut expliquer la renonciation qui la place dans une marginalité plus marquée que celle d'Anne par exemple, puisque qu'elle reste infertile et non mariée bien qu'en union de fait.

De plus, le fait que le conjoint soit père, peut contribuer à expliquer la renonciation des femmes infertiles au projet parental car comme expliqué au chapitre 6, le stigmatisme n'est pas nécessairement porté par les deux conjoints. Ainsi, les femmes telles qu'Ornella et même Anne sont souvent obligées de faire des pauses dans la recherche d'enfant en raison du manque de participation financière du conjoint.

Dans le cas de Queen, le renoncement ponctuel qu'elle opère s'explique par une combinaison d'événements, le premier étant le décès de son mari, et plus tard, l'installation de la ménopause.

Bon quelque part je me suis découragée, donc ce qui fait que je ne mets plus d'effort. S'il faut parler d'effort je ne mets plus d'effort parce que je me dis en mettant plus d'effort, comme il y a d'abord les problèmes, bon ! Je suis là vraiment, je ne mets pas plus d'effort franchement. Donc quelque part je me dis que ah ! Peut-être j'ai perdu. J'ai combattu, mais pour finir je n'ai pas eu ce que je voulais. Donc c'est un peu ça qui est dans ma tête. (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant)

En effet, la participante m'a expliqué par ailleurs que n'ayant pas eu ses règles les deux derniers mois précédant l'entrevue, elle pense qu'elle est probablement en situation de ménopause. Cependant, elle continue à faire des essais de grossesse en s'assurant de la présence continue d'un partenaire sexuel. C'est donc qu'il s'agit plus d'une pause dans les efforts que d'une renonciation complète. Dans le même sens, Mona qui a déclaré avoir

renoncé au projet parental n'a pas cessé d'entretenir son corps dans ce sens, ou de récolter des informations.

Je vais un peu rester un peu tranquille, je vais vivre ma vie, j'enlève ça de ma tête. Je fais ma vie maintenant comme je peux le faire. Mais j'ai quand même décidé de continuer à faire du sport parce qu'il faut quand même que j'entretienne mon corps. C'est vrai qu'on m'a parlé de la dame qui est à Bonnano là, mais bon [J'ai entendu parlé d'une soignante efficace qui exerce à Bonnano]... et puis il y a aussi ce petit doute-là, parce qu'on te dit ce n'est pas sûr à 100 %. Donc ne te met pas dans la tête que forcément ça va marcher, il y a ce petit doute cette petite crainte de m'investir physiquement, financièrement et puis après je n'ai rien tu vois ! (Mona, 33 ans, fiancée, sans enfant)

En effet, un phénomène similaire a été décrit par Bledsoe (2004) dans son travail en Gambie, lorsque des femmes mettent en place un certain nombre de mesures pour aider le corps à recevoir une éventuelle grossesse. Le renoncement est un moyen de protéger sa santé mentale et de gérer la peur de l'irréversibilité de la situation, ce qui coexiste avec des actions de préparation du corps et de recherche de thérapies.

Finalement, des situations hétérogènes conduisent les femmes à renoncer temporairement au projet de maternité, ou à réduire les efforts consentis dans ce sens. Mais cette situation n'est jamais définitive, car elle signifierait une acceptation définitive de la marginalité.

Dans d'autres cas, les renoncements dans la gestion de l'infertilité concernent surtout la prise de distance d'avec les normaux.

2. (Auto) exclusion et censure : renonciation aux contacts sociaux

Le but de la renonciation à la participation sociale est surtout d'éviter le contact entre les personnes stigmatisées et les personnes normales, ce qui selon Goffman (1975) représente le moment de l'exercice de la (l'auto) stigmatisation. En se maintenant en dehors des lieux interdits (Goffman, 1975), elles évitent le contact avec les personnes qui connaissent la situation et échappent au discrédit.

Dans ce sens, les participantes décrivent des situations d'auto-exclusions symboliques, où elles sont physiquement présentes dans le groupe, mais ne participent pas aux activités. Et des auto-exclusions physiques, dans lesquelles elles n'assistent pas aux événements qui les mettent en contact avec les personnes qui connaissent la situation d'infertilité.

Pour Émeline, il y a eu une auto-exclusion physique matérialisée par un déménagement en raison de l'infertilité.

Et du coup j'ai coupé beaucoup de ponts, pour pouvoir me reconstruire. J'ai déménagé j'ai coupé beaucoup de ponts avec tout ce monde. Parce que tout l'entourage qui te rappelle non ça va aller ... tu te réveilles le matin pour peu que tu sois triste... il y a aussi l'entourage hein ! Parce que si tu te réveilles le matin tu peux être triste ou énervée pour autre chose on te dit : « non ce n'est pas parce que tu n'as pas l'enfant attends DIEU va te donner, attends... » Donc... même quand tu veux oublier, on fait tout pour te rappeler ça. On fait tout, pour te faire comprendre que tu as un problème. (Émeline, 29 ans, célibataire, sans enfant)

Dans le cas d'Émeline, l'auto-exclusion découle d'un mal-être en lien avec l'entourage qui constamment la ramène à sa situation d'infertilité. Goffman (1975) l'envisage comme un moyen pour la personne stigmatisée de se réinventer en changeant pour un environnement dans lequel sa tare est inconnue ou simplement parce qu'étant moins proche des individus, elle ne se fera pas rappeler sa situation constamment. Ce faisant, Émeline est donc en mesure de s'engager dans des faux semblants et de se faire passer pour une personne normale.

Pour Diane, l'exclusion est symbolique, et découle de la peur d'être stigmatisée.

Et c'était difficile. Je fuyais le numéro des gens. Quand il y avait une cérémonie, je trouvais toujours le moyen pour ne pas partir. Quand il y a un deuil chez eux, j'ai peur d'y aller, j'ai peur d'être avec les gens, je stresse. (Diane, 31 ans, mariée, sans enfant)

Cette attitude de Diane intervient dans un contexte où les belles filles ont des obligations en termes de préparation de repas et d'organisation de cérémonies dans la belle famille. En s'y soustrayant, elle s'expose aux protestations de la belle-famille et mobilise un discrédit afin d'en gérer un autre, plus grave.

De plus, elle choisit de se soustraire aux cérémonies qui lui rappellent son discrédit, notamment les événements qui entourent la maternité et la célébration de la venue au monde d'un enfant.

Il y a des moments de crise, hein, tout comme moi. J'ai les moments de dépression, il a les moments de dépression, bon quand on je dis dépression c'est trop dire. Les petits moments de déprime. Les petits stress et tout. Maintenant là, j'ai arrêté d'aller porter les bébés des gens. Parce que ça commence à être difficile. Quand tu accouches je t'appelle je te félicite ... On finit de parler comme ça au téléphone. Mais partir porter l'enfant c'est devenu très difficile pour moi. (Diane, 31 ans, mariée, sans enfant)

Cette auto-exclusion répond à un mal-être émotionnel, qui est lié au fait de voir d'autres femmes vivre des maternités. Dans la même logique, Carine a tendance à s'exclure de tous les événements qui entourent la naissance d'un enfant.

Bon moi je m'exclus moi-même. Le dernier cas en date que j'ai eu c'était... je ne sais pas ce qui s'est dit derrière, c'était une amie qui a eu un accouchement difficile à terme, mais qui a perdu son

bébé. Et pendant que le bébé était en néonatal elle a voulu que je vienne voir l'enfant j'ai refusé parce que je ne voulais pas qu'après s'il y a une complication après encore avec l'enfant on m'accuse, je me suis éloignée volontairement moi-même. Je peux te soutenir ou bien je viens voir le bébé, mais je vais éviter de porter l'enfant. Je ne veux pas qu'après moi, s'il avait déjà un petit rhume qui commençait, le rhume là commence bien et ça devient qu'on m'accuse, donc moi-même je m'exclus. Quand on parle des bébés à côté de moi, je peux juste donner un commentaire et après je me déplace. (Carine, 31 ans, en concubinage, sans enfant)

Les cérémonies de « voir-bébé » sont des rencontres qui peuvent s'étaler sur plusieurs semaines, pendant lesquelles différentes délégations de la famille, de la belle-famille, des collègues, des amis apportent des repas, de l'argent, des cadeaux, pour bénir et accueillir le nouveau-né. Les personnes réputées mauvaises, sorcières, ou avec lesquelles les parents sont en froid ne sont généralement pas invitées à prendre part à ces rassemblements de peur qu'elles ne fassent du mal au bébé. Lorsqu'elles sont présentes, elles sont sous surveillance étroite, et le nouveau-né fait l'objet d'attention particulière si les parents ne peuvent éviter que cette personne ne le touche. Leurs cadeaux sont souvent redonnés ou détruits. Or, au chapitre 6, j'ai mentionné les difficultés que Carine a eues avec sa belle-famille, notamment les accusations de sorcellerie qui ont été formulées à propos d'elle en raison de sa situation d'infertilité. Ceci peut expliquer le fait que dans une démarche d'exclusion d'activité autour de la maternité, elle évite le contact avec les nouveau-nés.

Par ailleurs, comme mentionné aux chapitres 1 et 6, l'enfant est conçu comme appartenant certes à sa famille, mais surtout appartenant au groupe social. Dans ce sens, toutes les personnes qui gravitent autour de ce dernier ont potentiellement un mot à dire dans son éducation. Mais on constate que les femmes qui vivent des situations d'infertilité comme Queen s'autoexcluent de cette prérogative par peur que ses attitudes au lieu d'être interprétées comme étant bénéfiques pour l'enfant, soient vues comme une animosité découlant de son infertilité.

Tout récemment je suis rentrée... j'avais mon petit ananas sur la cour, je suis rentrée trouver que l'enfant de la voisine a cassé. J'ai demandé à ma voisine qui a cassé? J'ai préféré me taire, parce qu'en allant demander on va dire que oh, tu t'attardes sur les choses comme ça, elle n'a pas accouché ! Donc tu vois un peu ? Je me réserve vraiment, je me réserve beaucoup oui (Queen, 47 ans, veuve, sans enfant).

Ainsi, même si elle ne s'exclut pas physiquement du groupe, elle restreint les sphères sociales auxquelles elle participe, notamment celles liées aux interactions avec les enfants. On voit donc que le fait de gérer une situation d'infertilité sur le long terme entre renonciation et acceptation s'étend à différents aspects dans la vie quotidienne des

participantes. Les combinaisons entre acceptation et renonciation sont complexes, mais sont toujours faites dans un but de se préparer à la maternité tout en essayant de construire des échappatoires face à la possibilité d'une infertilité définitive.

En conclusion, les participantes élaborent et déploient des stratégies multiples pour faire face aux situations d'infertilité sur le long terme, ce qui montre qu'elles ne subissent pas totalement le contexte normatif ou l'environnement économique et social, elles font preuve d'inventivité pour gérer leur condition et créer des futurs. Le type de solution envisageable dépend de plusieurs facteurs qui sont liés au temps, à la position sociale de la participante, à son statut matrimonial, et à sa situation financière.

Ces stratégies font écho aux idées développées dans les chapitres précédents. En effet, le contexte normatif qui précise ce qui doit être en termes de reproduction, permet d'éclairer les stratégies déployées en tant que moyen d'alignement, de contournement ou de remise en question des normes. Illustrant les recherches précédentes explorées au chapitre 1, qui font du mariage et de la reproduction les principaux éléments des identités des femmes en Afrique sub-saharienne, plusieurs stratégies des femmes infertiles se rapportent à leurs statuts concernant la parentalité et les unions. De même, les questions des ressources abordées dans les cinquième et sixième chapitres permettent d'enrichir la compréhension des stratégies comme manifestation des ressources émotionnelles, financières et sociales auxquelles les participantes ont accès, et de leur imprévisibilité.

Toutefois, les voies de contournement que les femmes adoptent ne constituent jamais une remise en question de la place prépondérante qui est dévolue à la maternité biologique dans les parcours de vie des femmes camerounaises. En effet, quelles que soient les stratégies utilisées, parfois multiples et contradictoires, elles visent un objectif de conformité aux normes de reproduction. Leurs agentivités s'exercent donc non pas dans la remise en question de la norme, mais dans le but de continuer à évoluer socialement tout en créant de nouvelles opportunités de respectabilité. Ce faisant, elles composent avec l'imprévisibilité inhérente au déploiement d'une stratégie sans résultat garanti.

Notes finales sur l'analyse des expériences de l'infertilité pour les citadines camerounaises

Le but de ce travail était de comprendre les expériences de l'infertilité pour les femmes camerounaises, contribuant ainsi à éclairer des situations insuffisamment documentées dans les travaux contemporains, notamment en ce qui concerne les citadines.

Bref rappel de la problématique, des concepts structurant la réflexion, et des choix méthodologiques de la thèse

L'analyse de la littérature relative au sujet a permis de définir l'infertilité comme une condition qui ne se limite pas à une question médicale, mais se rapporte aux dynamiques sociale, économique et culturelle. En effet, les contextes normatifs, les systèmes de soins de santé, et les discours sociétaux jouent un rôle crucial dans la manière dont l'infertilité est perçue et gérée.

De plus, plusieurs travaux (Goheen, 1996 ; Yana, 1993 ; Calvès et Meekers, 1997; Johnson-Hanks, 2002 ; Mondain, et *al.*, 2009 ; Faye, 2011; Adjamagbo et *al.*, 2013) soulignent la relation étroite entre le mariage et son but, la procréation, ainsi que leur importance pour le statut social des femmes. En effet, bien que l'Afrique connaisse des bouleversements qui, à travers l'urbanisation et l'éducation par exemple, retardent de plus en plus l'entrée en nuptialité et en maternité des femmes, on remarque toutefois que les statuts d'épouse et surtout de mère conservent une place déterminante. Ceci conduit au maintien de la forte stigmatisation de l'infertilité engendrant une perte de statut social pour les femmes, et induisant ainsi une gamme importante d'émotions, notamment la peur (Dierickx et *al.*, 2021 ; Bahri et *al.*, 2021), qui accompagne les actions de protection de la fertilité, ou de mitigation de l'infertilité telles que le confiage (Eloundou-Enyegue et *al.*, 2007 ; Ba, 2021) ou les traitements (Telefo et *al.* 2012; Bonnet et Duchesne, 2019).

Cependant, plusieurs zones d'ombre demeurent dans la littérature concernant par exemple les situations auxquelles correspondent la définition sociale de l'infertilité, le sens du désir d'enfant et les émotions liées à la reproduction dans la société camerounaise contemporaine, ou encore le vécu de l'infertilité par les citadines. Afin de répondre à ces lacunes, cette thèse appelle à une approche holistique de l'infertilité, qui intègre les

dimensions médicale, émotionnelle et sociétale pour favoriser une meilleure compréhension des expériences des femmes infertiles. Cet objectif s'articule autour du questionnaire suivant :

Selon quels processus l'infertilité des citadines camerounaises se construit-elle comme une situation stigmatisante, qui s'insère dans leurs carrières sociales et morales, et transforme leurs parcours de vie?

Cette question a été divisée en quatre sous questions, dont les réponses ont contribué à offrir un aperçu des enjeux profonds que l'infertilité comporte pour les femmes et la société camerounaise dans son ensemble. Lesdites réponses ont été formulées à partir de données générées grâce à un dispositif de recherche qualitative, et analysées au prisme d'un assemblage théorique formulé à partir du concept de genre (Neyer et al, 2011; Ndengue, 2016), de stigmat (Goffman, 1975), de la théorie des conjonctures vitales (Johnson-Hanks, 2002/2017), et de la sociologie de l'imprévisible (Grossetti, 2004).

Le cadrage théorique fournit un point de départ sur le terrain, l'ouverture de la conjoncture vitale. Et à partir de cet événement, il est possible de reconstruire une trajectoire/un parcours qui met en évidence un ensemble de stratégies, d'acteurs, de ressources, que l'individu mobilise dans la gestion du stigmate, ici l'infertilité, et la négociation de son futur. Ce cadre considère donc que l'infertilité est une situation stigmatisée, crise biographique, qui constitue un moment de conjoncture vitale en raison des potentielles irréversibilités qu'elle occasionne dans un parcours de vie. Dans la gestion de l'infertilité, le fait d'être une femme ou un homme affecte la capacité des individus à se projeter dans le futur, et finalement à mitiger les conséquences du stigmate sur le quotidien et le parcours de vie.

Le cadre théorique permet de rendre compte :

- Des acteurs, ressources et relations qui entrent en ligne de compte dans la production et la mise en œuvre des normes de reproduction, dans l'expérience et la gestion du stigmate, et dans la négociation de nouvelles possibilités de respectabilité;
- Des émotions que suscitent l'infertilité comme étant à la fois rattachées au parcours de chaque femme, et inscrites dans des relations sociales.

- À travers les notions de contingence et d'imprévisibilité, des temporalités sociales et subjectives qui rythment les récits et les expériences de l'infertilité;
- Des variations dans les échelles d'analyse pour saisir l'expérience selon le nombre de personnes concernées, selon qu'on se réfère au temps long ou court, et suivant différentes positions de relations affectives et familiales.

La méthodologie se base sur l'usage des récits de vie (Gaudet, 2013 :17; De Montigny-Gauthier et De Montigny, 2014;) comme technique principale de production des données. Je me sers par ailleurs de l'observation (Olivier De Sardan, 2003) afin de saisir les tendances générales de mon objet d'étude sur les réseaux sociaux, et avoir accès à des données me permettant de mettre les récits de vie en perspective. Sans être des ethnographies, ces observations se rapprochent de ce que Gaudet et Robert (2018 :84) qualifient « d'ethnographie numérique, d'ethnographie en ligne, ou de nethnographie », et ont été menées en complément des récits. Ainsi, la méthodologie se rapporte au cadrage théorique, et permet d'analyser les expériences personnelles de l'infertilité au regard de processus, valeurs, projets de groupe.

À travers une analyse des dimensions individuelle, relationnelle et culturelle des expériences de l'infertilité, cette étude a mis en lumière les défis émotionnels, psychologiques et physiques auxquels les femmes infertiles font face tout au long de leur parcours. De plus, l'examen des facteurs socioculturels a révélé comment les normes sociales, les systèmes de santé, les pressions familiales, et les croyances collectives façonnent les expériences de la stigmatisation. Par ailleurs, la thèse met en lumière l'agentivité des femmes infertiles et leur inventivité dans la gestion de la marginalité et la redéfinition de leurs futurs.

Dans cette synthèse finale, je propose de revenir sur mes principaux résultats de recherche en relation avec chacune des sous-questions de recherche. Ensuite, je discute de la mise en œuvre du dispositif théorique et méthodologique, et enfin, je présente quelques réflexions sur des opportunités pour d'éventuelles recherches futures.

Bref retour sur les résultats de recherche

À travers les observations virtuelles sur Facebook et les entretiens avec les citadines camerounaises infertiles, j'ai mené une étude qualitative dans le but de répondre aux sous questions de recherche suivantes :

- *Comment l'infertilité se construit-elle comme situation stigmatisante?*
- *Quelles sont les trajectoires thérapeutiques empruntées par les femmes confrontées à l'infertilité, et comment ces parcours sont-ils influencés par leurs situations socio-culturelles et économiques?*
- *Comment différentes sphères de la vie des participantes sont-elles affectées par leur statut de femme infertile?*
- *Quelles stratégies permettent l'identification et la redéfinition des futurs possibles lorsque l'infertilité se transforme en moment de crise?*

Cette partie présente un bref aperçu des réponses à chacune de ces questions, dont l'ordre d'apparition dans la thèse permet de mettre en exergue la temporalité rattachée aux expériences de l'infertilité au Cameroun.

A. Construction du stigmatisme d'infertilité

Une femme mariée, avec une descendance nombreuse, constituée de filles et garçons, qui arrive à la ménopause vit un moment d'impossibilité de reproduction, mais cette situation n'est pas nécessairement porteuse d'enjeux pour cette dernière ou sa famille. En interrogeant la manière dont le stigmatisme d'infertilité se construit dans le contexte du Cameroun, le but était de comprendre comment cette situation se constitue-t-elle en moment de conjoncture vitale dans les parcours de vie des citadines. Dans ce sens, l'analyse a abordé l'infertilité :

- Sur le plan macrosocial, en s'intéressant aux expressions des femmes sur les normes sociales de reproduction;
- Sur le plan méso social par l'analyse du désir d'enfant comme point de rencontre entre des projets de vie personnels et collectifs;

- Et du point de vue microsocial, en définissant la situation concrète correspondant à chaque participante et les enjeux d'autostigmatisation qui en découlent.

Cette recherche montre que le stigmate d'infertilité se construit à travers la comparaison entre les parcours reproductifs des femmes et leurs attentes personnelles, ainsi que celles des familles et de la société en général. Les critères de cette comparaison reposent sur les normes sociales de reproduction, capturées dans ce travail à travers les expressions qu'en font les participantes. Ces normes se rapportent par exemple à la jeunesse comme moment idéal de reproduction (Larsen et Menken, 1991), au mariage comme cadre de la reproduction (Calvès et Meekers, 1997 ; Faye, 2011), ou encore au fait d'avoir une descendance nombreuse (Mbow et Diop, 2019), et façonnent les projets procréatifs des femmes camerounaises. Cependant, les expressions des normes telles que faites par les participantes sont fonction non seulement des conditions socioéconomiques des femmes qui les placent dans des positions différentes de conformité aux normes et de marginalité, mais aussi de leurs situations d'infertilité spécifiques, qui sont porteuses d'enjeux différenciés. Par exemple, les femmes célibataires plus âgées ont tendance à accorder une place moins importante au mariage comme cadre de la reproduction. De même, alors que les femmes qui sont mère (d'un seul enfant ou de filles uniquement) et qui ont de la difficulté à tomber enceinte à nouveau s'expriment sur le fait d'avoir une descendance nombreuse ou variée, celles qui n'ont jamais été enceintes s'expriment sur le fait d'avoir au moins un enfant. La socialisation à ces normes outille non seulement les femmes infertiles pour s'auto stigmatiser, mais aussi toutes les personnes de l'entourage pour séquencer les parcours de vie suivant un ensemble de situations désirables en fonction de l'âge, du statut matrimonial, de l'historique génésique, et pour stigmatiser en cas d'infertilité au moment idéal de procréation.

Ma recherche confirme ainsi que le vécu de l'infertilité par les femmes est fortement tributaire du contexte normatif dans lequel elles évoluent (Gerriets, 1994; Duchesne et Bonnet, 2014; Fledderjohann, 2017). En outre, ce travail permet de préciser les contours et le contenu des normes sociales de reproduction dans le contexte spécifique du Cameroun. Par ailleurs, l'exploration des expressions du désir d'enfant a mis en lumière les utilités sociales de l'enfantement, et le sens spécifique que l'infertilité prend dans chaque parcours

de vie. Enfin, la recherche fournit des pistes de compréhension de l'infertilité qui prennent en compte des situations sociales échappant aux définitions restreintes aux domaines médical et démographique.

B. Carrières étiologiques et thérapeutiques

L'analyse des carrières étiologiques et thérapeutiques à la suite de la définition et de l'exploration de la construction de l'infertilité inscrit les expériences des femmes dans une certaine temporalité. En effet, les actions de recherche d'explication et de correction médicale de l'infertilité suivent immédiatement la survenue de la situation.

À travers une analyse des facteurs démographiques, sociaux, culturels, économiques et médicaux, cette recherche a démontré que la prise en charge de l'infertilité est simultanément genrée, culturellement définie, et économiquement stratifiée. En effet, tel que constaté dans des recherches antérieures (Bonnet, 2018), les femmes sont celles qui investissent le plus dans la recherche de solution, en même temps qu'elles ont peu de contrôle sur le processus de recherche de solution et les finances des couples. Les participantes les moins nanties dépendent presque exclusivement des conjoints pour le financement des parcours étiologiques et thérapeutiques, de même que pour les femmes mariées, les décisions de soins se prennent de concert avec les conjoints et leur famille. Ainsi, au coût financier de l'infertilité, s'ajoute un coût social qui découle du dévoilement de la situation aux individus qui détiennent les ressources dont les femmes ont besoin.

De plus, les combinaisons des approches biomédicales, les traitements religieux, et les traitements traditionnels, sont également des aspects cruciaux de la compréhension des expériences de l'infertilité pour les citadines camerounaises. Ce syncrétisme thérapeutique renseigne sur la diversité des représentations de l'infertilité comme maladie, mais aussi les interactions entre des univers de savoirs qui peuvent apparaître comme contradictoires. En effet, les traitements traditionnels sont souvent rejetés par les soignants religieux, qui les suspectent de maintenir l'infertilité ou de corrompre le processus de reproduction. Or, plusieurs femmes y recourent simultanément surtout lorsque les premières initiatives de soins ne résolvent pas la situation.

En mobilisant le concept d'itinéraire thérapeutique (Fassin, 1990), je mets donc en évidence la complexité et la diversité des parcours que les personnes infertiles empruntent

non seulement dans leur quête de traitements mais également d'explications de leur situation. Les itinéraires étiologiques apparaissent donc comme une contribution fondamentale de ce travail. En effet, lorsqu'abordé, le sujet des étiologies est souvent traité comme une simple composante du parcours thérapeutique. Or, cette recherche démontre que les étiologies font l'objet de parcours distincts, qui néanmoins éclairent les parcours thérapeutiques. Par ailleurs, la combinaison entre le calendrier de vie (Gaudet et Drapeau, 2021) et le concept de carrière sociale (Becker, 1985; Voegtli, 2004) a permis de théoriser la construction de calendriers de carrières thérapeutiques. Cet outil a permis de représenter les itinéraires étiologiques et thérapeutiques des participantes, tout en tenant compte de la temporalité, et des logiques suivant lesquelles ils se construisent le long de l'expérience de l'infertilité. Des représentations sous forme de tableaux ont été mobilisées afin de mettre en lumière les dimensions temporelles de l'infertilité, à travers la combinaison du temps qui passe, de l'intervention et des ressources de divers acteurs qui permet de faire sens des itinéraires.

C. Infertilité et carrières sociales

En cas d'échec des premières entreprises de soins, l'infertilité s'étend à tous les domaines de la vie des participantes, et entraîne des modifications dans les relations et interactions sociales auxquelles elles prennent part. Ainsi, autant les rapports de couple, les rapports familiaux, les expériences professionnelles que les relations amicales sont profondément perturbées en cas d'infertilité.

Cette recherche démontre que l'infertilité est une expérience qui contribue à consolider les inégalités de genre dans le couple en renforçant la dépendance affective et financière des femmes à leurs conjoints. De plus, la situation crée un risque de marginalisation du marché matrimonial pour les femmes célibataires, et une précarisation du statut d'épouse. La stigmatisation dans les couples opère donc à travers des combinaisons imprévisibles entre différents aspects des besoins des femmes en termes émotionnels, financiers, et statutaires. Peu importe la source de l'infertilité du couple, la trajectoire qu'il suit dépend presque exclusivement des réactions des hommes, qui sont souvent fonction de leurs propres représentations de la famille, de la masculinité et de la reproduction. De plus, même en cas

d'infertilité des hommes, les femmes endossent non seulement la charge mentale de soutien au conjoint, mais mettent aussi en place des stratégies pour endosser le stigmate et protéger la réputation de celui-ci, surtout lorsque le couple est marié.

Par ailleurs, à travers l'analyse des effets de l'infertilité sur les relations familiales, ma recherche confirme que les femmes de l'entourage jouent souvent un rôle majeur dans la stigmatisation des femmes infertiles (Nyasulu, 2020; Elwell, 2022). En effet, les réactions des familles et des belles-familles sont teintées par le contexte normatif de la reproduction, et les représentations qui l'accompagnent, Chouala (2008) explique qu'au Cameroun, les femmes de la belle-famille justifient souvent leurs comportements violents par la nécessité de défendre les intérêts des hommes. Dans ce sens, la famille en contexte africain (qui s'étend à la belle-famille) ne constitue pas un bloc monolithique, mais correspond à une diversité de relations stratifiées suivant différents niveaux de proximité. Cette proximité se traduit par les relations affectives qui lient les personnes stigmatisées à certains membres de leur famille, induisant soit une solidarité par rapport au stigmate, ou au contraire une exacerbation de celui-ci, souvent involontaire, expression des inquiétudes des proches des participantes.

Enfin, cette thèse aborde le sujet peu exploré des effets de l'infertilité et de la recherche de traitements sur les parcours professionnels de femmes qui évoluent en contexte de rareté de l'emploi. Suivant la théorisation proposée par Olshanky (1987/2009) à propos des femmes américaines, on constate en effet que l'infertilité peut soit oblitérer le succès professionnel, ou au contraire que la carrière professionnelle peut être un moyen de faire face à l'infertilité, ou plus rarement dans le contexte du Cameroun, que l'infertilité peut être intégrée à la carrière professionnelle à travers les assurances, les aménagements de temps de travail par rapport aux soins par exemple. Pour de nombreuses femmes, l'équilibre entre la poursuite d'une carrière professionnelle et la recherche de traitements pour l'infertilité peut être délicat. L'infertilité peut avoir un impact émotionnel sur le bien-être général des femmes au travail. Le stress, la tristesse et l'anxiété liés à l'infertilité peuvent notamment influencer leur productivité. Les rendez-vous médicaux fréquents, les traitements et les procédures peuvent interférer avec les obligations professionnelles, entraînant un stress supplémentaire. Cependant, on note le développement de politiques

informelles de soutien, qui peuvent aider à créer un espace pour les traitements et les suivis médicaux nécessaires.

D. L'infertilité sur le long terme

L'analyse de la gestion de l'infertilité sur le long terme rend compte de la transformation d'une situation envisagée au départ comme une situation ponctuelle, en moment de crise biographique qui nécessite de repenser le parcours de vie. Ainsi, cette réflexion prolonge celle sur la dimension de la temporalité dans la reproduction, et montre que plus l'infertilité s'étend dans le temps, plus les femmes infertiles font preuve d'ingéniosité pour réinventer leur réalité, et conquérir de nouveaux futurs. Leurs agentivités se manifestent notamment à travers leurs stratégies concernant la création d'occasions de parentalité alternative, la gestion de la sexualité et des relations de couple, et la protection de leur santé mentale.

Afin de tenter d'oblitérer l'infertilité ou d'en faire un statut secondaire, les femmes mariées mobilisent et mettent de l'avant d'autres statuts qui peuvent les valoriser, tels que le mariage, en tentant de se construire une certaine respectabilité à travers celui-ci et les responsabilités qu'il leur confère, ceci à condition que le conjoint et sa famille aient une acceptation relative de la situation. Par ailleurs, d'autres participantes mobilisent des statuts stigmatisés tels que le célibat, qui permettent de détourner les soupçons des autres sur une éventuelle infertilité, en s'appuyant sur le contexte normatif qui fait du mariage un préalable de la reproduction. Une des contributions de ma recherche est donc de montrer que la marge est non seulement plurielle, mais peut-être un espace choisi. Le fait de réclamer une position marginalisée (telle que le célibat) intervient souvent dans l'objectif d'éviter de se faire assigner une position marginale encore plus éloignée de la normalité (telle qu'avec l'infertilité). Ainsi, l'analyse démontre qu'être à la marge signifie occuper une position sociale de négociations et de stratégies afin de se rapprocher le plus possible de la normalité, en se positionnant dans une marginalité moins stigmatisée que l'infertilité, telle que le célibat.

L'analyse a en outre permis de découvrir de nouvelles dimensions du confiage, notamment le confiage avec cohabitation de courte durée, et le confiage symbolique, qui s'ajoutent au confiage de longue durée, extensivement décrit dans la littérature (Lallemand, 1976;

Vimard et Guillaume, 1991 ; Yana, 1999 ; Eloundou-Enyegue, et al., 2007 ; Ba, 2021). De plus, l'analyse révèle une multitude d'enjeux en lien avec les pratiques du confiage, notamment les difficultés émotionnelles des parents d'accueil lorsque l'enfant confié rend visite à ses parents biologiques, les stratégies économiques des parents qui confient, les possibilités à se voir confier un enfant selon la situation économique des femmes infertiles. Par ailleurs, ce travail a confirmé que, comme observé par Goffman (1975), la gestion de l'information est une part importante des expériences des stigmatisés. En ce qui concerne les femmes infertiles, dévoilement ou dissimulation sont mobilisés dans la ville de couple selon qu'elles souhaitent obtenir la participation du conjoint à la recherche de solution, ou se garantir l'accès à des relations sexuelles fréquentes. La dissimulation constitue alors un avantage réservé aux femmes qui peuvent assumer seules les coûts des soins. Ma recherche confirme par ailleurs que pour se maintenir en relation ou dans un foyer, la polygamie est une des stratégies mobilisées, permettant au conjoint d'accéder à la parentalité.

Enfin, la gestion de l'infertilité sur le long terme suscite une discussion qui en est à ses balbutiements en contexte camerounais, celle de la santé mentale, notamment chez les femmes vivant des situations de marginalisation. En effet, la nécessité de protéger leur moral est au cœur des préoccupations participantes, qui s'appuient dans cette optique sur leur formation scolaire pour trouver des ressources et développer des savoirs sur leur situation, sur la religion, ou encore sur le fait de physiquement se soustraire des interactions difficiles telles les fêtes de familles, malgré les conséquences éventuelles sur leurs relations sociales.

Ensemble, les réponses à chaque aspect du questionnement de cette thèse permettent de comprendre les enjeux sociaux, identitaires, émotionnels, culturels, et économiques des expériences de l'infertilité pour les citadines camerounaises.

Discussion des concepts, théories, méthodologie

Les choix théoriques et méthodologiques effectués pour cette thèse sont à l'image de la complexité de la situation étudiée. En effet, l'analyse des récits de vie s'est faite en opérationnalisant les interconnexions entre les conjonctures vitales, la sociologie de

l'imprévisible, les concepts de stigmatisme et de genre, révélant les intrications profondes des expériences singulières de l'infertilité avec les dynamiques sociales et culturelles.

A. Mobiliser le concept de genre pour étudier l'infertilité des citadines camerounaises

À partir du travail de Sow (2012 :152) qui suggérait que le concept de genre dans les travaux sur l'Afrique soit mobilisé soit dans la tendance des féministes de Jenda, (*A Journal of Culture and African Women Studies*) qui rejettent le concept de genre d'origine occidentale, soit dans celle de *Feminist Africa*, avec des travaux qui critiquent et se réapproprient le concept dans le contexte Africain, ce travail s'inscrit dans une démarche d'adaptation du concept de genre à l'étude de l'infertilité pour les citadines camerounaises.

Bien que mon objectif principal fût de mettre de l'avant les expériences des femmes, en mobilisant le concept de genre en le distançant de la binarité hommes – femmes, et en le réinscrivant dans un spectre de relations sociales plus large, il a été possible de mettre en exergue l'indissociabilité entre les expériences des femmes, et les représentations des hommes sur les rôles de genre. Ainsi, une analyse genrée de l'infertilité a permis de mettre en lumière la complexité des relations sociales dans lesquelles les femmes et les couples sont impliqués, notamment les relations familiales.

En effet, le concept a servi de lunette pour observer d'une part les différences entre les femmes infertiles selon leur statut économique, et d'autre part, la place centrale qu'occupent les femmes elles-mêmes dans la stigmatisation des femmes infertiles au sein de la famille élargie. Il s'agit des cousines mais aussi des belles-sœurs et des belles-mères, face auxquelles les hommes ne réagissent que rarement. Ainsi, bien que les hommes soient souvent en situation majoritaire, il arrive très souvent qu'ils se retrouvent en situation minoritaire face à d'autres femmes en raison de rapports de séniorité tels que décrits par Oyèrónké Oyéwùmí (1997). Suivant la théorisation de Butler (1999), on peut donc dire que ces femmes occupent des positions de masculinité en raison de leur âge, ce qui témoigne d'une mobilité de genre suggérant une fois de plus, la non-binarité.

Le concept de genre a été un moyen de rendre compte des expériences des individus, en ce qu'elles sont liées à leur statut socio-économique, et en ce qu'elles s'inscrivent dans le cadre plus global de la santé sexuelle et reproductive. Ainsi, une approche intersectionnelle de la

SSR permet de constater que le discours féministe dominant sur la reproduction en Afrique constitue un des axes de minorisation pour les femmes infertiles, qui se trouvent invisibilisées du cadre genre de la SSR dont une des principales préoccupations est celle de la limitation des naissances. Cette invisibilisation est d'autant plus criante lorsqu'une femme est célibataire, la majorité de la recherche sur les enjeux de reproduction sur le continent s'inscrivant dans des dynamiques de couple.

B. Mobiliser le concept de stigmat pour étudier l'infertilité des citadines camerounaises

L'infertilité apparaissant souvent sur le tard dans le parcours de vie des femmes et des hommes, ces dernier.es doivent alors apprendre à se réidentifier (Goffman, 1975). Dans le cadre de cette thèse, le stigmat a été défini comme un attribut (infertilité) ou une absence d'attribut (absence d'enfant) qui, dans les relations sociales et les relations à soi, sont sources de (auto) marginalisation, et appellent un éventail de réponses.

La mobilisation du concept de stigmat a soulevé trois principales questions. La première concerne le concept famille mobilisé par Goffman (1975), la deuxième concerne l'intentionnalité dans la stigmatisation et la dernière concerne l'évolutivité de la stigmatisation.

Goffman (1975) envisage la famille comme un espace de protection pour les individus stigmatisés. Or, son approche occidentale de la famille ne prend pas en compte les modèles familiaux complexes qui existent dans d'autres contextes, africains en particulier. Ainsi, une des contributions de mon travail est de montrer que les familles des femmes infertiles ne constituent pas nécessairement un lieu de protection pour ces dernières. Dans le contexte du Cameroun, la diversité de réactions dans les familles peut s'expliquer par la complexité de cette institution sociale, les membres étant liés par divers niveaux de relations. Ainsi, en fonction du degré de proximité dans l'arbre généalogique et des relations affectives associées, les femmes infertiles peuvent être stigmatisées dans leur famille élargie notamment.

Par ailleurs, Goffman (1975) lie les réactions de stigmatisation aux normes sociales, tandis que les réactions de soutien, obtenues de la part de la famille ou des initiés (conjoint, enfants), sont liées aux relations affectives et à l'empathie envers les personnes stigmatisées. Toutefois il ne distingue pas les réactions intentionnelles, qui mènent à de la stigmatisation active et assumée, des réactions non intentionnelles, qui surviennent parfois sans que l'individu qui stigmatise s'en rende compte. Par exemple, certaines femmes infertiles rapportent vivre du harcèlement de la part de leur mère, dont l'intention est pourtant un encouragement à la maternité dans le but de protéger la participante de la marginalisation. Identifier la dimension intentionnelle ou non intentionnelle de la stigmatisation permettrait de saisir les situations dans lesquelles celle-ci n'est pas exclusivement liée aux normes sociales, mais à un désir actif de discréditer, et de donner plus d'agentivité à l'individu qui stigmatise.

Enfin, l'utilisation du concept de stigmatise pose la question de savoir comment est-ce que les comportements stigmatisant évoluent dans le temps. En effet, l'infertilité, lorsqu'elle persiste, peut devenir un fardeau social et personnel de plus en plus lourd à porter. Plus les années passent, plus les attentes sociales et familiales semblent se renforcer, exacerbant ainsi le sentiment de non-conformité et de dévalorisation chez les femmes concernées. Cette pression temporelle peut agir comme un catalyseur pour une stigmatisation plus marquée, qui peut aller de simples remarques à la répudiation. En parallèle, la temporalité affecte également la manière dont les femmes perçoivent leur propre situation. Au fil du temps, l'autostigmatisation s'intensifie par la comparaison avec les autres femmes qui réussissent à concevoir, alimentant ainsi un cycle de culpabilité et de remise en question de soi-même. La notion de temporalité apporte une certaine prévisibilité à la stigmatisation, qui s'exprime différemment selon qu'on se réfère au temps court ou long, et permet de mieux expliquer les attitudes stigmatisantes. Notons que dans le cadre de cette thèse, ce sont les expériences de la stigmatisation, et non l'exercice de la stigmatisation qui a été étudiée.

C. Imprévisibilité et conjonctures vitales

Je me proposais d'appliquer la théorie des conjonctures vitales, développée par Johnson-Hanks (2002) dans le cadre d'une étude sur les parcours scolaires des jeunes filles Bétis (Cameroun), à cette étude sur l'échec des projets procréatifs. La théorie des conjonctures vitales s'intéresse aux moments de rupture biographique, et à la manière les individus naviguent ces périodes. La conjoncture vitale est rapidement résolue et correspond aux moments circonscrits au temps court, tandis que le temps long correspond à une période de crise dans laquelle l'événement imprévisible devient une sorte de nouvelle normalité (Johnson-Hanks, 2017). Ma lecture de cette théorie la situe dans le prolongement d'autres travaux dont l'objectif est de se saisir de la dimension imprévisible des parcours de vie. Ainsi, la sociologie de l'imprévisible, telle que définie par Grossetti (2004), permet de renforcer le travail de Johnson-Hanks, ainsi que celui de Bledsoe (2002) sur l'analyse de l'usage de la contraception par les Gambiennes en tenant compte des contingences dans les parcours reproductifs.

Plus de vingt ans après ces travaux, les propositions théoriques susmentionnées restent pertinentes pour saisir la complexité des parcours de vie pris entre normes sociales, ressources et acteurs imprévisibles, projets personnels et collectifs.

Ainsi, bien que la théorie de la conjoncture vitale ait été développée autour de l'étude des parcours scolaires des jeunes filles, cette thèse a permis d'en étendre la portée en démontrant sa pertinence dans le cadre d'une recherche sur l'infertilité, et sa capacité à cohabiter avec d'autres propositions théoriques afin de rendre compte des transitions vitales. La théorie des conjonctures vitales et la sociologie de l'imprévisible ont ainsi permis une meilleure compréhension des transformations des parcours de vie et de l'adaptation à l'infertilité. Ces propositions se complètent en mettant en lumière différents aspects des dynamiques sociales en réponse à l'infertilité comme événement significatif et imprévisible. Ensemble, elles ont offert une perspective plus complète sur la manière dont les individus et les sociétés interagissent avec l'infertilité comme moment inattendu, mais charnière.

Cependant, un des défis inhérents à la mise en œuvre de ces choix théoriques, réside dans la notion de temporalité qui se comprend différemment en fonction du parcours de vie des

femmes, mais ne fait que partiellement partie de la théorie des conjonctures vitales. Or, la temporalité est un élément transversal à tout le dispositif théorique dans la mesure où elle préside aux normes de reproduction et où elle permet de comprendre la détermination des femmes face aux traitements. Elle se trouve ainsi au cœur des décisions des hommes et des femmes dans les rapports de couple, des réactions des belles familles, et enfin, des stratégies que mettent en place les femmes dans la gestion de l'infertilité sur le court et le long terme. Seulement, la mise en œuvre de la théorie des conjonctures vitales a suscité une question en lien avec la manière dont s'opère le passage des conjonctures vitales court terme, aux situations de crise, et donc de long terme. Il apparaît en effet que la perception de ce qui constitue le court ou le long terme ne se rapporte pas nécessairement à une question de temps chronologique, mais plutôt aux irréversibilités que l'infertilité peut avoir sur le parcours de vie. Ainsi, l'entrée en crise (infertilité sur le temps long, avec plus de personnes détenant l'information) après un moment de conjoncture vitale (crise biographique ponctuelle) est un processus subjectif qui ne fait sens qu'au regard de l'enjeu de reproduction pour chaque femme et de son appréciation du court ou long terme. Par exemple, une femme de trente ans, dont l'infertilité dure depuis dix ans, qui est mariée, et qui a le soutien de son conjoint pourrait apprécier le temps différemment qu'une femme de trente-cinq ans, en recherche d'enfant depuis un an, pour laquelle la grossesse est une condition pour le mariage. Prendre en compte le caractère subjectif de ce changement d'échelle de temps pourrait permettre de mieux arrimer la théorie au sens que prend la temporalité dans chaque parcours de vie.

D. Notes sur le recours aux récits de vie et observation comme outils de production des données

En accord avec mes choix théoriques, le travail de production des données s'est appuyé sur une approche qualitative, qui mobilise largement les récits de vie comme outil d'investigation, ainsi que des observations. Les récits de vie ont permis aux participantes de partager leurs expériences de manière narrative, en mettant en lumière les dimensions émotionnelles, sociales et culturelles de leur vécu, et surtout en construisant leurs récits en fonction des informations qui sont importantes de leur point de vue. Les récits de vie ne

constituent donc pas ici à proprement parler des narrations de la vie entière des participantes. Ils sont des récits d'expériences, de pratiques, et de ressentis qui font suite à la présentation que fait la chercheuse de son sujet, et des raisons de sa présence en compagnie de la participante. Cette présentation, la déclaration du sujet, est en fait une demande de morceaux choisis, que la participante agence de manière à remplir les objectifs qu'elle poursuit elle-même en acceptant de participer, : elle choisit les éléments de son parcours à mettre en récit, et leur ordre d'apparition dans la narration. Pour certaines, la participation a été un moyen de tirer un résultat positif d'une expérience négative, de trouver du réconfort en se confiant, de partager des informations en espérant trouver des suggestions de traitements, de répondre à la curiosité suscitée par le sujet de recherche, de contribuer à mettre en lumière des questions qu'elles estiment négligées. Cependant, certaines participantes ont été confrontées à des expériences traumatisantes en racontant leur histoire. Il a été important de prendre en compte ces risques et de mettre en place des mesures de soutien appropriées pour aider à faire face à d'éventuelles réactions émotionnelles telles que le fait de faire des pauses, de les écouter sur des sujets qui ne concernent pas directement la recherche, d'offrir un repas, ou de garder le contact après la fin du terrain.

En combinant les récits de vie avec les observations en ligne, j'ai pu trianguler les données, c'est-à-dire utiliser plusieurs conversations sur différents groupes Facebook pour mieux comprendre les récits et enrichir mes analyses. Cependant, le recours aux réseaux sociaux pose plusieurs défis concernant notamment la gestion des données qui sont à la fois nombreuses, mais impossibles à télécharger. La capture d'écran est le seul moyen de les conserver, rendant ardue l'analyse qualitative, notamment celle des commentaires. Cependant, des analyses quantitatives sont plus accessibles, les données chiffrables (nombre de partages, de vues, de likes, de commentaires) sur les posts étant facilement accessibles.

En somme, cette étude met en lumière la nécessité d'adopter une approche holistique et contextualisée dans l'étude de l'infertilité, en tenant compte des multiples facteurs sociaux, culturels et individuels qui façonnent ces expériences. En explorant les intrications entre le genre, les conjonctures vitales, et la stigmatisation, cette recherche offre des perspectives riches pour la compréhension des enjeux liés à l'infertilité dans les villes camerounaises.

Perspectives pour de futures recherches

Cette dernière section présente des idées qui, n'ayant pas été explorées dans le cadre de cette recherche, pourraient servir de base à de futurs travaux.

D'abord, en ce qui concerne l'angle d'attaque de la thèse, des choix ont été faits et justifiés concernant notamment la focale placée sur les expériences des citadines, ainsi que sur les situations de désir d'enfant non réalisé.

Bien que m'intéressant spécifiquement aux expériences des citadines camerounaises dont les parcours sont souvent occultés, j'ai, à quelques reprises, été renvoyée au contexte culturel, notamment aux cérémonies qui ont lieu en milieu rural. Ainsi, dans le cas du Cameroun, on sait peu de choses du rôle et de la place que la maternité et le mariage confèrent aux femmes dans les rituels liés à l'enfantement, aux deuils, au mariage. Surtout en pays Bamiléké par exemple, où des événements tels que le deuil implique que les femmes soient accompagnées et habillées avec des vêtements et parures traditionnelles achetées par les belles-familles. La peur de l'infertilité pourrait ainsi être mieux appréhendée en étant reliée à cet univers culturel, et aux pratiques qui sont réservées aux mères et aux femmes mariées.

De plus, le dispositif de recherche excluait d'emblée les femmes dont l'infertilité correspond à un non-désir d'enfant. Or, une recherche sur cette posture permettrait de mieux saisir les processus par lesquels les femmes défient des normes sociales fortes, et de comprendre les logiques de ces défiances. En outre, la question se pose de la récurrence de ce choix, des conséquences sur la matrimonialité, du lien avec les discours dominants en SSR sur la limitation des naissances, ou du discours sur la protection de l'environnement par la limitation des naissances. Par ailleurs, une recherche sur le sujet pourrait aussi dévoiler que la déclaration du non-désir d'enfant chez les Camerounaises constitue une stratégie de gestion de l'infertilité en évitant d'être assignée à une marge stigmatisée.

De plus, à partir notamment des analyses menées au chapitre 6 sur les effets de l'infertilité sur les couples, il apparaît opportun de rapprocher les expériences des hommes de celles des femmes sur l'infertilité, afin de mieux cerner leurs réactions et leurs perceptions sur leurs obligations de genre en ce qui concerne la reproduction. Ce faisant, l'objectif consiste alors à analyser les effets de l'infertilité sur les couples comme une résultante de dynamiques sociales visibles à travers leurs parcours et prenant appui sur un ensemble de

relations familiale, de séniorité, et entre les pairs masculins et féminins, plutôt que de circonscrire les expériences de l'infertilité aux rapports de couple, retombant ainsi dans une tentation de binarité.

Ces trois éléments découlent directement des choix effectués au début de cette recherche. D'autres réflexions ont cependant émergé des analyses, et concernent la sortie de la conjoncture vitale ou encore la place de l'avortement par rapport aux normes de reproduction.

Ainsi, un autre élément intéressant concerne le processus par lequel les femmes jadis infertiles, retrouvent une certaine normalité. En effet, alors que l'entrée, les processus et les expériences de stigmatisation sont souvent documentées, on sait peu de choses quant à la manière dont la résolution d'une conjoncture vitale affecte les relations et les dynamiques sociales des individus concernés et qui sont passés de normaux, à stigmatisés, puis normaux à nouveaux. Comment cette transition s'opère-t-elle? Est-ce une sortie complète de la marge et une entrée totale dans la normalité? Ou est-ce que subsistent des risques de discrédit? Dans le cas de l'infertilité, comment les relations entre la famille ou la belle-famille jadis stigmatisante évoluent-elles? Ou encore, quelles relations lient les femmes anciennement infertiles à celles qui restent dans la marge? Les réponses à ces questions permettraient de mieux saisir les enjeux des conjonctures vitales, tout en illustrant la dimension sociale et normative de la stigmatisation.

De plus, à partir des expériences de femmes qui déclarent avoir au recours à des avortements à un moment de leur parcours de vie, se pose la question de la place de l'avortement dans la gestion de la reproduction. En effet, le discours féministe dominant considère la pratique comme une avancée majeure permettant aux femmes d'avoir plus de droits sur leur corps et sur la temporalité de la reproduction. Or, dans les récits, l'avortement apparaît non pas comme une libération des femmes, mais comme un moyen de se maintenir dans une illusion de conformité en attendant le moment où la maternité sera socialement valorisée. Ce qui suggère que sous certaines conditions, l'avortement est un outil de conformité aux normes sociales de reproduction dont il est réputé libérer les femmes.

Comme note finale sur cette thèse, il me paraît essentiel de réaffirmer la nécessité de réfléchir à la manière dont le processus de recherche affecte le parcours de vie et les

émotions des chercheuses. Alors que dans une posture (auto) réflexive le dévoilement de sa positionnalité est fortement encouragé, peu d'outils permettent de faire face aux émotions liées à ce dévoilement. La chercheuse s'inscrit donc en porte-à-faux par rapport aux principes éthiques qui guident la recherche, en se trouvant dans l'impossibilité d'arrêter sa propre participation à un processus de recherche émotionnellement difficile pour elle aussi. Ces difficultés sont renforcées par divers éléments tels que la compétitivité au sein des programmes de doctorat, l'impossibilité à diversifier les financements de recherche, ou encore la précarité du statut d'immigration des étudiants qui finalement inscrivent la thèse dans un processus plus large de survie et de construction de soi. Le fait que la protection à laquelle les participantes peuvent prétendre en vertu du processus de l'approbation éthique ne s'applique pas aux chercheuses démontre la tendance positiviste dudit processus, dans lequel la chercheuse se doit de rester extérieure à sa propre recherche malgré un investissement personnel et inévitablement émotionnel particulièrement important. Conséquemment, le poids émotionnel des refus et des conversations, le sentiment de responsabilité de prendre soin de ces tranches de vie et d'en faire une expérience positive sans en trahir le contenu, les inquiétudes quant au futur des participantes, l'impossibilité de les rémunérer convenablement pour ce que représente leur participation à ma thèse et mon parcours, en tant que chercheuse je n'ai que rarement été amenée à réfléchir aux besoins et aux confrontations auxquels j'ai moi-même fait face, l'institution universitaire se souciant peu de ces dimensions, centrée qu'elle est sur le bien être des participant.es aux recherches. Or, cette négligence peut impacter la qualité de la recherche doctorale, voire décourager de telles recherches qui comportent un poids émotionnel conséquent, ce qui justifie de réaliser des travaux sur cette dimension cruciale du processus de la recherche.

Bibliographie

- Acholonu, C. (2002). "Motherism: The Afrocentric Alternative to Feminism ", Ishmael Reed's Konch Magazine
- Adjamagbo, A. , Antoine, P., Beguy, D., et Dial, F.B. (2005). Comment les femmes concilient-elles mariage et travail à Dakar et à Lomé? , *6èmes journées scientifiques du Réseau «Démographie» de l'AUF «Ville du sud. Dynamiques, diversités et enjeux démographiques et sociaux »*, Cotonou (Bénin, 21-24 novembre 2005) https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-07/010043102.pdf
- Adjamagbo, A. et Koné, P. (2013). Situations relationnelles et gestion des grossesses non prévues à Dakar. *Population*, 68, 67-96. <https://doi.org/10.3917/popu.1301.0067>
- Adjamagbo, A., Gastineau, B. & Kpadonou, N. (2016). Travail-famille : un défi pour les femmes à Cotonou. *Recherches féministes*, 29(2), 17–41. <https://doi.org/10.7202/1038719ar>
- Afyanti, Y., & Solberg, S. M. (2015). It Is My Destiny as a Woman”: On Becoming a New Mother in Indonesia. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 26(5) 491-498.
- Akam, E. (1992). Les indicateurs de la mesure de l'infécondité. *Genus*, Vol. 48, No. 1/2 , 107-122
- Amadiume, I. (1987). *Male Daughters, Female Husbands: Gender and Sex in an African Society*. London: Zed Books.
- Amouzou, A. (s.d.). Famille et grossesse précoce au Sénégal, Maternités adolescentes, url : <https://fr.scribd.com/document/644815228/FAMILLE-ET-GROSSESSE-PRECOCE-AU-SENEGAL-Mamadou-AMOUZOU>
- Antoine, P. (2002). Les complexités de la nuptialité :de la précocité des unions féminines à la polygamie masculine en Afrique. Dans G. Caselli, J. Vallin, & G. Wunsch, *Démographie : analyse et synthèses. Volume II : Les déterminants de la fécondité* (p. Chapitre 27). INED.
- Antoine, P. (2010). Analyse biographique de la transformation des modèles matrimoniaux dans quatre capitales africaines : Antananarivo, Dakar, Lomé et Yaoundé. *Cahiers québécois de démographie*, 34.
- Antoine, P. et Marcoux, R. (2014) Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux en Afrique : un état des lieux, (PUQ), les sociétés africaines en mutation, ISBN 978-2-7605-4141-2.
- Any, G., Moyabi A., Founzégué A., Coulibaly, Yao K., Kouakoubah D., Kouakou R., et Witabouna Kone M. (2021). Plantes médicinales utilisées dans le traitement de l'infertilité du couple dans le Département d'Oumé, Centre-Ouest, Côte d'Ivoire, Afrique SCIENCE 19(6) 133 - 145 ISSN 1813-548X
- Araoye, M. O. (2003). Epidemiology of Infertility: social problems of the infertile couples. *West african Journal of medecin*, 22, 1-7.
- Attané, A. (2014). Multiplicité des formes conjugales dans l'Afrique contemporaine : l'exemple du Burkina Faso. Antoine Philippe (dir.), Marcoux R. (dir.) *Le mariage en Afrique : pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*, 301p, 978-2-7605-4141-2
- Ayad, M. et Barrère, B. (1991). Présentation des enquêtes démographiques et de santé. In: *Population*, 46^e année, n°4, pp. 964-974. DOI : 10.2307/1533303, www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1991_num_46_4_3709

- Aycicegi-Dinn, A., & Kagitcibasi, C. (2010). The Value of Children for Parents in the Minds of Emerging Adults. *Cross-Cultural Research*, 44(2), 174–205. <https://doi.org/10.1177/1069397109358389>
- Azonbakin, S., Dangbemey, P., Osseni, R., Yaude, S.A., Kora, F., Adovoeke, D., Djego, F., Laleye, A., et Awede, B. (2021). Enquête ethnobotanique sur les plantes utilisées dans le traitement de l'infertilité masculine au Bénin, *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 15(4): 1667-1677, ISSN 1997-342X (Online), ISSN 1991-8631
- Ba, E. (2021). Le confinement : une culture et/ou un système de protection de l'enfance? Dans : Vincent Meyer éd., *Parentalité(s) et après* (pp. 313-336). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.meyer.2021.01.0313>
- Bah, T., Ndione, L. et Tiercelin, A. (2015). Chapitre 3. Limites des récits de vie et « critiques des critiques ». Dans : , T. Bah, L. Ndione & A. Tiercelin (Dir), *Les récits de vie en sciences de gestion: Orientations épistémologiques et méthodologiques* (pp. 129-160). Caen: EMS Editions.
- Bahri H., Ben Khalifa M., Ben Rhouma M., Abidi Z., Abbassi E., Ben Rhouma K. et Benkhalifa, M. (2021) Decline in semen quality of North African men: a retrospective study of 20,958 sperm analyses of men from different North African countries tested in Tunisia over a period of 6 years (2013–2018), *Annals of Human Biology*, 48:4, 350-359, DOI: 10.1080/03014460.2021.1957501
- Bajos, N., Teixeira, M., Adjamagbo, A., Ferrand, M., Guillaume, A. et Rossier, C. (2013). Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains. *Population*, 68, 17-39. <https://doi.org/10.3917/popu.1301.0017>
- Balbo, N., Billari, F.C. & Mills, M. (2013) Fertility in Advanced Societies: A Review of Research. *Eur J Population* 29, 1–38 . <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1007/s10680-012-9277-y>
- Bambona, S. (2012). Femmes européennes, femmes africaines et Première Guerre mondiale au Cameroun, 1914-1915. *Guerres mondiales et conflits contemporains*, 248, 27-44. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/gmcc.248.0027>
- Barbieri M. (1992) *Afrique Enquêtes Démographiques et de Santé*, Washington. Population Reference Bureau. https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1993_num_48_3_4052 (5 Juin 2023)
- Barou, J. (2016). La malédiction de la femme stérile. *L'école des parents*, 618, 48-50. <https://doi.org/10.3917/epar.618.0048>
- Becker, Howard S. (1985). *Outsiders: Études de sociologie de la déviance*. Éditions Métailié. <https://doi.org/10.3917/meta.becke.1985.01>
- Becker, H. (2002). *Les ficelles du métier: Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.becke.2002.01>
- Bella, N. (1995). La fécondité au Cameroun. *Population*, , 50 année(1), 35-60
- Bereni, L., Chauvin, S., Revillard, A., et Jaunait, A. (2012). Introduction aux études sur le genre. De Boeck Université, 2e édition revue et augmentée (2008), pp.357, Ouvertures politiques, 9782804165901. {halshs-01344006}
- Berger, P., Luckmann, T. (2018). *La Construction sociale de la réalité*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.berge.2018.01>

- Bernard, J. (2015). Les voies d'approche des émotions , Terrains/Théories. URL : <http://journals.openedition.org/teth/196> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/teth.196>
- Bertaux, D. (2016). 2. Du récit de vie. Dans : , F. de Singly, *Le récit de vie* (pp. 38-50). Paris: Armand Colin.
- Berthoud, B. (2009). Socialité et émotions, Revue européenne des sciences sociales [En ligne], XLVII-144 |. URL : <http://journals.openedition.org/ress/66> ; DOI : 10.4000/ress.66
- Bessin, M., Bidart, C. et Grossetti, M. (2009). Les bifurcations, un état de la question en sociologie. Dans : Michel Grossetti éd., *Bifurcations: Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, (pp. 23-35), Paris: La Découverte. <https://doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/dec.bessi.2009.01.0023>
- Bidart, C. (2006). Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques. Cahiers internationaux de sociologie, 120, 29-57. <https://doi.org/10.3917/cis.120.0029>
- Birt L, Scott S, Cavers D, Campbell C, & Walter F. (2016). Member Checking: A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? Qualitative Health Research.;26(13):1802-1811. doi:10.1177/1049732316654870
- Bledsoe, C. (2002). *Contingent lives. Fertility, Time and Aging in west africa*. Chicago: University Of Chicago Press.
- Bledsoe, C., Guyer, J. I., Barthelemy, K. D., & Shagle, S. (1999). Anthropological vision and research logic : An Epi Info Primer. *Program of African Studies , PAS Working Papers* (7), 1-60.
- Boerma T. J., & Mgalla, Z. (1999) Women and infertility in Sub-Saharan Africa, Reproductive Health Matters, 7:13, 183-188, DOI: 10.1016/S0968-8080(99)90176
- Boivin, J., Carrier, J., & Zulu, J.M. (2020). A rapid scoping review of fear of infertility in Africa. Reprod Health 17, 142 <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00973-0>
- Bongaarts, J. (2014). The impact of family planning programs on unmet need and demand for contraception. *Studies in Family Planning*, 45(2), 247-262.
- Bonnet, D., et Duchesne, V. (2014). Migrer pour procréer : histoires de couples africains . *Cahiers du Genre* , 56(1), 41-58.
- Bonnet, D., et Duchesne, V. (2016). *Procréation médicale et mondialisation. Expériences africaines*. Paris : L'Harmattan.
- Bonnet, D. (2018). La construction d'une famille dans le contexte du recours à la reproduction médicale en Afrique subsaharienne le cas de douala, Cameroun. Dans Calvès, A. E., Dial, F. B., & Marcoux, R. (2018). *Nouvelles dynamiques familiales en Afrique*. PUQ, 4, ISBN 978-2-7605-5014-8, (223-243)
- Bonnet, D. et Duchesne, V. (2019). Infécondité, procréation médicale et inégalités sociales : expériences africaines. In : Gérard Etienne (ed.), Henaff Nolwen (ed.). *Inégalités en perspectives*. Paris : Ed. des Archives Contemporaines, 177-187. (Inégalités en perspectives). ISBN 978-2-8130-0231-0.
- Bounang Mfoungué, C. (2012) Le mariage africain, entre tradition et modernité : étude socio-anthropologique du couple et du mariage dans la culture gabonaise. Sociologie. Université Paul Valéry - Montpellier III Français. (NNT : 2012MON30010). (tel-00735563)

- Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 62-63, pp. 69-72. DOI : <https://doi.org/10.3406/arss.1986.2317> www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1986_num_62_1_2317
- Bunting, L., & Boivin, J. (2007). Decision-making about seeking medical advice in an internet sample of women trying to get pregnant. *Human reproduction (Oxford, England)*, 22(6), 1662–1668. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem057>
- Bureau, R. (1996), *Le peuple du fleuve: sociologie de la conversion chez les Douala*, Paris, Karthala
- Brochet De Thé, M-P. (1985), Rites et associations traditionnelles chez les femmes bëti (Sud du Cameroun), In Barbier J-C., *Femmes du Cameroun Mères pacifiques, femmes rebelles*, Karthala, Orstom.
- Brown, E., & Patrick, M. (2018). Time, Anticipation, and the Life Course: Egg Freezing as Temporarily Disentangling Romance and Reproduction. *American Sociological Review*, 83(5), 959–982. <https://doi.org/10.1177/0003122418796807>
- Bruyninckx, M., Cauchie, D., Dardenne, E. & Vande Ghinste, M. (2017). Diversité des modes matrimoniaux : vécu psychosocial des différents acteurs de systèmes familiaux polygames en milieu urbain au Sénégal. *Alterstice*, 7(2), 77–89. <https://doi.org/10.7202/1052571ar>
- Butler, J. (1999). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge: New-York/London.
- Calvès A.E. et Meekers D. (1997). Statut matrimonial et valeur des enfants au Cameroun. Paris : Centre français sur la population et le développement. - 35 p. ; 24 cm. - (Les Dossiers du CEPED ; no 47).
- Calvès A.E. (1999) “Marginalization of African Single Mothers in the marriage market evidence from Cameroon.” *Population Studies*, 53(3), 291-301.
- Calvès A.E. (2009) « Décision d’avorter et déterminants des avortements clandestins chez les jeunes de Yaoundé ». Dans Gourbin C. (dir.), *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l’action*, Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, p. 439-456.
- Calvès, A.E., Bozon, M., Diagne, A., et Kuepie, M. (2006). Le passage à l'âge adulte : repenser la définition et l'analyse des « premières fois ». 10.4000/books.ined.6442.
- Calvès, A.-E. et Adjmagbo, A. (2014). La démographie africaine au prisme du genre. *Cahiers québécois de démographie*, 43(2), 205–220. <https://doi.org/10.7202/1027977ar>
- Calvès A. E. et N’bouké A. (2018). Le mariage, l’union libre et le nouveau contexte de formation de la famille à Ouagadougou, Dans Calvès, A. E., Dial, F. B., & Marcoux, R. (2018). *Nouvelles dynamiques familiales en Afrique*. PUQ, 4, ISBN 978-2-7605-5014-8, 4, ISBN 978-2-7605-5014-8
- Cardi, L., Odier, L., Villani, M., et Vozari, A.-S. (2016). Penser les maternités d'un point de vue féministe. *Genre, sexualité & société, Maternités*, 16, {10.4000/gss.3917}. {hal-01578196}
- CEEDMM. (2010-2011). Infertilité du couple : conduite de la première consultation . *Université Médicale Virtuelle Francophone (Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques)*, 1-18.

- Charton, L., Lemieux, D. et Ouellette, F.-R. (2017). Le désir d'enfant exploré à travers les pratiques de nomination. *Anthropologie et Sociétés*, 41(2), 157–173. <https://doi.org/10.7202/1042319ar>
- Chauveau, J.P., Le Pape, M., et Olivier de Sardan, J.-P. (2001). La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique : implications pour les politiques publiques. Dans Winter Gérard (coord.). *Inégalités et politiques publiques en Afrique : pluralité des normes et jeux d'acteurs*. Paris (FRA) ; Paris : IRD ; Karthala, p. 145-162. (Economie et Développement). ISBN 2-84586-141-9.
- Chouala, Y. -A. (2008). « La « belle famille » et « la famille élargie » : Acteurs des violences conjugales et domestiques dans les foyers Camerounais », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 27-28 |, mis en ligne le 19 juin 2008, consulté le 04 avril 2024. URL: <http://journals.openedition.org/apad/3063> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.3063>
- Clark, S., Koski, A., & Smith-Greenaway, E. (2017). Recent Trends in Premarital Fertility across Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 48(1), 3-22
- CNGOF. (2010-2011). Sterilité du couple. *Université Médicale Virtuelle Francophone (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français)*, 1-25
- Codjo B., C. (2016) Discours et normes sociales autour de la maternité en Afrique subsaharienne : la femme, entre célébration et contraintes sociales. Université Catholique de Louvain, https://www.academia.edu/24199205/Discours_et_normes_sociales_autour_de_la_maternite_en_Afrique_subsaaharienne_la_mere_entre_celeration_et_contraintes_sociales
- Collins, M. E. (2019), The Impact of Infertility on Daily Occupations and Roles, *Journal of reproduction and Infertility*, Avicenna Research Institute, PMCID: PMC6386796, PMID: 30859079
- Compaoré, N.W. (2017). « Voici la jeune femme qui veut poser des questions » : composer avec le genre et une positionnalité changeante durant l'enquête de terrain. *Études internationales*, 48(1), 105–116. <https://doi.org/10.7202/1042355ar>
- Cooper, B. (2013). De quoi la crise démographique au Sahel est-elle le nom? *Politique africaine*, 130, 69-88. <https://doi.org/10.3917/polaf.130.0069>
- Cornwall, A. (2007). "Revisiting the 'Gender Agenda'." *Institute of Development Studies Bulletin*, 38(2), 69-78.
- Corradi, C. (2021). Motherhood and the contradictions of feminism: Appraising claims towards emancipation in the perspective of surrogacy. *Current Sociology*, 69(2), 158–175. <https://doi.org/10.1177/0011392120964910>
- Cournoyer, M. (1994). Maternité biologique, maternité sociale. Des stratégies d'éducatrices professionnelles. *Recherches féministes*, 7(1), 73–93. <https://doi.org/10.7202/057771ar>
- Crenshaw, K. (1989). "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics." *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- De Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe*. Vintage.

- De La Rochebrochard, E. (2009). Médicalisation de l'infertilité: quelle est la situation mondiale du nord au sud? Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action, UCL Presses Universitaires de Louvain, pp.277-292, 978-2-87463-182-5. hal-02367143
- De Montigny-Gauthier, P. et De Montigny, F. (2014). Théorie du parcours de vie. Gatineau : CERIF/UQO
- Debest, C. (2015). Carrières déviantes. Stratégies et conséquences du choix d'une vie sans enfant. Mouvements, 82, 116-122. <https://doi.org/10.3917/mouv.082.0116>
- Déchaux, J.-H. (2015), « Intégrer l'émotion à l'analyse sociologique de l'action », Terrains/Théories [En ligne], 2 |, consulté le 13 novembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/teth/208> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/teth.208>
- Demeulenaere, P. (2003). Le problème de l'explication des normes sociales. Dans : , P. Demeulenaere (dir.), *Les normes sociales: Entre accords et désaccords* (pp. 1-13). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Delaunay, V. (1994). L'entrée en vie féconde, expression démographique des mutations socio-économiques. Paris, CEPED (Les Études du CEPED, No. 7).
- Descarries-Bélanger, F. et Corbeil, C. (1987). La maternité : un défi pour les féministes. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (18), 141–152. <https://doi.org/10.7202/1034274ar>
- Descarries, F. (2002). La maternité au cœur des débats féministes. Dans Francine Descarries et Christine Corbeil (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, pp. 540. Montréal: Les Éditions Remue-Ménage, 2002
- Dierickx, S., Oruko, K.O., Clarke, E., Ceesay, S., Pacey, A. & Balen, J. (2021) Men and infertility in The Gambia: Limited biomedical knowledge and awareness discourage male involvement and exacerbate gender-based impacts of infertility. *PLOS ONE* 16(11): e0260084. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260084>
- Diop, F. (2009). Genre et stérilité au Sénégal : la maternité et la paternité en question. Dans : Fatou Sow éd., *La recherche féministe francophone: Langue, identités et enjeux* (pp. 391-403). Paris: Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.sow.2009.01.0391>
- Diop, A. (2009). *La condition des femmes en Afrique: Entre tradition et modernité*. Dakar: CODESRIA.
- Dyer, S.J., Abrahams, N., Hoffman, M., Van Der Spuy, Z.M. (2002). Infertility in South Africa: women's reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour for involuntary childlessness, *Human Reproduction*, Volume 17, Issue 6, Pages 1657–1662, <https://doi.org/10.1093/humrep/17.6.1657>
- Earle, S. & Letherby, G. (2007). Conceiving Time? Women who do or do not conceive. *Sociology of Health & Illness*, 29: 233-250. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.00546.x>
- El Aaddouni, H. (2003). “Stérilité au féminin : enjeux du corps, enjeux de la mémoire !”, Face à face [Online], 5 |, Online since 01 March 2003, connection on 18 October 2022. URL: <http://journals.openedition.org/faceaface/418>
- Ela, J. M. (1992). « Les enjeux démographiques en Afrique noire :les dessous d'un discours». *Afrique 2000, Revue africaine de politique internationale*, N° 8, Janvier-mars, P.4

- Eloundou-Enyegue, P. et Kandiwa, V. (2007). Évolution de la concentration du confiage en Afrique : l'exemple du Ghana et de la Zambie. *Sociologie et sociétés*, 39(2), 101–118. <https://doi.org/10.7202/019086a>
- Elwell, K. (2022). The social and cultural consequences of infertility in rural and periurban malawi. *African Journal of Reproductive Health*, 26(7), 112-126. doi: <https://doi.org/10.29063/ajrh2022/v26i7.12>
- Engeli, I. (2009). La problématisation de la procréation médicalement assistée en France et en Suisse: Les aléas de la mobilisation féministe. *Revue française de science politique*, 59, 203-219. <https://doi.org/10.3917/rfsp.592.0203>
- Erny, P. (1968). *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique Noire*. Payot, Paris.
- Evans-Pritchard, E. E. (1973). *Parenté et mariage chez les Nuer*. Trad. par Monique Manin. Préf. de Paul Mercier. - Paris, Payot, - 22 cm, 224 p., couv. ill.
- Fassin, D. (1990). Maladie et médecine, sous la direction de Didier Fassin et de Yannick Jaffré, *Sociétés, développement et santé*, pp. 38-49. Paris : Les Éditions Ellipses, 1990, 287 pp. Collection Médecine tropicale.
- Faye, S. L. (2011). Quand les tradithérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales. *Anthropologie & Santé* [En ligne], 3, consulté le 30 mai 2022. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/755> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.755>
- Feldman-Savelsberg, P. (1994) Plundered kitchens and empty wombs: fear of infertility in the Cameroonian grassfields. *Soc Sci Med*. 39:463–74.
- Feldman-Savelsberg, P. (2002). Is Infertility an Unrecognized Public Health and Population Problem? The View from the Cameroon Grassfields. Pp. 215–32, in *Infertility around the Globe: New thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies: A View from the Social Sciences*, edited by M. C. Inhorn and F. van Balen. Berkeley: University of California Press.
- Feldman-Savelsberg, P. (2019). Strange expectations: Cameroonian migrants and their German healthcare providers debate obstetric choices. *Global Public Health*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1584228>
- Ficarra V. ; Thiam A. ; Vololonirina D. (2006) « Universalisme du lien mère-enfant et construction culturelle des pratiques de maternage : pour une étude comparée et croisée des pratiques françaises, Maliennes et malgaches » ; INALCO-CFI/OIPP 2005-2006.
- Feildel B. (2018). Avant-propos : sur le thème sensibilités, émotions et relations. *Nouvelles perspectives en sciences sociales, Prise de parole* (Ontario, Canada), 14 (1), pp.15-21. 10.7202/1056430ar
- Fisher, A. P. (2003). Still “Not Quite as Good as Having Your Own”? Toward a Sociology of Adoption. *Annual Review of Sociology*, 29, 335–361. <http://www.jstor.org/stable/30036971>
- Friedan, B. (1963). *The Feminine Mystique*, W.W. Norton & company, INC, New York. <https://nationalhumanitiescenter.org/ows/seminars/tcentury/FeminineMystique.pdf>
- Friedman, D., Hechter, M., & Kanazawa, S. (1994). A theory of the value of children. *Demography*, 31, 375–401.

- Fledderjohann, J. (2017). Difficulties Conceiving and Relationship Stability in Sub-Saharan Africa: The Case of Ghana. *European journal of population = Revue europeenne de demographie*, 33(1), 129–152. <https://doi.org/10.1007/s10680-016-9401-5>
- Foaleng Tela, B. (2018). Fécondité préuptiale parmi les femmes au Cameroun : Examen des effets du contexte socioculturel et du statut socioéconomique, Université de Montréal, Mémoire de Master.
- Forte, E. et Leconte, E. (2023). Les 4 Vagues du féminisme, https://www.mcgill.ca/rnwps/files/rnwps/forte_leconte.pdf
- Förster, T. et Ammann, L. (2018). “Les villes africaines et le casse-tête du développement”, *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement* [Online], 10 , Online since 25 February 2020, connection on 11 October 2022. URL: <http://journals.openedition.org/poldev/3352>; DOI: <https://doi.org/10.4000/poldev.3352>
- Fortier, C. (2019). « Procréations médicalement assistées, sexualité et religions », *Ateliers d’anthropologie* [En ligne], 46 , mis en ligne le 03 juillet 2019, consulté le 17 juillet 2023. URL : <http://journals.openedition.org/ateliers/11063> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ateliers.11063>
- Fortino, S. (1997). « De filles en mères. La seconde vague du féminisme et la maternité », *Clio* [En ligne], 5 | mis en ligne le 01 janvier 2005, consulté le 18 janvier 2024. URL : <http://journals.openedition.org/clio/421> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/clio.421>
- Frank, O. (1983). Infertility in sub-saharan Africa: estimates and implications. *Population and Development Review*, 9(1), 137-144
- Gage, A. & Bledsoe, C. (1994). The effects of education and social stratification on marriage and the transition to parenthood in Freetown, Sierra Leone. Pp.148-166 in *Nuptiality in Sub-Saharan Africa: Contemporary Anthropological and Demographic Perspectives*, ed. C. Bledsoe and G. Pison. London: Oxford University Press
- Gagnon, É. (2001). Remarques sur l'éthique dans les sciences sociales. *Les Cahiers de droit*, 42(2), 325–335. <https://doi.org/10.7202/043639ar>
- Gaudet, S. (2013). Comprendre les parcours de vie : une lecture au carrefour du singulier et du social. Dans S. Gaudet(dir.), *Repenser les familles et ses transitions. Repenser les politiques publiques* (15-51). Québec : PUL.
- Gaudet, S., et Robert, D. (2018). *L’aventure de la recherche qualitative: Du questionnement à la rédaction scientifique*. University of Ottawa Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv19x4dr>
- Gaudet, S. et Drapeau, É. (2021). L’utilisation combinée du récit et du calendrier de vie dans un dispositif d’enquête narrative biographique. *Recherches qualitatives*, 40(2), 57–80. <https://doi.org/10.7202/1084067ar>
- Garneau, S. (2017). De la prudence épistémologique de Goffman à une critique sociale réflexive. In Garneau, S., et Namian, D. (2017). *Erving Goffman et le travail social*. Presses de l’Université d’Ottawa.
- Gautier, A. et Grenier-Torres, C. (2014). Controverses autour des droits reproductifs et sexuels. *Autrepart*, 70, 3-21. <https://doi.org/10.3917/autr.070.0003>
- Gerrits, T. (1997). Social and cultural aspects of infertility in Mozambique. *Patient Educ Couns*. May;31(1):39-48. doi: 10.1016/s0738-3991(97)01018-5. PMID: 9197801.

- Gluckman, M. (1953). Parenté et mariage chez les Lozi de l'Afrique Septentrionale et les Zoulou du Natal », Dans *Systèmes familiaux et matrimoniaux en Afrique*, A.R. Radcliffe-Brown et Daryll Forde, Trad. Griaule M. Coll bibliothèque de sociologie contemporaine, Paris, PUF
- Goheen, M. (1996). *Men own the fields, women own the crops: gender and power in the cameroon Grassfields*. Madison : University of Press .
- Goffman, E. (1968 [1961]). *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit.
- Goffman, E. (1975 [1963]). *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.
- Gomez-Perez, M. et Brossier, M. (2016). Négocier et habiter les normes sociales en Afrique au sud du Sahara : mobilisations et extraversion sociales et politiques des femmes. *Recherches féministes*, 29(2), 3–16. <https://doi.org/10.7202/1038718ar>
- Gouvernement du Cameroun (2004), Carte du Cameroun, Ministère des affaires étrangères.
- Greer, G. (1972). *The Female Eunuch*, MacGibbon & Kee, UK.
- Greil, A. L., Johnson, K. M., McQuillan, J., & Lacy, N. (2011). Are prior pregnancy outcomes relevant for models of fertility-specific distress or infertility helpseeking? *Human fertility (Cambridge, England)*, 14(3), 160–166. <https://doi.org/10.3109/14647273.2011.587229>
- Grossetti, M. (2003). Éléments de discussion pour une sociologie des bifurcations (contingences, événements, et niveaux d'action). Anticipation, France. Halshs-00476440
- Grossetti, M. (2004). Sociologie de l'imprévisible : Dynamiques de l'activité et des formes sociales. Presses Universitaires de France, pp.225, 2004, Sociologie d'aujourd'hui, Georges Balandier. Halshs-0071582
- Grossetti, M. (2006). L'imprévisibilité dans les parcours sociaux. *Cahiers internationaux de sociologie*, 120, 5-28. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/cis.120.0005>
- Halbwachs, M. et Granger, C. (2014). L'expression des émotions et la société. *Vingtième siècle*, (3), 39-48.
- Hardee, K., Feranil, I., Boezwinkle, J. & Clark, B. (1998). "Reproductive health policies and programs in eight countries: Progress since Cairo." *International Family Planning Perspectives*, 24(2), 73-81.
- Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., & Vedadhir, A. (2014). The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *Iranian journal of reproductive medicine*, 12(2), 131–138.
- Héritier, F. (1981) *L'Exercice de la parenté*, Paris, Gallimard
- Héritier, F. (1996). *Masculin/Féminin: La pensée de la différence*. Paris: Odile Jacob.
- Hertrich, V. (2007). Le mariage, quelle affaire! Encadrement social et privatisation de l'entrée en union en milieu rural malien. *Sociologie et sociétés*, 39(2), 119–150. <https://doi.org/10.7202/019087ar>
- Hochschild, A. R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, 9, 19-49. <https://doi.org/10.3917/trav.009.0019>
- Hochschild, A. R. (2017). *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, La Découverte, Paris
- Hoffman, L.W., & Hoffman, M.L. (1973). The value of children to parents. In J. T. Fawcett (Ed.), *Psychological perspectives on education* (pp. 19-76). New York: Basic Books.

- Hoffman, L. W. (1975). The Value of Children to Parents and the Decrease in Family Size. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 119(6), 430–438. <http://www.jstor.org/stable/986377>
- Hollos, M., & Larsen, U. (2008). Motherhood in sub-Saharan Africa: The social consequences of infertility in an urban population in northern Tanzania. *Culture, Health & Sexuality*, 10, 159 - 173.
- Hollos, M., Larsen, U., Obono, O. & De Bruce, M. (2009). The problem of infertility in high fertility populations: Meanings, consequences, and coping mechanisms in two Nigerian communities. *Social Science & Medecine*, 68, 2061-2068.
- Hughes, E.C. (1996b). *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales, textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie
- Hughes, E. C. (1964). Race Relations and the Sociological Imagination. *Race*, 5(3), 3–19. <https://doi.org/10.1177/030639686400500301>
- Iacub, M. (2004). *L'Empire du ventre: Pour une autre histoire de la maternité*, Fayard, Histoire de la pensée, 250p.
- Institut National de la Statistique (INS) et ICF. (2020). Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018. Yaoundé, Cameroun et Rockville, Maryland, USA : INS et ICF.
- Inhorn, M. (1993). Interpreting Infertility: medical anthropological perspectives . *Society, science and medecine* , 29(4), 449-461.
- Inhorn, M. C. (1998). Infertility and Patriarchy: The Cultural Politics of Gender and Family Life in Egypt. *Medical anthropology Quarterly*, Vol. 12 (4), 510-512.
- Inhorn, M. C., & van Balen, F. (Eds.). (2002). *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. University of California Press. <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1ppfk5>
- Inhorn, M. C. (2003). “The Worms Are Weak”: Male Infertility and Patriarchal Paradoxes in Egypt. *Men and Masculinities*, 5(3), 236–256.
- Inhorn, M. C. (2006). “He won’t be my son”: Middle Eastern Muslim men’s discourses of adoption and gamete donation. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(1), 94–120. <https://doi.org/10.1525/maq.2006.20.1.94>.
- Janzen, J.M. (1995). *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Karthala, Paris, 287p.
- Jaoul, M. (2011). L'échec de procréation, conséquences sur le sujet et dans le couple: prise en charge des AMP. *Seminaire COCHIN* .
- Jaoul, M. (2016). A propos de deux cas, la souffrance de la stérilité chez l’homme : de la souffrance objectale à la souffrance identitaire. *Le Carnet PSY*, 198, 29-34. <https://doi.org/10.3917/lcp.198.0029>
- Johnson-Hanks, J. (2002). On the Limits of Life Stages in Ethnography: Toward a Theory of Vital Conjunctures. *American Anthropologist* 104(3): 865—880.
- Johnson-Hanks, J. (2003). Éducation, ethnicité et pratiques reproductives au Cameroun. *Population*, 58, 171-200. <https://doi.org/10.3917/popu.302.0171>
- Johnson-Hanks, J. (2005) When the Future Decides. Uncertainty and intentional action in contemporary Cameroon, *Current Anthropology* 46 (3): 363-385.
- Johnson-Hanks, J. (2006) *Uncertain honor: Modern motherhood in an African crisis*, University of Chicago Press

- Johnson-Hanks, J. (2017) Vital conjunctures revisited, Fertility, conjuncture, difference: Anthropological approaches to the heterogeneity of modern fertility declines, In Kreager, P., & Bochow, A. (Eds.) *Fertility, Conjuncture, Difference: anthropological approaches to the heterogeneity of modern fertility declines* (Vol. 36). Berghahn Books.
- Journet, O. (1981). « La quête de l'enfant. Représentation de la maternité et rituels de stérilité dans la société diola de Basse-Casamance ». *Journal de la société des africanistes*, vol. 51, n° 1-2.
- Journet, O. (1990). La condition des femmes, les obligations de la procréation dans les sociétés diola du Sénégal et de Guinée-Bissau. Dans Fassin D. et Jaffré Y. (Dir), *Sociétés, développement et santé*. Paris : Éditions Ellipses AUPELF, 1990, 287 pp. Collection : Médecine tropicale.
- Kaler A. (2009). Health interventions and the persistence of rumour: the circulation of sterility stories in African public health campaigns. *Social science & medicine* (1982), 68(9), 1711–1719. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.038>
- Kalieu Elongo, Y. R. (2007). Femmes et santé de la reproduction au Cameroun : "l'accès à l'avortement légal, Dans Sidibé AS, Badji M, Mbonda EM, Otis G, Becker C. *Genre, inégalités et religion*. <http://kalieu-elongo.com/wp-content/uploads/2015/01/Femmes-et-santé-de-la-reproduction-au-Cameroun-laccès-à-lavortement-légal.pdf>, Archives Contemporaines, AUF, Paris
- Kleinman, A. & Kleinman, J. (1991), Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Cult Med Psych* 15, 275 <https://doi.org/10.1007/BF00046540>
- Kleinman, A., Wen-Zhi W., Shi-Chuo L., Xue-Ming C., Xiu-Ying D., Kun-Tun L., & Kleinman J. (1995). The social course of epilepsy: Chronic illness as social experience in interior China, *Social Science & Medicine* Volume 40, Issue 10, Pages 1319-1330, ISSN 0277-9536, [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00254-Q](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00254-Q)
- Kleinman, A. (1997). “Everything That Really Matters”: Social Suffering, Subjectivity, and the Remaking of Human Experience in a Disorderly World. *The Harvard Theological Review*, 90(3), 315–335. <http://www.jstor.org/stable/1509952>
- Knibiehler, Y. (2007). Féminisme et maternité. *La revue lacanienne*, 2, 11-17. <https://doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/lrl.072.0011>
- Kobiané, J. et Pilon, M. (2021). Contribution à une histoire de la démographie africaine. Regard sur l'Afrique francophone. *Politique africaine*, 161-162, 325-347. <https://doi.org/10.3917/polaf.161.0325>
- Koman, S.R., Kpan, Wokapeu B., Yao, K., Et Ouattara, D. (2019). Plantes utilisées dans le traitement traditionnel de l'infertilité féminine dans le département de Dabakala (Côte d'Ivoire), *Journal of Animal & Plant Sciences* (J.Anim.Plant Sci. ISSN 2071-7024) Vol.42 (1): 7086-7099. <https://doi.org/10.35759/JAnmPISci.v42-1.1>
- Konaté, D. (2008). Le paradigme de l'opposition tradition/modernité comme modèle d'analyse des réalités africaines. Dans : Adame Ba Konaré éd., *Petit précis de remise à niveau sur l'histoire africaine à l'usage du président Sarkozy* (pp. 95-109). Paris: La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.konar.2008.01.0095>

- Koster-oyekan, W. (1999). Infertility among Yoruba Women: Perceptions on Causes, Treatments and Consequences. *African Journal of Reproductive Health*, 3, 13-26.
- Kuate Djilo H. (2022) Cultures Africaines, Christianisme et guérison: Affinités et ruptures. Controverses au sujet des théologies de sante et de guérison, Nov 2021, Nairobi, Kenya. <https://www.aacc-ceta.org.hal-03827014>
- Kuumba, B. (2001). Population Policy in the Era of Globalisation: A Case of Reproductive Imperialism. *Agenda: Empowering Women for Gender Equity*, 48, 22–30. <https://doi.org/10.2307/4066510>
- Labrecque, M.-F. (1991). Les femmes et le développement: de qui parle-t-on au juste? *Recherches féministes*(2), 9-24.
- Lado, L. et Kouokam Magne, E. (2013). Le pluralisme religieux en Afrique: actes du colloque international de Yaoundé (du 16 au 18 février 2012), UCAC, Presses de l'UCAC, 415 pages
- Lallemand, S. (1976). « Génitrices et éducatrices mossi », *L'Homme*, XIII(1), p. 109-124.
- Laplantine, F. (1993). *Anthropologie de la maladie*, Payot, Bibliothèque scientifique Payot, ISBN :9782228886079
- Larsen, U. (2000). Primary and secondary infertility in sub-Saharan Africa, *International Journal of Epidemiology*, Volume 29, Issue 2, , Pages 285–291, <https://doi.org/10.1093/ije/29.2.285>
- Larsen, U. (2005). Research on infertility: which definition should we use?. *Fertility and sterility*, 83(4), 846–852. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.11.033>
- Larsen, U., & Menken, J. (1989). Measuring Sterility From Incomplete Birth Histories. *Springer on behalf of the Population Association of America, Demography*, Vol. 26, 185-201.
- Larsen, U., & Menkem, J. (1991). Individual-level sterility: A new method of estimation with application to sub-saharan Africa. *Demography*, 28(2), 229-247.
- Lasseur, M. (2005). Cameroun: Les nouveaux territoires de Dieu. *Afrique contemporaine*, 215, 93-116. <https://doi.org/10.3917/afco.215.0093>
- Le Marais, F. (2014). Reconnaître ou nier. Trier l'infertilité en Afrique du Sud. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 6, 217-237. <https://doi.org/10.3917/ccgc.006.0217>
- Legrand, M. et Volery, I. (dir.) (2013). *Genre et parcours de vie. Vers une nouvelle police des corps et des âges?* Nancy, Presses universitaires de Nancy-Éditions universitaires de Lorraine, 320 p.
- Levilain, H. (2013). Devenir mères et pères sur le tard : les négociations conjugales d'une inégalité de vieillissement entre les hommes et les femmes, in Legrand M., et Volery I. (dir.) *Genre et parcours de vie. Vers une nouvelle police des corps et des âges?* Nancy, Presses universitaires de Nancy-Éditions universitaires de Lorraine, 320 p.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <http://www.jstor.org/stable/2678626>
- Livet, P. (2012). Normes sociales, normes morales, et modes de reconnaissance. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 45, 51-66. <https://doi.org/10.3917/lse.451.0051>
- Locoh, T. (2000). « Genre, population et développement dans les pays du sud, état des lieux et perspectives. » Dans M. Bozon, & T. Locoh, *Rapports de genre et questions de population* Paris: Institut national d'études démographiques .

- Locoh, T. (dir.) (2007). Genre et sociétés en Afrique, Implications pour le développement, Paris, INED, pp. 47-68.
- Lorient, M. (2017). La « carrière morale » et la construction des problèmes sanitaires et sociaux, In Garneau, S., & Namian, D. (2017). *Erving Goffman et le travail social*. Presses de l'Université d'Ottawa.
- Lugones, M. (2019). La colonialité du genre, Les cahiers du CEDREF [En ligne], 23, mis en ligne le 03 décembre 2019, consulté le 14 avril 2023. URL : <http://journals.openedition.org/cedref/1196> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/cedref.1196>
- Maillé, C. (2014). Approche intersectionnelle, théorie postcoloniale et questions de différence dans les féminismes anglo-saxons et francophones. *Politique et Sociétés*, 33(1), 41–60. <https://doi.org/10.7202/1025586ar>
- Mama, A. (2001). "Challenging Subjects: Gender and Power in African Contexts." *African Sociological Review*, 5(2), 63-73.
- Mathieu, S. (2012). Religion et assistance médicale à la procréation. *Sociologie*, 3, 267-281. <https://doi.org/10.3917/socio.033.0267>
- Marques-Pereira, B. et Raes, F. (2002). Les droits reproductifs comme droits humains : une perspective internationale. Dans : Marie-Thérèse Coenen éd., *Corps de femmes: Sexualité et contrôle social* (pp. 19-38). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/dbu.coene.2002.01.0019>
- M'Bouna, M. (2019). La carrière entrepreneuriale des femmes : une étude des trajectoires entre secteur formel et informel au Gabon. *Question(s) de management*, 26, 13-22. <https://doi.org/10.3917/qdm.194.0013>
- Mbow, F. et Diop Toure I. (2019). Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne: Le cas du Sénégal. Dakar, Population Council, Hewlett Foundation.
- Mead, M. (1955). *Mœurs et sexualité en Océanie*. Paris : Plon, 1969, 533 pages. Collection: Terre humaine.
- Mestre, C. (2017). Des femmes africaines en quête d'enfant. *Spirale*, 84, 127-129. <https://doi.org/10.3917/spi.084.0127>
- Meyer S. C. (1999). Family focus or career focus: controlling for infertility, *Social Science & Medicine*, Volume 49, Issue 12, Pages 1615-1622, ISSN 0277-9536, [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00210-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00210-5).
- Mimche, H. (Dir.) (2020). Comprendre les nouvelles conjugalités, pratiques matrimoniales en mutation au Cameroun, Études africaines Coll. L'Harmattan.
- Mondain, N., Legrand, T. et Delaunay, V. (2004). L'évolution de la polygamie en milieu rural sénégalais : institution en crise ou en mutation ? *Cahiers québécois de démographie*, 33(2), 273–308. <https://doi.org/10.7202/011207ar>
- Mondain, N., LeGrand, T., et Sabourin, P. (2007). Changing patterns in men's first marriage among the Sereer in rural Senegal. *Journal of Comparative Family Studies*, 38(4), 627-644.
- Mondain, N., (2013). La population vue comme un problème. L'exemple des pays en développement. Dans Otero M. et Roy S. (Dir.) *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité*. Presses de l'Université de Québec, p.101-124
- Mondain, N., Delaunay, V., et Legrand, T. (2014). Changement des comportements matrimoniaux et grossesses hors mariage en milieu serer (Sénégal): le rôle des migrations

saisonniers. Dans R. Marcoux & P. Antoine (Eds.) *Le mariage en Afrique: Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux* (1st ed., Vol. 1, pp. 34–60). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1fl17sb.6>

- Mondain, N., (2017) “Migration, transnationalisme et reproduction sociale”, Espace populations sociétés [Online], Online since 01 June 2017, connection on 13 October 2023. URL: <http://journals.openedition.org/eps/7083>; DOI: <https://doi.org/10.4000/eps.7083>
- Moulin, S., Dupray, A. et D'Amour, R. (2013). Les politiques publiques au coeur des bifurcations individuelles. *Sociologie et sociétés*, 45(1), 203–228. <https://doi.org/10.7202/1016401ar>
- Moultrie, T. (2016). Démographie, démographes et « révolution des données » en Afrique. *Afrique contemporaine*, 258, 25-39. <https://doi.org/10.3917/afco.258.0025>
- Mouté C., Loué A., Beninguisse G., & Debeaudrap P. (2020). Impact of disability on the transitions to adulthood of men and women in Cameroon. *Alter - European Journal of Disability Research/Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*. 14. 27-39. [10.1016/j.alter.2019.09.007](https://doi.org/10.1016/j.alter.2019.09.007).
- Murphy, M. (2017). *The Economization of Life*. Durham: Duke University Press.
- Naab, F. (2011). Women's Representations of Infertility in Ghana. PhD Dissertation Research. *ProQuest*, UMI Number: 3489069.
- Naab, F. (2014). “Every month becomes a funeral when they menstruate”: African women's beliefs about couple infertility. *Journal of Infertility and Reproductive Biology*, 2 (3), 92-100.
- Nakano Glenn E., Chang G., & Rennie Forcey L. (1994). *Mothering: Ideology, Experience, and Agency*, eds. Routledge, New York
- Neyer, G. et Bernardi, L. (2011). Feminist perspectives on motherhood and reproduction, *Historical Social Research*, DOI <https://doi.org/10.12759/hsr.36.2011.2.162-176>, ISSN 0172-6404
- Ndengue, R. (2016). Mobilisations féminines au Cameroun français dans les années 1940-1950 : l'ordre du genre et l'ordre colonial fissurés. *Le Mouvement Social*, 255, 71-85. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/lms.255.0071>, 162-176
- Nganawara, D. (s.d). Structures familiales et statut social des enfants au Cameroun. URL : <https://colloque.aidef.org/documents/1548.pdf>
- Nguimfack, L. (2014). Conflits dans les familles polygames et souffrance familiale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 53, 49-66. <https://doi.org/10.3917/ctf.053.0049>
- Nkealah, N. (2016). (West) African Feminisms and Their Challenges, *Journal of Literary Studies*, 32:2, 61-74, DOI: 10.1080/02564718.2016.1198156
- Nnaemeka, O. (Ed.) (1997). The politics of (m)othering: Womanhood, identity, and resistance in african literature. Taylor & Francis Group.
- Nnaemeka, O. (2004). "Nego-Feminism: Theorizing, Practicing, and Pruning Africa's Way." *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 29(2), 357-385.
- Nyasulu, B., J. (2020). Feminization and Stigmatization of Infertility in Malawi. Graduate Institute ePaper 28. Geneva: Graduate Institute Publications. <https://doi.org/10.4000/books.iheid.7597>.
- Oakley, A. (1972). *Sex, Gender and Society*, Farnham, Ashgate, 2015, 172 p., 1ère éd. 1972, ISBN : 978-1-4724-3562-0.

- Obioma Nnaemeka (1997). The politics of (M)othering. Womanhood, Identity and Resistance in African Literature.
- Ocholla-Ayayo, A. (1999). La famille africaine entre tradition et modernité. Dans : Aderanti Adepoju éd., *La famille africaine: Politiques démographiques et développement* (pp. 85-108). Paris: Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.adepo.1999.01.0085>
- Okonofua, F. (2003). New Reproductive Technologies and Infertility Treatment in Africa / Les Nouvelles Technologies Reproductives et le Traitement de la Stérilité en Afrique. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, Vol. 7, No. 1, 7-11.
- Olamijuwon, E., Odimegwu, C. & Chemhaka, G. (2021). Involuntary Childlessness and Marital Infidelity Among Women in Sub-Saharan African Countries: An Assessment of the Moderating Role of Women's Education. *Arch Sex Behav* 50, 601–614 <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01770-3>
- Olivier de Sardan, J.P. (2003). L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants, LASDEL, 59 pp. Études et travaux, no 13.
- Olshansky, E. F. (2009). Infertility and its influence on women's career identities, *Health Care for Women International*, 8:2-3, 185-196, DOI: 10.1080/07399338709515781
- O'Reilly, M. Kiyimba, N. & Drewett, A. (2021). Mixing qualitative methods versus methodologies: A critical reflection on communication and power in inpatient care. *Couns Psychother Res.*; 21: 66– 76. <https://doi.org/10.1002/capr.12365>
- Ouattara, F. et Storeng, K. (2008). « L'enchaînement de la violence familiale et conjugale. Les grossesses hors mariage et ruptures du lien social au Burkina Faso », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 27-28 | 2008, mis en ligne le 18 juin 2008, consulté le 21 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/apad/3003> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.3003>
- Oyèrónké, O. (1997). *The Invention of Women: Making an African Sense of Western Gender Discourses*, U of Minnesota Press, 0816624410, 9780816624416, 229p
- Oyèrónké, O. (2015). *What gender is motherhood? changing Yorùbá ideas on power, procreation, and identity in the age of modernity*, *Gender and cultural studies in Africa and the diaspora*, New York: Palgrave Macmillan.
- Parini, L. (2010). « Le concept de genre : constitution d'un champ d'analyse, controverses épistémologiques, linguistiques et politiques », *Socio-logos* [En ligne], 5 | consulté le 13 août 2023. URL: <http://journals.openedition.org/socio-logos/2468>
- Passeron, J.-C. (1990). “ Biographies, flux, itinéraires, trajectoires ”, *Revue française de sociologie*, XXXI, no 1, p. 3-22
- Pelchat, Y. (1995). La Conférence internationale sur la population et le développement du Caire : un parti pris pour les femmes? *Recherches féministes*, 8(1), 155–164. <https://doi.org/10.7202/057825ar>
- Pedro, A. (2015). Coping with infertility: An explorative study of South African women's experiences. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5: 49-59
- Phillips, E. A., Nimeh, T., Braga, J., & Lerner, L. B., (2014). Does a Surgical Career Affect a Woman's Childbearing and Fertility? A Report on Pregnancy and Fertility Trends among

Female Surgeons, *Journal of the American College of Surgeons*, Volume 219, Issue 5, Pages 944-950, ISSN 1072-7515, <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.07.936>.

- Plumauzille, C. et Rossigneux-Méheust, M. (2014). Le stigmate ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique ». *Hypothèses*, 17, 215-228. <https://doi.org/10.3917/hyp.131.0215>
- Pourchez, L. (2002). *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole (Île de La Réunion)*. Saint denis de La reunion et Paris : CRDP et Karthala.
- Pradelles de Latour, C.-H. (2000). « De l'alliance matrimoniale en Afrique », *L'Homme* [En ligne], 154-155, mis en ligne le 18 mai 2007, consulté le 28 novembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/lhomme/26> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/lhomme.2>
- Proulx-Boucher, K., Fernet, M., Blais, M., Lévy J.J., Otis J. , Thériault J., Samson J. , Morin G., Lapointe N., et Trottier G. (2014). « Bifurcations biographiques : l'expérience du dévoilement du diagnostic du point de vue d'adolescents infectés par le VIH en période périnatale », *Enfances Familles Générations*, consulté le 07 novembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/efg/7>
- Pulerwitz, J., Blum, R., Cislighi, B., Costenbader, E., Harper, C., Heise, L., Kohli, A., & Lundgren, R. (2019). Proposing a Conceptual Framework to Address Social Norms That Influence Adolescent Sexual and Reproductive Health. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 64(4S), S7–S9. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.01.014>
- Rapoport, B. (2002). Famille nucléaire et accueil de parents dans les ménages urbains au Gabon. *Cahiers québécois de démographie*, 31(1), 151–182. <https://doi.org/10.7202/000427ar>
- Ravolamanana Ralisata, L., Randaoharison, P. G., Ralaivavy, H. A., Debry, J. M., et Randrianjafisamindrakotroka, N. S. (2001). Approche étiologique des stérilités du couple à Mahajanga [Etiologic approach in infertile couples in Mahajanga]. *Archives de l'Institut Pasteur de Madagascar*, 67(1-2), 68–73.
- Rétel, A. (1974). *Infécondité en Afrique Noire* (éd. Masson). Paris.
- Ricoeur, P. (2014). *Temps et Récit. L'Intrigue et le Récit historique*, livres numériques divers, Renaud-Bray, ISBN : 9782021144949 (2021144941),
- Rostaing, C. (2021). « Carrière », in Paugam Serge (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », 2e édition.
- Rui, S. (2014). « Statut », *Sociologie* [En ligne], Les 100 mots de la sociologie, consulté le 28 novembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/2478>
- Ross, L. & Solinger, R. (2017). *Reproductive Justice: An Introduction*. Oakland: University of California Press.
- Rozée, V. et Mazuy, M. (2012). L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et « gestion » de l'échec. *Sciences sociales et santé*, 30, 5-30. <https://doi.org/10.3917/sss.304.0005>
- Sakombi, P. N. (2018). *Le Maternisme ou le retour du Féminin Sacré Africain*, Essai, ISBN 9782960178708, Emergo, Paperback
- Sakombi, P. N. (2018). *Le Maternisme – Tome 2*, Emergo, Paperback, N° ISBN : 9781228100222

- Samé-Ekobo, A., Fondjo, É., et Eouzan, J. (Eds.) (2001). Grands travaux et maladies à vecteurs au Cameroun : Impact des aménagements ruraux et urbains sur le paludisme et autres maladies à vecteurs. Marseille : IRD Éditions. doi :10.4000/books.irdeditions.20756
- Sangaré, M., et Kamissoko, O. (2021). Les normes sociales et les médias, https://knowledgesuccess.org/wp-content/uploads/2022/02/Normes_Sociales_Medias_PO_BA_Aout20211.pdf 26 Mai 2023
- Sedlander, E., Yilma, H., & Emaway, D. (2022). If fear of infertility restricts contraception use, what do we know about this fear? An examination in rural Ethiopia. *Reprod Health* 19 (Suppl 1), 57 <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01267-9>
- Seck, A., Lazure, G., et Morin, D. (2012). Les expériences de vieillissement vécues par des femmes sénégalaises âgées de 60 ans et plus, vivant dans la communauté. *Recherche qualitatives en milieu Africain*, 31(1), 225-247.
- Séro, T. (2022). Normes sociales et sanctions sociales en Afrique noire : le cas du Dahomey de 1600 à 1894, Législation pénale et rapports sociaux en Afrique, *Science Afrique*, Volume 2 – numéro 1. <https://www.revues.scienceafrique.org/adilaaku/texte/sero2022/> consulté le 24 octobre 2022
- Scott, J. (2009). Le genre : une catégorie d'analyse toujours utile? *Diogenes*, 225, 5-14. <https://doi.org/10.3917/dio.225.0005>
- Scott, W. J. (1998). La citoyenne paradoxale. Les féministes françaises et les droits de l'homme. Paris: Albin Michel.
- Skeggs, B. (2015). *Des femmes respectables. Classe et genre en milieu populaire*. Marseille : Agone, coll. « L'ordre des choses ».
- Sohrab, S. G. & Basir N. (2020). Employers, It's Time to Talk About Infertility, <https://hbr.org/2020/11/employers-its-time-to-talk-about-infertility> consulté le 20 Juillet 2023
- Sow, F. (2007). «L'appropriation des études sur le genre en Afrique Subsaharienne» in Thérèse Locoh(dir.), *Genre et sociétés en Afrique, Implications pour le développement*, Paris, INED, pp.47-68.
- Sow, F. (2012). Mouvements féministes en Afrique. *Revue Tiers Monde*, 209, 145-160. <https://doi.org/10.3917/rtm.209.0145>
- Steady, F. (2011). *Women and Leadership in West Africa: Mothering the Nation and Humanizing the State*, Palgrave Macmillan, 978-0230338128.
- Sultana, F. (2007). « Reflexivity, Positionality and Participatory Ethics: Negotiating Fieldwork Dilemmas in International Research », *International E-Journal for Critical Geographies*, vol. 6, no 3: 374-385.
- Tabet, P. (1985). Fertilité naturelle, reproduction forcée. Dans N. Mathieu, *L'arrondissement des femmes. Essais en anthropologie des sexes* (p. 251). Paris: Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales, coll. Cahiers de l'Homme no 24,
- Tamale, S. (2020). *Decolonization and Afro-Feminism*. Daraja Press.
- Telefo, P.B., Lemfack, M.C., Bayala, B. (2012). Enquête ethnopharmacologique des plantes utilisées dans le traitement de l'infertilité féminine dans les localités de Fossong-Wentcheng et Foto, Cameroun. *Phytothérapie* 10, 25–34. <https://doi.org/10.1007/s10298-011-0678-6>

- Terretta, M. (2007). A Miscarriage of Revolution: Cameroonian Women and Nationalism, in O. Goerg, M. Rodet, N. Vince (éds.), *Fracturing Binaries: Gender and Colonialisms in Africa*, Stichproben, n° 12.
- Tichit, C. (2001). Fécondité et statut des femmes dans le ménage au Cameroun. Dans F. Gendreau et M. Poupard, *Les transitions démographiques des pays du sud*, pp. 357-371). Paris: Estem.
- Tichit, C. (2004). Le spectre de la stérilité en Afrique centrale: de la question épidémiologique au risque social. Dans C. Quelelet, *Actes du colloque Santé de la reproduction au Nord et au Sud: De la connaissance à l'action* (pp. 257-275). Louvain la neuve.
- Thiombiano, B. G., et Legrand, T. K. (2014). Niveau et facteurs de ruptures des premières unions conjugales. *African Population Studies*, 28(3), 1432-1446.
- Thiriat, M.-P. (2000). « Les pratiques matrimoniales, au principe des systèmes de genre » dans T. LOCOH, dir. *Rapports de genre et questions de population. II. Genre, population et développement dans les pays du Sud*. Paris, INED, Dossiers et recherches, n° 8 : 81-94.
- Thomas, L. (2003). *Politics of the wombs: women, reproduction, and the state in Kenya* . London: University of California Press.
- Tsala Tsala, J-P. (1992). Souffrance familiale et famille en souffrance. La famille camerounaise entre le village et la ville. In: *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, n°18, pp. 99-113.
- Van Der Sijpt, E. (2017). Accounting for difference. Sociality, temporality and individuality during pregnancy in Cameroon. In P. Kreager, & A. Bochow, *Fertility, Conjuncture, Difference: Anthropological Approaches to the Heterogeneity of Modern Fertility Declines* (p. 358).
- Vénara, P. (2013). Face à l'infertilité: Quand le désir est manqué et le manque fait souffrir. *Gestalt*, 43, 89-102. <https://doi.org/10.3917/gest.043.0089>
- Vergès, F. (2017). Le ventre des femmes. Capitalisme, racialisation, féminisme. Paris : Albin Michel, coll. « Bibliothèque Idées », 230 pages.
- Vergès, F. (2019). Définir un camp : le féminisme décolonial. Dans : , F. Vergès, *Un féminisme décolonial* (pp. 11-66). Paris: La Fabrique Éditions.
- Vimard, P. et Guillaume, A. (1991). Mobilités familiales et spatiales des enfants en Côte-d'Ivoire . Dans A. Quesnel, & P. Vimard, *Migration, changements sociaux et développement* (pp. 243-260). Paris: Orstom.
- Voegtli, M. (2004). Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence. *Lien social et Politiques*, (51), 145–158. <https://doi.org/10.7202/008877ar>
- Wilkinson K., Mumford C., & Carroll M. (2023) Assisted Reproductive Technologies and Work, Employment and Society: Extending the Debate on Organisational Involvement in/Responsibilities around Fertility and Reproduction, *Work, Employment and Society* 010.1177/09500170231155752, Sage
- Willan, S., Gibbs, A., Petersen, I., & Jewkes, R. (2020). Exploring young women's reproductive decision-making, agency, and social norms in South African informal settlements. *PLOS ONE* 15(4): e0231181. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231181>
- Yana, S.-D. (1993). Un essai de triangulation méthodologique : La recherche sur les relations entre la fécondité, la famille et l'urbanisation chez les Bamiléké et les Bèti (Cameroun)",

Bulletin de l'APAD [Online], 6 | 1993, Online since 10 March 2008, <http://journals.openedition.org/apad/2543>;

- Yana, S.-D. (1994). Fécondité et famille au Cameroun: Les bamileke et les pahouins (fang-beti-bulu). http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_6/colloques2/39916.pdf, 121-140.
- Yana, S. -D. (1999). Changement familial et transition de la fécondité en Afrique. Pourquoi l'hypothèse de nucléarisation ne se vérifie-t-elle pas ? pp. 623-640. Dans *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*. Actes de la Chaire Quetelet 1997, Dirigé par D.Tabutin, C. Gourbin et al., Louvain/Paris, AcademiaBruylant/L'Harmattan.
- Yuval-Davis, N. (1997). Women, Citizenship and Difference. *Feminist Review*, 57(1), 4-27. <https://doi.org/10.1080/014177897339632>
- Zempléni, A. (1985). *La « maladie » et ses « causes »*, introduction, *L'ethnographie*, 2, 13-44.à

Annexes

Annexe A: Guide d'entretien

Données biographiques

- a. Nom et prénom (information à coder)
- b. Où et quand êtes-vous née?
- c. Quelle est votre zone d'habitation, Ancienneté dans la ville, quartier (S) d'habitation (S), ?
- d. Situation matrimoniale, scolaire, professionnelle (historique matrimonial) ?
- e. Situation dans la fratrie pour la participante et potentiellement de son compagnon/mari?

Question de départ : peux-tu me parler un peu de toi-même, ton parcours, ta famille, tes études, ton travail, ta vie en général, et comment les problèmes de conception arrivent dans tout ça?

L'idée du parcours normal

- a. Existe-t-il des étapes qu'une personne doit suivre dans sa vie?
- b. Est-ce que cela ça change pour les hommes et les femmes ?
- c. Comment décririez-vous ces étapes (âge, statut, conditions) ?
- d. Comment est-ce que cette idée a évolué au fil du temps, sur quels points et pour quelles raisons ?
- e. Avez-vous l'impression que vos pairs suivent ce chemin ?
- f. En avez-vous la même conception aujourd'hui?
- g. Quelles sont vos sources d'information sur ce sujet?

Parcours normal et désirs personnels

- a. Aussi loin que vous vous souvenez, comment imaginiez-vous votre parcours, vos désirs ?
- b. Sur quels éléments se concentrent-ils ?
- c. Quelles étaient la place du mariage et des enfants ?
- d. Quels éléments permettent de le baliser : une évolution en grandissant, redéfinitions circonstancielle ?
- e. Comment est-ce que votre projet se conforme/ s'écarte de votre idée du parcours normal ?
- f. Qu'avez-vous déjà réalisé, à quel moment de votre projet vous situez vous
- g. Quelles contraintes devez-vous prendre en compte

Projet parental et projet familial

- a. Naissance du désir d'enfant
- b. A quel moment aviez-vous prévu de vous marier ? L'avez-vous fait à ce moment-là, comment cela s'est passé ?
- c. Comment avez-vous rencontré votre mari ?
- d. Quand vous êtes-vous marié ? vous aviez quel âge ?
- e. Avez-vous des enfants ? combien ? combien en voulez-vous ?

Vie génésique et santé sexuelle

- a. Grossesses précédentes
- b. Historique de maladies sexuellement transmissibles
- c. Historique d'interruption de grossesses volontaire ou involontaire
- d. Premiers signes de l'infertilité
- e. Age de la découverte
- f. Recherche de l'information et sources d'informations sur l'infertilité et la démarche à suivre

Premier recours à l'hôpital

- a. Comment est venue la décision d'aller à l'hôpital
- b. Déroulement des premières consultations à l'hôpital
- c. Itinéraires des consultations
- d. Cout prévu, cout réel,
- e. Accompagnement et soutien attendus et reçus
- f. Partage de cette expérience avec un membre de la famille ? amis ?
- g. Premier diagnostic (ou absence de diagnostic) et premières recommandations

Retours à l'hôpital

- a. Contexte et événements entourant le premier retour à l'hôpital
- b. Diagnostics suivants
- c. Historique des retours à l'hôpital

- d. Réaction de l'entourage et du mari, de la belle famille
- e. Coûts et contraintes
- f. Prise en charge des coûts
- g. Résultats attendus et résultats obtenus

Recours à des médecines alternatives

- a. Source d'information sur ces médecines (amies, réseau sociaux)
- b. Nature des médecines alternatives
- c. Coûts et contraintes des médecines alternatives
- d. Prise en charge des coûts
- e. Résultats attendus et obtenus

Relation avec le conjoint

- a. Que pense votre conjoint de la situation?
- b. Est-ce qu'il était au courant de la situation avant la mise en ménage/ relation?
- c. A-t-il les mêmes défis que vous?
- d. Est-ce qu'il vous aide dans la recherche de solution, si oui comment?
- e. Quels sont les effets de la situation sur vos relations, stabilité de couple?

Relations avec la famille proche et élargie

- a. Comment a réagi votre famille?
- b. Votre belle famille?
- c. Comment vos rapports ont-ils évolué dans le temps?
- d. Cette situation est-elle partagée par des membres de votre famille ?

Relation avec les pairs et les connaissances

- a. Vos amis, voisins sont-ils au courant de cette situation ?
- b. Parlez-vous de cette situation avec des amis?
- c. Quelles sont leurs réactions ?
- d. Partagent-ils la même situation ?
- e. Quel genre d'aide ou de support attendez-vous ou recevez-vous de leur part?

Rapport au corps

- a. Comment vous sentez-vous depuis, par rapport à votre corps, est-ce que ce sentiment a évolué ?
- b. Avez-vous adopté des routines particulières pour prendre soin de vous ?

Rapport au temps

- a. Comment le temps la recherche de solution vous prend-elle ?
- b. Adaptez-vous les solutions en fonction du temps qui passe?
- c. Vos routines de soin de soi ont-elles évolué ? en fonction de quoi ?

- d. Comment conciliez-vous le temps qui passe et votre projet de grossesse?

Rapport au médicament

- a. Quels types de médications avez-vous suivi ?
- b. Quelle est la part des médicaments dans vos routines quotidiennes?
- c. Avec quelle facilité suivez-vous les traitements?
- d. Quelle quantité journalière de médicaments pensez-vous ?

Accès aux services de soutien ou d'aide (émotionnel ou financier)

- a. Avez-vous cherché /trouvé du soutien émotionnel auprès d'un groupe ou d'une institution?
- b. De quel type de groupe s'agit-il ? quelle forme de soutien cherchez-vous?
- c. Avez-vous accès à des plates formes d'expression dédiés aux personnes qui rencontrent les mêmes défis?

Évolution dans le temps/espace

- a. Depuis combien de temps cherchez-vous une solution?
- b. Êtes toujours en recherche de solution ?
- c. Avez-vous envisagé des solutions différentes au fil du temps?
- d. Dans quels lieux avez-vous cherché les solutions envisagées?
- e. Avez-vous eu à voyager pour trouver des solutions?

Vie quotidienne

- a. Décrivez une de vos journées ou semaine typique?
- b. Quelle est la part de votre situation dans vos routines?
- c. Quel budget représente la recherche de solution par rapport à votre revenu ?

Perspectives sur l'avenir

- a. En attendant de trouver une solution, comment vous organisez-vous pour gérer la situation?
- b. Comment envisagez-vous l'avenir, quels que soient les résultats en matière de fertilité ?

Annexe B : Invitation à participer

Douala, le 27 Janvier 2020,

Gishleine OUKOUOMI D.

Objet : Demande d'entretien

Bonjour Madame,

Mon nom est Gishleine OUKOUOMI, je suis doctorante en sociologie à l'Université d'Ottawa. Dans le cadre de ma thèse de doctorat, j'entreprends une recherche sur les enjeux des situations d'infertilité pour les femmes vivant au Cameroun sous la direction de Nathalie Mondain. Cette recherche vise non seulement à permettre aux femmes de s'exprimer sur leurs expériences, mais aussi à documenter lesdites expériences pour en avoir une meilleure compréhension. C'est dans ce contexte que je prévois réaliser entre 20 à 30 entrevues sous forme de récits de vie avec des femmes en situation d'infertilité. Ainsi, je m'adresse à vous dans le but de vous demander votre collaboration à travers une entrevue et des observations de recherche d'une durée, lieu et conditions que vous définirez.

Pour que vous soyez admissible comme participante, il faut que vous si vous remplissiez les conditions suivantes:

- Des femmes adultes (âgées de plus que 21 ans),
- Vivant à douala maritalement ou non (pour inclure la plus grande variété d'unions possible)
- Ayant un projet parental non réalisé
- S'auto identifiant ou étant identifiée par l'entourage comme femme infertile.
- Ayant la capacité de fournir un consentement pour l'étude.

Je vous assure que les règles de confidentialité et de l'anonymat seront respectées tant à l'égard de vos réponses que de votre identité et de celle des personnes qui vous mentionneront dans votre récit. Vous pouvez mettre fin à l'entrevue à n'importe quel moment de la durée et vous pouvez même refuser de répondre à certaines questions qui pourraient vous mettre dans une situation d'inconfort.

Si vous acceptez de me rencontrer, faites le moi savoir et il me ferait plaisir de vous contacter pour accommoder votre programme. Vous pouvez me joindre à tout moment pour des éclaircissements.

Dans l'espoir de recevoir votre précieuse collaboration, je vous prie de bien vouloir recevoir mes salutations et mes remerciements.

Gishleine Oukouomi



uOttawa

Faculté des sciences sociales
Faculty of Social Sciences

École d'études sociologiques et
anthropologiques / School of
Sociological and
Anthropological Studies

Pièce 10005 / Room 10005

10^e étage / 10th floor

120, rue Université / University Pkwy.
Ottawa ON K1N 6N5

Annexe C : Formulaire de consentement

Titre du projet de thèse de doctorat :

Naviguer à travers les imprévisibilités du social: infertilité et statut de femme au Cameroun.

Nom et contact de la chercheure principale :

Gishleine Oukouomi D.

Doctorante au Département de sociologie et d'anthropologie, Université d'Ottawa
120, rue Université (Faculté des sciences sociales),
Ottawa, ON K1N 6N5

Nom et contact de la superviseuse :

Nathalie Mondain,

Professeure au Département de sociologie et d'anthropologie, Université d'Ottawa
120, rue Université (Faculté des sciences sociales), Bureau 10005
Ottawa, ON K1N 6N5

En Afrique, plusieurs auteurs ont travaillé sur l'infertilité, notamment sur l'infertilité du couple qu'on assimile à celle de la femme car elle porte en premier la responsabilité de l'échec de procréation. Considérant ce point de vue incomplet, d'autres auteurs se sont intéressés à l'infertilité des hommes et son poids social. Dans ce travail, je vais m'intéresser aux situations spécifiques d'infertilité des femmes, partant du point de vue des femmes et non du couple. L'accent sera mis sur l'expérience de l'infertilité et surtout sur la manière dont elle se gère et se navigue au quotidien.

Invitation à participer: Je suis invitée à participer à la recherche comptant pour le projet de doctorat nommé ci haut qui est menée par Gishleine Oukouomi D., doctorante en sociologie à l'université d'Ottawa. L'entrevue sera enregistrée.

But de l'étude: Le but de l'étude est de comprendre quels sont les éléments déterminants dans la manière dont chaque femme vivra une situation d'infertilité.

Participation: Ma participation consistera essentiellement à discuter avec la chercheure sur le thème de l'infertilité. En une ou plusieurs séances de 30 minutes minimum, lieu et date selon la situation la plus confortable pour moi, je partagerais mon expérience. Si je le souhaite, la chercheure fera des observations et prendra et conservera des images de mes recettes traditionnelles de remèdes pour l'infertilité, toujours en garantissant mon anonymat.

Risques: Je comprends que ma participation à cette recherche implique de fournir des informations personnelles et d'aborder le sujet délicat de l'infertilité. Les entrevues évoqueront des événements comportant une charge émotionnelle lourde, il est donc possible qu'elles provoquent l'émergence d'émotions fortes concernant le sujet en question ou une inquiétude par rapport à la confidentialité des informations données. J'ai reçu l'assurance de la chercheure que tout se fait en vue de minimiser ces risques. La chercheure usera de tact, les entretiens se feront à mon rythme, je serais invitée à m'exprimer sur mon ressenti et à chercher du soutien si nécessaire. Je suis libre de me retirer en

tout temps ou de m'abstenir de m'exprimer sur certaines questions. Ma confidentialité sera respectée.

Bienfaits: Ma participation à cette recherche aura pour effet de documenter et mieux comprendre les enjeux des situations d'infertilité pour les femmes Camerounaises. Je pourrais éventuellement tirer un avantage émotionnel de ma participation dans la mesure où elle me permet de mettre des mots sur une expérience traumatisante et de trouver oreille attentive.

Confidentialité et anonymat: J'ai l'assurance de la chercheuse que l'information que je partagerais avec elle restera strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que dans le cadre de cette recherche ou dans le cadre d'un post-doctorat et selon le respect de la confidentialité. Tout au long de l'élaboration du travail de recherche ainsi que dans sa thèse et toutes les publications tirées de la recherche, la chercheuse protégera l'anonymat des personnes participant à l'étude et des personnes mentionnées pendant les entretiens en utilisant pour chacune un pseudonyme. La seule autre personne qui connaîtra les noms des participantes sera la superviseure, Nathalie Mondain, qui aura accès aux entretiens.

Conservation des données: Les données recueillies seront conservées de façon sécuritaire dans un ordinateur possédant un mot de passe et pour une durée limitée de dix années à compter du début de la collecte des informations.

Participation volontaire: Ma participation à la recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, et/ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si je choisis de me retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment seront conservées seulement si j'y consens, dans le cas contraire elles seront supprimées.

Acceptation: Je (Votre nom), _____, accepte de participer à cette recherche menée par *Gishleine Oukoumi* de (*Sociologie, Uottawa*), laquelle recherche est supervisée par *Nathalie Mondain* (*Sociologie, Uottawa*).

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheuse et/ou sa superviseure.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, Pièce 154, Ottawa, ON, Canada, K1N 6N5 Tél. : 613-562-5387 ou à l'adresse électronique ethique@uottawa.ca

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Signature du/de la participant-e:

Date: (Date)

Signature de la chercheuse:

Date: (Date)

Annexe C : certificat éthique

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

S-11-19-4722 - ANN4-4722 - Certificat d'approbation éthique renouvelé / Certificate of Ethics Approval Renewed

(English message follows)

Cher/Chère Gishleine Oukouomi Djouonang,

Merci d'avoir soumis une demande de renouvellement pour le projet de recherche intitulé «Naviguer à travers les imprévisibilités du social: infertilité et statut de femme au Cameroun. ».

Veillez trouver ci-joint le certificat d'approbation éthique renouvelé, valide jusqu'au 07-01-2025.

Recherche financée : Veuillez faire suivre une copie du certificat renouvelé au [Service de gestion de la recherche](#).

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le Bureau d'éthique à ethique@uottawa.ca ou en composant le 613-562-5387.

Vous pouvez voir votre demande en vous connectant à votre compte [eReviews](#).

Cordialement,

Coordonateur / Coordinator
Coordonnateur de l'éthique

Ceci est une réponse automatisée, merci de ne pas répondre à ce courriel.

Dear Gishleine Oukouomi Djouonang,

Thank you for submitting a renewal request for your research project titled "Naviguer à travers les imprévisibilités du social: infertilité et statut de femme au Cameroun. ".

Please find attached the renewed certificate of ethics approval, valid until 07-01-2025.

Funded research: A reminder that you must provide a copy of this certificate to [Research Management Services](#).

If you have any questions, please contact the Ethics Office at ethics@uottawa.ca or by telephone at 613-562-5387.

You can view your project at any time by logging into [eReviews](#).

Best regards,

Coordonateur / Coordinator
Ethics Coordinator

This is an automated message. Please do not reply directly to this email.

Attachement(s) / Attachment(s)

[approvalLetter1704916121085.pdf](#)

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

Annexe D : Procédure d'adoption au Cameroun

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS

FICHE RECAPITULATIVE DES CONDITIONS LEGALES D'ADOPTION AU CAMEROUN

I - CAS D'ADOPTION SIMPLE

COUPLE	- Demande timbrée au taux en vigueur ; - Bulletin de salaire ou justificatifs d'un revenu stable ; - Agrément légalisé des parents ; - Certificat de domicile ; - Une chemise cartonnée ; - Frais de justice.	- les conjoints non séparés de corps, l'un au moins doit être âgé de plus de 35 ans (loi n° 84/4 du 04/O7/84) ; - les adoptants doivent avoir 15 ans de plus que les personnes qu'ils se proposent d'adopter (loi n° 84/4 du 04/O7/84) ; - les conjoints doivent être mariés depuis plus de dix (10) ans et n'avoir pas eu d'enfant vivant de leur mariage (loi n° 84/4 du 04/O7/84) + code civil camerounais art. 344; - les adoptants doivent apporter des garanties morales, affectives et matérielles.
PERSONNES VIVANT SEULES (célibataire, divorcé(e), veuf(ve))	- Demande timbrée au taux en vigueur ; - Bulletin de salaire ou justificatifs des revenus ; - Agrément légalisé des parents ; - Certificat de domicile ; - Une chemise cartonnée ; - Frais de justice.	- les adoptants doivent avoir 15 ans de plus que les personnes qu'ils se proposent d'adopter (loi n° 84/4 du 04/O7/84) ; - les adoptants doivent avoir au moins 40 ans au moment de leur adoption ; - les adoptants doivent apporter des garanties morales, affectives et matérielles.

NB: Toutes les prestations sont gratuites au Ministère des Affaires Sociales
Tel.: (237) 22 23 00 66 / 22 23 62 34 / 22 22 29 58 Fax: (237) 22 23 20 37 / 22 23 11 21
Site web: www.minas.gov.cm Email: infos@minas.cm

1

II - CAS D'ADOPTION PLENIERE POUR LES ETRANGERS

COUPLE	- les conjoints non séparés de corps, l'un au moins doit être âgé de plus de 35 ans (loi n° 84/4 du 04/084) ; - les adoptants doivent avoir 15 ans de plus que les personnes qu'ils se proposent d'adopter (loi 84/4 du 04/07/84) ; - les conjoints doivent être mariés depuis plus de dix (10) ans et n'avoir pas eu d'enfant vivant de leur mariage (loi n° 84/4 et Code Civil Camerounais) ; - les adoptants doivent apporter des garanties morales, affectives et matérielles.	- demande timbrée ; - extrait(s) du casier judiciaire du ou des postulants ; - extrait(s) acte de naissance ou photocopie(s) CNI du ou des postulant(s) ; - certificat médical attestant que l'adoptant jouit d'un parfait état de santé ; - bulletin de salaire ou justificatif d'un revenu stable ; - Copie acte de mariage ; - engagement légalisé d'un tiers qui pourrait suppléer l'adoptant en cas de défaillance ou d'absence ; - certificat de stérilité accompagné d'une photocopie du dossier médical du postulant ; - Enquête sociale sur les postulants ; - Enquête sociale sur la caution morale ; - agrément du pays de résidence ; - certificat de domicile ; - 02 photos 4X4 des requérants; - 02 photos entières des requérants; - 01 enquête sociale sur les postulants ; - 01 enquête sociale sur la caution morale ; - 02 photos 4X4 de la caution morale.
PERSONNES VIVANT SEULES (célibataires, divorcé(e) veuf(ve))	- les adoptants doivent avoir 15 ans de plus que les personnes qu'ils se proposent d'adopter (loi 84/4 du 04/07/84) ; - les adoptants doivent apporter des garanties morales, affectives et matérielles. - les adoptants doivent avoir au moins 40 ans au moment de leur adoption .	- demande timbrée ; - extrait(s) casier judiciaire du ou des postulants ; - extrait(s) acte de naissance ou photocopie(s) CNI du ou des postulant(s) ; - certificat médical attestant que l'adoptant jouit d'un parfait état de santé ; - bulletin de salaire ou justificatif d'un revenu stable ; - engagement légalisé d'un tiers qui pourrait suppléer l'adoptant en cas de défaillance ou d'absence ; - certificat de stérilité accompagné d'une photocopie du dossier médical du postulant ; - agrément du pays de résidence ; - Enquête sociale sur les postulants ; - Enquête sociale sur la caution morale ; - certificat de domicile - 02 photos 4X4 des requérants; - 02 photos entières des requérants; - 01 enquête sociale sur les postulants ; - 01 enquête sociale sur la caution morale ; - 02 photos 4X4 de la caution morale.

NB : Toutes les prestations sont gratuites au Ministère des Affaires Sociales

Tel.: (237) 22 23 00 66 / 22 23 62 34 / 22 22 29 58
Site web: www.minas.gov.cm

Fax: (237) 22 23 20 37 / 22 23 11 21
Email: infos@minas.cm

2

III - CAS D'ADOPTION PLENIERE POUR LES NATIONAUX

COUPLE	- les conjoints non séparés de corps, l'un au moins doit être âgé de plus de 35 ans (loi n° 84/4 du 04/084) ; - les adoptants doivent avoir 15 ans de plus que les personnes qu'ils se proposent d'adopter (loi 84/4 du 04/07/84) ; - les conjoints doivent être mariés depuis plus de dix (10) ans et n'avoir pas eu d'enfant vivant de leur mariage (loi n° 84/4 et Code Civil Camerounais) ; - les adoptants doivent apporter des garanties morales, affectives et matérielles.	- demande timbrée ; - extrait(s) casier judiciaire du ou des postulants ; - extrait(s) acte de naissance ou photocopie(s) CNI du ou des postulant(s) ; - certificat médical attestant que l'adoptant jouit d'un parfait état de santé ; - bulletin de salaire ou justificatif d'un revenu stable ; - copie acte de mariage ; - engagement légalisé d'un tiers qui pourrait suppléer l'adoptant en cas de défaillance ou d'absence ; - certificat de stérilité accompagné d'une photocopie du dossier médical du postulant ; - certificat de domicile ; - 02 photos 4X4 des requérants; - 02 photos entières des requérants; - 01 enquête sociale sur les postulants ; - 01 enquête sociale sur la caution morale ; - 02 photos 4X4 de la caution morale.
PERSONNES VIVANT SEULES (célibataires, divorcé(e) veuf(ve))	- les adoptants doivent avoir 15 ans de plus que les personnes qu'ils se proposent d'adopter (loi 84/4 du 04/07/84) ; - les adoptants doivent apporter des garanties morales, affectives et matérielles. - les adoptants doivent avoir au moins 40 ans au moment de leur adoption.	- demande timbrée ; - extrait(s) casier judiciaire du ou des postulants ; - extrait(s) acte de naissance ou photocopie(s) CNI du ou des postulant(s) ; - certificat médical attestant que l'adoptant jouit d'un parfait état de santé ; - bulletin de salaire ou justificatif d'un revenu stable ; - engagement légalisé d'un tiers qui pourrait suppléer l'adoptant en cas de défaillance ou d'absence ; - certificat de stérilité accompagné d'une photocopie du dossier médical du postulant ; - certificat de domicile. - 02 photos 4X4 des requérants; - 02 photos entières des requérants; - 01 enquête sociale sur les postulants ; - 01 enquête sociale sur la caution morale ; - 02 photos 4X4 de la caution morale

NB : Toutes les prestations sont gratuites au Ministère des Affaires Sociales

Tel.: (237) 22 23 00 66 / 22 23 62 34 / 22 22 29 58
Site web: www.minas.gov.cm

Fax: (237) 22 23 20 37 / 22 23 11 21
Email: infos@minas.cm

3