



UNIVERSITÉ PARIS 13, SORBONNE PARIS CITÉ

UFR Lettres Sciences de l'Homme et des Sociétés



ÉCOLE DOCTORALE ERASME

Unité Transversale de Recherches, Psychogénèse et Psychopathologie

UTRPP- EA 4403-UP13

N° attribué par la bibliothèque

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Thèse

Pour l'obtention du grade de
Docteur de l'Université de Paris 13
Discipline : Psychologie
Spécialité : Psychologie Clinique Interculturelle

Itinéraire et vécu de l'aide médicale à la procréation en contexte migratoire des femmes d'Afrique subsaharienne

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Yoram MOUCHENIK

Présentée et soutenue publiquement par :
Carelle Vanessa KOUMBA

Le 24 septembre 2018

Le Jury

Mme, Pascale MOLINIER, PR, Université Paris 13 SPC, Présidente du jury
M. Yoram MOUCHENIK, PR, Université Paris 13 SPC, Directeur de thèse
Mme, Valérie MAZOYER, MCF HDR, Université Toulouse, Jean-Jaurès, Rapporteur
M. Daniel DERIVOIS, PR, Université de Bourgogne, Rapporteur
Mme, Muriel BOSSUROY, MCF, Université de Lyon 2, Membre du jury
M. Thierry BAUBET, PRPH, Université Paris 13 SPC, Membre du jury
Mme, Sylvie Epelboin, PH, Responsable de l'unité d'AMP, service de gynécologie et
obstétrique de l'hôpital Bichat- Claude Bernard, Paris, invitée



UNIVERSITÉ PARIS 13, SORBONNE PARIS CITÉ

UFR Lettres Sciences de l'Homme et des Sociétés



ÉCOLE DOCTORALE ERASME

Unité Transversale de Recherches, Psychogénèse et Psychopathologie

UTRPP- EA 4403-UP13

N° attribué par la bibliothèque

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Thèse

Pour l'obtention du grade de
Docteur de l'Université de Paris 13

Discipline : Psychologie

Spécialité : Psychologie Clinique Interculturelle

Itinéraire et vécu de l'aide médicale à la procréation en contexte migratoire des femmes d'Afrique subsaharienne.

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Yoram MOUCHENIK

Présentée et soutenue publiquement par :

Carelle Vanessa KOUMBA

Le 24 septembre 2018

Le Jury

Mme, Pascale MOLINIER, PR, Université Paris 13 SPC, Présidente du jury
M. Yoram MOUCHENIK, PR, Université Paris 13 SPC, Directeur de thèse
Mme, Valérie MAZOYER, MCF HDR, Université Toulouse, Jean-Jaurès, Rapporteur
M. Daniel DERIVOIS, PR, Université de Bourgogne, Rapporteur
Mme, Muriel BOSSUROY, MCF, Université de Lyon 2, Membre du jury
M. Thierry BAUBET, PRPH, Université Paris 13 SPC, Membre du jury
Mme, Sylvie Epelboin, PH, Responsable de l'unité d'AMP, service de gynécologie et
obstétrique de l'hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, invitée

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont d'abord à mon directeur, le professeur Yoram MOUCHENIK, qui, tout au long de mes études doctorales, aura assumé son rôle de guide intellectuel. Merci pour sa disponibilité et ses orientations. Son approche respectueuse m'aura permis d'aller jusqu'au bout de mes idées, même dans les moments de doute, afin de réaliser une thèse à l'image de mes préoccupations intellectuelles.

Ce projet de recherche n'aurait pas pu se faire sans la rencontre et le soutien du docteur Sylvie EPELBOIN, qui m'a permis d'intégrer une équipe formidable du service de maternité et d'AMP de l'hôpital Bichat Claude-Bernard. Grâce à ce stage, j'ai pu poursuivre un projet qui me tenait à cœur. Merci, pour sa position bienveillante et sa capacité clinique d'aller à la rencontre de l'autre différent, comme elle pouvait le faire avec les femmes migrantes au sein de la consultation.

Merci au professeur Pascale Molinier d'avoir accepté de présider ce jury.

Merci au Professeur Daniel Derivois et à Valérie Mazoyer d'avoir accepté d'être rapporteurs de ce travail de thèse.

Merci à Muriel Bossuoy et au professeur Thierry Baubet d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

Je remercie tout particulièrement les femmes qui ont généreusement accepté de m'ouvrir les portes de leur intimité psychique. Avec authenticité et engagement, ces femmes ont bien voulu briser le tabou du secret des démarches (propre à l'AMP) et me permettre de discuter d'un sujet personnel et sensible. Elles sont allées au-delà des *a priori* et ont partagé avec une inconnue tout un pan de leur histoire.

Merci à mes parents, Monsieur et Madame Opoundou, et à mon oncle Israël Ibouanga, qui ont toujours accordé une place de premier plan à l'éducation et qui m'ont encouragée à poursuivre mes études.

Merci à ma sœur Anouchka Mboumba qui, à sa façon, a largement contribué à me changer les idées et m'a encouragée lorsque j'étais dans l'incertitude, lors de nos longs échanges téléphoniques.

Un merci particulier à la famille Tchivongou, sans qui mon installation en Île-de-France n'aurait pas été une partie de plaisir.

Merci aux psychologues cliniciens et enseignants-chercheurs : Zahia Kadri, Jacques Alain-Bitsi et Aimé Patricia Ndembi pour le temps de relecture et les impressions cliniques.

Merci à mes amis proches : Guy, Pedie, Pascal, Davy; combien essentielles sont devenues ces fidèles amitiés au fil de ces années de travail autonome où les contacts avec l'extérieur sont parfois bien limités.

Merci à mes collègues de laboratoire pour les échanges fructueux lors des séminaires doctoraux.

DÉDICACES

À
Ma grand-mère **Denise MBOUMBA**, arrachée à mon affection trop tôt, je dédie cette thèse, elle qui m'a toujours poussée et motivée dans mes études. Cette thèse représente donc l'aboutissement du soutien et des encouragements qu'elle m'a prodigués tout au long de ma scolarité. Qu'elle en soit remerciée par cette trop modeste dédicace.

Dé, *Matsang ma nge suki...*

À
Mon fils **Christ-Jordan MALOLA**, qui a su faire preuve de courage pour traverser quelques étapes de son développement sans le soutien et la présence de sa mère. Sache que dans les moments de découragement, ton amour et ton absence ont su me permettre d'avancer et de finir ce travail pour lequel j'ai dû partir sans me retourner. Trouve dans cette petite dédicace mon amour inconditionnel pour toi.

RÉSUMÉ

Ce travail vise à explorer le vécu du processus d'assistance médicale à la procréation (AMP) en contexte migratoire, des femmes d'Afrique subsaharienne. La recherche a été menée au sein d'un centre hospitalier d'assistance médicale à la procréation en Île-de-France, également spécialisé dans le traitement des personnes ayant un risque viral. Les cas de figures suivants ont été étudiés : tout d'abord, des femmes migrantes ayant découvert leur infertilité avant ou pendant la migration, ensuite, des couples où l'infertilité serait d'origine masculine, des couples où l'infertilité est découverte chez les deux partenaires. Le dernier cas de figure est celui où l'infertilité tirerait son origine d'une infection virale (VIH, VHB, VHC) contractée par l'un voire les deux conjoints. La recherche s'est déroulée en deux étapes principales, observation des consultations de médecine de la reproduction durant plusieurs mois avec différents médecins, suivie d'un travail d'entretiens semi-directifs et non directifs effectué auprès de dix-sept femmes migrantes, âgées de 25 à 42 ans, ayant entamé une prise en charge médicale. Pour l'analyse qualitative des entretiens, ma méthodologie de travail a été axée sur "*la Grounded Theory*" et sur le "*Complémentarisme*". De plus, cette méthodologie a été renforcée par un codage des catégories réalisé avec le logiciel Nvivo 10, outil d'aide à la classification du matériel empirique, qui ne se substitue pas au chercheur ni à l'analyse papier-crayon.

À travers les difficultés et le processus complexe d'AMP, cette étude a permis de dégager des spécificités existant chez ces femmes migrantes, la rencontre interculturelle, une technicité souvent inconnue, le poids des facteurs socioculturels spécifiques ainsi que les éléments de la singularité psychologique. Il ressort de ces analyses différents paramètres importants, l'influence des cultures non seulement sur les représentations de l'infertilité, mais aussi sur le désir ou sur le besoin d'enfant ainsi que sur le degré d'acculturation. Aussi, la durée du séjour, l'origine géographique, les pressions familiales et les craintes de polygamie sont autant de paramètres mis en exergue.

Ce parcours médical est vécu suivant les cas, comme un parcours d'émancipation sociale avec un désir de se dégager des normes culturelles de la place assignée à la femme. Le vécu de l'AMP est marqué en effet par différentes phases : idéalisation, espoir, désillusion, découragement et dépression suivant les situations, et donc, un parcours qui n'est pas dénué d'aspects traumatiques. Le comportement des femmes très codé culturellement s'est révélé source de malentendu avec l'équipe médicale. À titre d'exemple, certaines femmes pouvaient s'inscrire dans le pluralisme médical (biomédicale

et médecine traditionnelle). Ces attitudes étaient parfois à l'origine des ruptures ou des suspensions de prise en charge incompréhensibles par l'équipe médicale.

Mots clés : Aide médicale à la procréation - Infertilité - Migration - Désir d'enfant - Théorie ancrée - Représentations culturelles.

ABSTRACT

This work aims to explore the experience of the process of medical assistance to procreation (MPA) in a migratory context, women from sub-Saharan Africa. The research was conducted in a hospital for procreation medical assistance in Île-de-France, also specialized in the treatment of people with a viral risk. The following cases were studied: first, migrant women having discovered infertility before or during migration. Then there are couples where infertility is male. In addition, there are also couples where infertility is discovered in both partners. The last case is where the infertility originates from a viral infection (HIV, HBV, HCV) contracted by one or both spouses. The research was carried out in two main stages, observation of reproductive medicine consultations for several months with different doctors, followed by semi-directive and non-directive interviews with seventeen elderly migrant women, aged 25 to 42, having started medical treatment. For the qualitative analysis of the interviews, my working methodology was focused on "Grounded Theory" and "Complementarism". In addition, this methodology has been reinforced by a category coding performed with the Nvivo 10 software, a tool to help classify empirical material, which does not replace the researcher or the paper-and-pencil analysis.

Through the difficulties and the complex process of MPAs, this study has made it possible to identify specificities existing among these migrant women, the intercultural encounter, an often unknown technicality, the weight of specific sociocultural factors as well as the elements of the psychological singularity. These analyzes reveal different important parameters, the influence of cultures not only on the representations of infertility, but also on the desire or the need for children as well as on the degree of acculturation. Also, the length of stay, the geographical origin, the family pressures and the fears of polygamy are all parameters highlighted. This medical path is lived according to the cases, like a course of social emancipation with a desire to free oneself from the cultural norms of the place assigned to the woman. The experience of the MPA is indeed marked by different phases: idealization, hope, disillusionment, discouragement and depression depending on

the situation, and therefore, a path that is not devoid of traumatic aspects. The culturally coded behavior of women has been a source of misunderstanding with the medical team. For example, some women could enroll in medical pluralism (biomedical and traditional medicine). These attitudes were sometimes at the origin of disruptions or suspensions of incomprehensible care by the medical team.

Key words: Medical aid to procreation - Infertility - Migration - Child's desire - Ingrained theory - Cultural representations.

LISTES DES ABRÉVIATIONS

AMP ou PMA : Aide Médicale à la Procréation ou Procréation Médicalement Assistée

BDI : Beck Depression inventory

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CECOS : Centre d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humain

FIV : Fécondation in vitro

FIV-D : Fécondation in vitro avec donneur

GPA : Gestation pour autrui

GT : Grounded theory

IAC : Insémination artificielle avec sperme du conjoint

IAD : Insémination artificielle avec sperme de donneur

ICSI : Intra Cytoplasmic Sperm Injection (fécondation in vitro avec micro-injection)

IUI : Insémination intra-utérine

IST : Infection sexuellement transmissible

MST : Maladie sexuellement transmissible

MTE : Méthode par théorisation enracinée

NTR : Nouvelles technologies reproductives

OMS : Organisation mondiale de la santé

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
DÉDICACES	6
RÉSUMÉ	7
LISTES DES ABRÉVIATIONS	10
INTRODUCTION	14
1. Origine et intérêt pour le sujet de recherche	15
2 Remaniement de l'objet de recherche	17
3. Choix méthodologique	21
PARTIE 1 : PARTIE THÉORIQUE	25
1. LES REPRÉSENTATIONS	25
1.1. Les apports de la psychologie sociale	25
1.2. Les apports de la psychanalyse	30
1.3. Les apports de l'anthropologie et de la sociologie médicale	34
2. DE LA CULTURE AUX REPRÉSENTATIONS CULTURELLES	40
2.1. La notion de culture	40
2.2. L'acculturation	42
2.3. La notion de théorie étiologique	46
2.4. La notion de système de soins et de modèle explicatif de la maladie	48
3. MIGRATION ET AMP	51
3.1. Aspects théoriques sur la migration	52
3.2. Migration, deuil, traumatisme et potentialités	56
3.3. Migration et AMP : revue de la littérature	60
4. INFERTILITÉ ET DÉSIR D'ENFANT	68
4.1. Infertilité	68
4.1.1. Données épidémiologiques sur l'infertilité en Afrique	68
4.1.2. Représentation de l'infertilité et système de soins en Afrique	74
4.1.3. L'impact des mutations socioculturelles sur la définition de la famille et la place de l'enfant en Afrique	80
4.2. Désir d'enfant	86
4.2.1. Approches psycho-dynamiques de l'infertilité	86
4.2.2. Théorie psychanalytique et « désir d'enfant »	90
II. PARTIE METHODOLOGIQUE	98
1.OBJECTIFS ET PROBLÉMATIQUE	98
1.1. Objectif de la recherche	98
1.2. Problématique	100
2. LE CADRE DE LA RECHERCHE	103
2.1. Le cadre institutionnel	103
2.2. Démarches préalables à l'accès aux soins	104
2.3. Les techniques de soins de l'AMP	105
2.3.1. La stimulation ovarienne	106
2.3.2. L'insémination artificielle	106
2.3.3. La fécondation <i>in vitro</i> (FIV)	107
2.3.4. L'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)	109
2.3.5. L'IMSI ou ICSI magnifiée	109
3. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	111
3.1. Définition des critères d'inclusion et d'exclusion	111

3.1.1	Tableau des caractéristiques des femmes rencontrées	112
3.2.	Outils de recueil des données	114
3.2.1.	L'observation	114
3.2.2.	L'entretien de recherche	116
3.2.3.	Difficultés de la recherche	118
3.3.	Méthode de traitement et d'analyse des données	120
3.3.1.	Le complémentarisme de Devereux	120
3.3.2.	La Grounded Theory	122
3.4.	Le traitement de données : QSR Nvivo 10	125
3.4.1.	Le codage ouvert	126
3.4.2.	La catégorisation	127
3.5.	Processus de recherche	128
3.5.1.	Échantillonnage théorique et saturation théorique.	128
3.5.2.	Premier recueil de données et analyse du premier corpus après 12 entretiens de recherche	130
3.5.3.	Réorganisation du corpus après 17 entretiens de recherche	132
3.5.4.	Catégories finales et sous-catégories retenues dans l'analyse par théorisation ancrée	134
	III. PARTIE CLINIQUE : ANALYSES DES RESULTATS	136
	III. PARTIE CLINIQUE : ANALYSES DES RESULTATS	137
	1. ANALYSE TRANSVERSALE DES CATÉGORIES FINALES ET SOUS-CATÉGORIES PAR THÉORISATION ANCRÉE (TABLEAU 3)	137
1.1.	Désirs d'enfants entre continuité et éloignement des normes sociales	137
1.1.1	Désir d'enfant comme désir d'accomplissement social	137
1.1.2.	Ambivalence du désir : entre émancipation et ancrage culturel	139
1.1.3.	Désir programmé	140
1.2	Infertilité	142
1.2.1	Infertilité contrainte	142
1.2.2	Infertilité d'origine masculine : surprotection du partenaire	143
1.2.3	Infertilité d'origine féminine : anticipation, culpabilité et lutte antidépressive	144
1.2.4	L'infertilité conjointe	145
1.2.5	Secret des démarches d'AMP : mère mise dans la confiance	146
1.2.6	Diagnostic traditionnel et mise en sens de l'infertilité	148
1.3.	Migration et vécu de l'AMP	151
1.3.1	Les raisons de la migration	151
1.3.2	Vécu de la migration	154
1.3.3	Représentations et vécu de l'AMP en contexte migratoire	155
1.4.	Itinéraire thérapeutique	160
1.4.1	Itinéraire pré-migratoire et « exil procréatif »	160
1.4.2	Itinéraire biomédical	164
1.4.3	Cumul thérapeutique : entre ambivalence et pluralisme médical	165
1.5.	Traumatisme psychique	168
1.5.1	Infertilité et dépression	168
1.5.2	Infertilité, traumatisme et blessure narcissique	170
1.6.	Synthèse des catégories, sous-catégories et hypothèses tirées des données empiriques	171
	2. ANALYSE THÉMATIQUE	177
2.1.	Diane : « partage du traumatisme »	177
2.2.	Nathalie : maternité contrainte par la belle-famille	180
2.3.	Solène : le vécu traumatique des ruptures	183
2.4.	Grâce : la figure de Sara comme « tuteur de résilience »	185
2.5.	Carine : traumatisme de « l'arrêt de la prise en charge » et risque de polygamie	188
2.6.	Sergine : de l'illusion à la désillusion	191
	3. POSITION DU CHERCHEUR ET ANALYSE DU CONTRE-TRANSFERT CULTUREL	195
3.1.	Analyse des consultations de biomédecine	196
3.1.1	Analyse de la consultation avec les jeunes médecins	196
3.1.2	Analyse de la consultation avec le médecin sensible à la culture des patients	199
3.2.	Position du chercheur au sein de l'institution	201
3.3.	L'annonce des résultats	202
3.3.1.	Au moment de la consultation de biomédecine	202
3.3.2	Les résultats transmis au téléphone par la sage-femme	202

3.4. Ma position de « médiatrice culturelle » entre les femmes et les médecins _____	204
REFLEXION ET CONCLUSION _____	207
1. Éléments de réflexion _____	207
1.1. AMP et risque viral _____	207
1.2. AMP et religion _____	208
1.3. Les limites théoriques et méthodologiques _____	212
1.4. Perspectives de recherche _____	213
2. Conclusion _____	217
BIBLIOGRAPHIE _____	220
ANNEXES _____	243
<i>Annexe 1:Formulaire de consentement</i> _____	243
<i>Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN</i> _____	245
<i>Annexe 3:Résumé des entretiens pris en compte dans l'analyse transversale par théorisation ancrée</i> _____	248
<i>Annexe 4 : Entretiens retranscrits pris en compte dans l'analyse thématique des entretiens</i> _____	263

INTRODUCTION

1. Origine et intérêt pour le sujet de recherche

La réflexion sur ce travail de thèse débute en master 2 recherche, en 2013, à l'université d'Angers¹. Ce travail s'intitule « Enjeux identitaires et désir d'enfant chez les femmes infertiles primaires² et/ou secondaires³ gabonaises au Gabon ». Les résultats de cette étude confirment la fragilité des assises narcissiques et l'importance accordée aux croyances à la sorcellerie, à la malédiction dans cette quête de causalité de la maladie (Bitsi, 1997, 2005). Le désir d'enfant semble de ce fait être motivé comme norme sociale du genre avec des incidences inconscientes, à savoir, la recherche d'un état de « complétude narcissique », ou bien souhaité comme solution pour régler une « dette d'existence » (Bydlowski, 1997). Cependant, en ce qui concerne la question de l'identité féminine, les femmes affirment se sentir « femme à part entière » car un début de grossesse a déjà eu lieu, ou un enfant a déjà été mis au monde. Pour ces femmes, cet enfant ou cette fausse couche représente le « socle » sur lequel repose leur sentiment d'identité féminine.

Au Gabon, la prise en charge médicale de ces femmes est plutôt incomplète : elles ont accès aux soins de premières intentions (examens médicaux, hystérosalpingographie, prise de médicaments pour stimuler la fertilité du couple). Lorsque l'infertilité est avérée, les médecins orientent les patients qui ont une situation financière stable vers une prise en charge à l'étranger. Les femmes gabonaises que j'ai pu rencontrer avaient recours, de façon parallèle ou simultanée, à la biomédecine et à celle dite « traditionnelle ». Le but étant de mettre toutes les chances de leur côté afin d'aboutir à une grossesse. Elles disent avoir recours à la médecine traditionnelle lorsque la biomédecine montre ses limites. De ce fait, la médecine traditionnelle a pour but de détecter la causalité du malheur et de trouver une solution à une infertilité qui s'est installée (Epelboin, 2014).

¹ La réflexion sur ce travail de thèse débute en master 2 par un travail exploratoire intitulé « Les enjeux identitaires et désir d'enfant chez les femmes infertiles primaires et secondaires gabonaises ». Cette étude vise à explorer, à partir d'une approche psycho-dynamique et ethno-psychologique, les enjeux intimes spécifiques engagés par l'expérience de l'infertilité primaire et secondaire et les différents bouleversements engagés en conséquence au niveau de la représentation de soi chez la femme gabonaise. La méthodologie de recherche est l'étude approfondie de huit cas, associée à une étude comparative transversale des entretiens et des arbres généalogiques des femmes infertiles.

² Incapacité à concevoir dans un couple qui n'a jamais eu ni grossesse, ni fausse couche spontanée, ni interruption volontaire de grossesse, ni grossesse extra-utérine. Pour Bydlowski (2008), la stérilité est dite primaire, quand une femme, malgré une activité sexuelle normale et une absence de contraception de plus d'une année, n'a jamais conçu.

³ Incapacité à concevoir à nouveau pour un couple dans lequel une grossesse est déjà survenue, ne serait-ce qu'une fausse couche, une interruption volontaire de grossesse ou une grossesse extra-utérine. Bydlowski (2008), précise par ailleurs, que l'on parle de stérilité secondaire, lorsqu'une grossesse, voire une naissance, a déjà eu lieu, mais peine à se renouveler.

Cette recherche exploratoire sur une population gabonaise au Gabon a préparé et fortement influencé notre travail de thèse. L'idée principale était d'approfondir notre étude exploratoire avec les femmes gabonaises. La difficulté d'accès à la population au centre d'AMP et le manque de faisabilité du recrutement ne nous ont pas permis de continuer avec cette population. Tout d'abord, les femmes gabonaises qui font une AMP, à l'étranger, sont minoritaires parce que cette pratique est très coûteuse et que toutes les couches sociales n'y ont pas accès. S'ajoute à cela la question du tabou de la prise en charge en infertilité et de l'AMP, qui remet en cause les appartenances filiales et claniques. En effet, les couples qui suivent les traitements, souhaitent garder l'anonymat et le secret de l'AMP avec l'équipe de soins. Cela rejoint l'idée de Cocou, (2012), qui pense qu'en Afrique, la notion de secret est inséparable de la situation d'infécondité. Les informations issues des examens, les échecs des nombreuses thérapies sont protégés dans l'espace du couple. Leurs divulgations peuvent provoquer des ruptures, le couple ne servant plus de contenant au problème de l'infécondité.

Aussi, le transnationalisme⁴ et/ou la mobilité transnationale pour des raisons de santé (Bonnet et Duchesne, 2014, 2016) pour les femmes gabonaises se font plus souvent dans les pays proximaux⁵ du Gabon, où les modalités de prise en charge et le coût financier sont moindres qu'en France⁶. Une autre difficulté était de mettre en place un réseau à distance qui me permettrait l'accès à cette population de femmes faisant une AMP à l'étranger. Par rapport aux difficultés rencontrées, j'ai fait le choix de travailler en France avec une population de femmes migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne. Ce qui entraîne, de ce fait, une modification des premières interrogations.

Dans mon projet de thèse, il était question de travailler sur la problématique des représentations de l'AMP en tenant compte des mobilités transnationales chez les couples gabonais infertiles ayant recours à l'AMP à l'étranger. Plutôt que de restreindre la recherche à la population gabonaise, dont le recrutement s'avérait très difficile, il m'a paru

⁴ Le concept de transnationalisme dans le champ des migrations a été introduit par un groupe d'anthropologues américains en 1992, Glick Schiller, Basch et Blanc-Szanton, afin de s'opposer aux visions traditionnelles de l'incorporation des migrants, où l'accent est placé exclusivement sur la relation entre ces derniers et le pays d'accueil. Dans leur ouvrage, les auteurs présentent la définition suivante : « Nous définissons le transnationalisme comme les procédés par lesquels les migrants forment et maintiennent des relations sociales multiples et créent de la sorte des liens entre la société d'origine et la société où ils s'installent. Nous appelons ces procédés transnationalisme pour insister sur le fait que de nombreux immigrants construisent aujourd'hui des sphères sociales qui traversent les frontières. ».

⁵ On entend par pays proximal, le Cameroun et d'autres pays tels que l'Afrique du Sud et l'Afrique du Nord, où les soins sont moins coûteux.

⁶ Pour les personnes venues faire les soins en France et qui ne sont pas assurées par la sécurité sociale, la totalité des soins de l'AMP est prise en charge par les couples et s'élève approximativement à 4 000 euros.

plus intéressant de prendre en compte la population des femmes originaires de l'Afrique subsaharienne, en y incluant la question des mobilités transnationales pour des raisons de santé.

Aussi, en tant que femme et doctorante migrante originaire d'Afrique subsaharienne et ayant grandi au sein d'une culture où la construction du lien social passe en grande partie par le mariage et la maternité, je n'ai pu manquer de voir le « drame » de celles qui dérogent à cette norme sociale (Sellahi, 2010), même si, de nos jours, le désir de maternité tend à se déplacer, comme dans les pays occidentaux, des choix d'une culture entière au vouloir singulier des parents. Mais en Afrique, l'union d'un homme et d'une femme est toujours l'union de deux familles, des clans qui attendent une descendance pour la continuité. Donc, l'individu reste l'élément d'une longue chaîne familiale, clanique et ethnique, et l'enfant s'inscrit dans un ensemble de projets familiaux et sociaux. Ainsi, « le vécu et les enjeux qui entourent l'infertilité sont largement dépendants des valeurs et des représentations qui gravitent autour de l'enfant et de la place qu'occupe celui-ci dans la définition de la famille » (Châteauneuf, 2011, p. 64). Il s'agit désormais de travailler avec une population de femmes migrantes de l'Afrique subsaharienne, et la question est celle de savoir si, avec la migration et le processus d'AMP, les représentations de la maternité et de l'infertilité sont bouleversées.

2 Remaniement de l'objet de recherche

L'objectif de ce travail, est désormais d'étudier la question de l'imaginaire des femmes migrantes en ce qui concerne l'AMP, leur scénario idéalisé de ce qu'est l'AMP pour elles. Une construction qui va, au fil de la prise en charge, peut-être se heurter à la réalité (absence de grossesse, échecs des traitements, arrêt de la prise en charge, etc.). En d'autres termes, ce travail se propose, au départ, d'éclairer la problématique des représentations pré- et post-prise en charge AMP. Puis, au fil de l'avancée de notre recherche de terrain, la question du vécu s'est imposée comme une donnée à laquelle je ne pouvais déroger. Il faut essayer d'appréhender ce qu'elles imaginent avant les traitements de l'AMP, ce qu'elles vont vivre durant le parcours de soins et comment cela bouleverse et transforme les représentations. Tout cela est inséparable des représentations culturelles qu'elles ont de la maternité et de l'importance de l'enfant, propres à leur univers culturel.

Le choix d'une population de femmes migrantes originaires de l'Afrique

subsaharienne entraîne des spécificités. La migration a un impact psychique chez l'individu qui la subit, quelle qu'en soit la raison (Baubet et Moro, 2003). La migration, doublée d'une infertilité ou d'une incapacité à mettre au monde pour des raisons de risque viral avéré, confronte ces femmes à une double souffrance psychique. D'une part, cette souffrance est liée à la perte de leur « enveloppe culturelle » (Baubet et Moro, *ibid.*) d'origine. D'autre part, l'infertilité et/ou le risque viral sont vécus loin des repères familiaux et culturels, et la femme se retrouvera confrontée à cette médecine occidentale hautement technique et très « ritualisée », qui implique la prise en compte d'un tiers (l'équipe médicale...) dans cette recherche de grossesse. En ce qui concerne le risque viral, certains couples apprennent qu'ils sont infectés par le virus de l'hépatite B (VHB)⁷ ou, de l'hépatite C (VHC) au moment de la prise en charge, contrairement aux couples atteints du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Cette annonce au moment où le couple est déjà engagé dans le processus d'AMP vient amplifier la souffrance existante. Pour certaines, l'annonce de la maladie (VHB, VHC) est vécue sur un mode traumatique, car elle rallonge la prise en charge et retarde le projet d'enfant. La technique procréative proposée dans le cadre du risque viral est l'AMP avec préparation du sperme, qui est la méthode de référence. Le choix de cette technique permet d'éviter la transmission de la maladie à l'enfant.

Dans les pays occidentaux, la question de l'aide médicale à la procréation (AMP) a tendance à être associée à l'infertilité depuis une trentaine d'années (Châteauneuf, 2011). On constate que le projet d'enfant est retardé : « Les enfants sont souhaités en tant que symboles d'épanouissement personnel et de réussite du couple. Ces déterminants de l'actualisation du désir expliquent notamment le report de l'âge au premier enfant et le décalage entre le calendrier adopté par les couples et la période de fécondité physique. » (Le Voyer, 2003, p. 39). Je me pose la question de savoir si les possibilités d'AMP ne participeraient pas ou n'encourageraient pas ce retard de maternité et de fait n'induiraient pas un risque d'infertilité. La naissance de Louise, premier bébé né d'une FIV, marque le début de la mise en œuvre de cette technique en 1978⁸ dans les démarches d'AMP en Europe. Elle était la preuve que les cliniciens pouvaient dorénavant pallier certains problèmes reproductifs féminins et ainsi donner une chance aux femmes dites infertiles et leur permettre de procréer. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé en France en 1982, où

⁷ L'annonce de l'hépatite virale B ou C met en suspens la prise en charge de l'AMP, car il faut d'abord traiter le risque viral. Une fois que, l'hépatologue détecte une charge virale inférieure à un seuil, il autorise la reprise des traitements de l'AMP.

⁸ « L'histoire de la FIV » est bien détaillée dans l'article de Mandelbaum (2010), qui retrace les avancées scientifiques de la FIV, avec la naissance de Louise Brown jusqu'à nos jours.

l'équipe des professeurs Frydman et Testart a fait naître le premier bébé éprouvette français que l'on nomme Amandine.

Par contre, en Afrique noire, il n'en est pas de même. Les valeurs traditionnelles qui prônent le mariage et l'éminence de la place de l'enfant au sein de la famille vacillent au regard de cette modernité et des progrès techniques. Mais, on constate qu'en milieu rural, les conceptions traditionnelles du mariage et la place de l'enfant restent inchangées (Kouassi, 2004). Les techniques d'AMP s'installent progressivement en Afrique, mais leur utilisation reste encore taboue vu le secret qui entoure la naissance d'un enfant né grâce à l'AMP par les couples.

La représentation de l'AMP en Afrique reste importante pour voir les contours du problème. Malgré la forte prévalence de l'infertilité dans certains pays d'Afrique, les traitements modernes des couples infertiles sont très peu vulgarisés ou peu développés ; c'est seulement la fécondation *in vitro* (FIV) qui est quelquefois conseillée par les gynécologues. Mais, les traitements comme l'insémination artificielle avec donneur de sperme (IAD) sont rarement proposés et le plus souvent pas acceptés par les couples (Akaré, 2010). L'IAD suscite des questions aussi bien sociologiques qu'anthropologiques, éthiques, juridiques, psychologiques, en Afrique. Outre les questionnements liés à la peur de l'inconnu dans le cas du donneur ou de la donneuse anonyme, cette méthode réinterroge les modes de transmission d'une filiation. De plus, le sperme ou les ovocytes anonymes modifient les représentations des identités individuelles et par conséquent réinterrogent l'appartenance à la lignée et au clan de l'enfant à venir. Pour les femmes mariées, faire des enfants avec un donneur de sperme met le mari de côté et lui fait perdre quelque peu son autorité, son pouvoir. Ainsi, l'IAD est rarement acceptée en Afrique (Akaré, *ibid.*). En somme, les nouvelles techniques de reproduction perturbent une société qui ne respecte pas ses normes et ses codes. En ne respectant pas le processus naturel de reproduction qui va du rapport sexuel à l'enfantement, ces nouvelles techniques mettent à mal tous ceux qui y ont recours. Cependant, qu'en est-il des femmes migrantes infertiles qui les utilisent ? Est-ce une transgression d'une norme pour aboutir à la grossesse et à la maternité ?

L'envie de fonder une famille reste le fil conducteur qui pousse ces femmes migrantes à accepter ces techniques afin de contourner cette « matrice vide » (Herry et *al.*, 2008) et aboutir à la réalisation de leur désir. Le couple traverse l'épreuve du malheur que représente la mise en échec du désir de maternité, le fait d'accepter une recherche de maternité dans un cadre médical qui implique la prise en compte d'un tiers dans une

aventure qui ne concerne que le couple. Sachant que l'enfant se conçoit dans l'intimité de la chambre conjugale et que la grossesse, qui est une période de grande vulnérabilité, est une affaire du groupe social. Certes, les parcours se différencient en fonction de l'histoire personnelle de chacune, mais l'incapacité de fonder une famille de façon naturelle reste le point commun qui les pousse à recourir à divers actes médicaux hautement techniques, voire à des pratiques dites traditionnelles (Herry et al., 2008). En outre, l'idée d'un parcours d'AMP favorise, chez certaines, les espoirs doublés d'une angoisse liée à l'échec, ce qui s'est vérifié lors de l'enquête exploratoire de terrain où une femme infertile a déclaré : « *La FIV est le seul moyen médical qui me reste pour enfanter car j'ai tout essayé, et malgré la peur que j'ai que cela ne puisse pas réussir car cela peut arriver, je vais le faire.* »⁹.

De très nombreuses études, dans le champ de la psychologie d'orientation psychodynamique, ont été faites sur la question de l'infertilité et celle de l'aide médicale à la procréation. Le reproche fait à ces études, est de vouloir généraliser au sein même de ce groupe de femmes en AMP, sans prendre en compte l'origine géographique de populations aux prises avec leurs bagages culturels et leurs différences (Epelboin, 2014). Par contre, une littérature couvre de ce fait le sujet en anthropologie. Inhorn (2009, 2011) traite de la question du « tourisme procréatif » et en donne les raisons : l'aspect financier, l'interdiction légale et/ou religieuse concernant l'accès ou la disponibilité des nouvelles techniques reproductives ou de certaines d'entre elles, la qualité et la fiabilité des soins et des préférences personnelles. Bonnet et Duchesne (2014) analysent les trajectoires d'aide médicale à la procréation des couples d'Afrique subsaharienne qui subissent une forte pression familiale et sociale à la maternité. Cet article retrace les motivations des couples à recourir à ces techniques et les effets que celles-ci ont sur les représentations de la filiation, de la procréation et de la conjugalité. Duchesne (2014), dans son article, examine le lien entre « faire un enfant » et « faire une famille » à partir d'une enquête ethnographique menée auprès de migrantes et de migrants nés en Afrique subsaharienne et ayant recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) en Île-de-France.

⁹ Entretien exploratoire effectué avec une femme infertile gabonaise en 2013, dans le cadre de ma recherche de master 2 recherche.

3. Choix méthodologique

Au vu de cette recension de travaux qui n'a pas la prétention d'être exhaustive, il y a très peu d'études qui se sont intéressées aux représentations ou au vécu de l'AMP dans une perspective différentielle chez les femmes en situation migratoire, à ma connaissance. C'est l'une des raisons de l'intérêt que je porte à cette population.

Il est important de préciser que ce travail, est au carrefour de plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales (psychologie, anthropologie, sociologie) dans un souci de complémentarité (Devereux, 1972), avec, dans une moindre mesure, des aspects médicaux qui sont non négligeables. Donc, cette recherche a évolué, les idées se sont affinées. La problématique a été élaborée au fil de l'analyse, les hypothèses sont nées autour de la clinique du migrant, du vécu de l'AMP de la femme migrante et du fait des bouleversements au niveau représentationnel de ce qui était vécu comme l'ultime recours et la technique idéale pour pallier l'infertilité et l'infertilité « contrainte »¹⁰. Les entretiens de recherche en couple se sont révélés difficiles et peu productifs car il fallait que les femmes se tournent vers leurs conjoints pour avoir leur approbation afin de répondre aux questions qui leur étaient adressées. En effet, certaines femmes ne poursuivaient pas le parcours par rapport à l'infertilité mais par rapport au risque de contamination mère-enfant. Au cours de la recherche, je suis passée de l'idée de faire des entretiens de couples à celle d'un travail individuel avec les femmes, tout en tenant compte du risque de contamination mère-enfant en cas de diagnostic d'hépatite ou de VIH/sida. Cette évolution de l'échantillon théorique¹¹ (Glaser et Strauss, 1967; Paillé, 1994 ; Guillemette et Luckerhoff, 2009) se justifie par le fait que je voulais avoir accès à la parole vraie de la femme, même si les traitements étaient effectués en couple. Le changement de population et le risque viral sont des données que je n'avais pas prises en compte au cours de la recherche et qui font partie de mes choix méthodologiques, à savoir la démarche inductive¹², tout en m'adaptant aux données du terrain, à ses changements et aléas.

¹⁰ On parle d'infertilité « contrainte » dans la mesure où elle est contrainte par une maladie (VIH, VHB, VHC), qui implique pour le couple de faire appel à l'AMP afin d'éviter les risques de contamination du fœtus ou du partenaire non infecté (en cas de séro-discordance au sein du couple).

¹¹ L'échantillonnage théorique signifie que les personnes, les lieux et les situations où ils vont collecter des données empiriques sont choisis en fonction de leur capacité à favoriser l'émergence et la construction de la théorie (Guillemette et Luckerhoff, 2009).

¹² L'induction consiste à développer des théories fondées empiriquement tout en laissant une chance à « l'émergence » pour que ces théories proviennent des données empiriques (*ibid.*).

Aussi, avec la démarche inductive, il n'était pas question de partir sur des hypothèses bien établies, mais de les laisser apparaître au fil de la recherche, voire à la fin (Glaser et Strauss, 1967 ; Glaser, 1992 ; Guillemette et Luckerhoff, 2009). Ainsi, les chercheurs en *Grounded Theory*, ou théorie enracinée¹³, veulent s'assurer que leurs résultats d'analyses proviennent des données et non de leurs préconceptions théoriques. Leur intention n'est pas de disqualifier, d'ignorer ou d'omettre le recours aux théories existantes, mais ils y ont recours plutôt vers la fin de leur démarche de théorisation (Gibbs, 2002 ; Glaser, 2001). La stratégie de la suspension temporaire du recours à des influences théoriques nous permet d'éviter la contamination du processus par des théories préétablies. Cependant, il était impossible pour moi de mettre totalement de côté l'un des résultats de mon étude exploratoire, selon laquelle, pour les femmes, l'AMP restait, avec toutes ses techniques, la prise en charge idéale pour accéder à la grossesse. Cela rejoint l'idée d'auteurs tels que Corbin et Strauss (2008), Strauss et Corbin (1990, 1994, 1998, 2004) ou Suddaby, (2006), qui nuancent la position de Glaser en prétendant que le chercheur ne doit pas nécessairement s'abstenir de recenser les écrits pertinents avant de commencer sa collecte de données, car ses connaissances scientifiques et professionnelles lui permettent d'augmenter sa sensibilité théorique, c'est-à-dire sa capacité à déceler les subtilités et les nuances à l'intérieur des données qui peuvent influencer le sens qui leur est accordé (Corbin et Strauss, 2008).

Au cours de ma recherche, je ne suis pas restée dans une posture de fausse neutralité, mais j'ai plutôt opté pour une approche¹⁴ qui consistait à aborder mes propres représentations de la maternité et de l'AMP. Cela a incité les femmes, lors de l'entretien de recherche, à répondre en miroir, et à déposer une parole vraie, codée culturellement. Lors des premiers entretiens, la relation duelle s'est avérée difficile vu le contenu et les thèmes abordés, qui sont très embarrassants pour les femmes. Au départ, il y a peut-être eu un vécu intrusif de venir interroger ce désir de maternité, comme si je le remettais en cause. De plus, ma position de migrante pouvait me desservir car certaines femmes pouvaient craindre les commérages. Les femmes ont du mal à se confier sur des sujets sensibles qui concernent leur intimité aux personnes qu'elles fréquentent au sein de la communauté, afin d'éviter les commérages qui sont nombreux. Bougerol (1997) aborde la question des commérages au sein de la communauté antillaise comme une logique provocatrice dans

¹³ Pour l'école canadienne du Québec, sous l'autorité de F. Guillemette (2009, 2012), on parle de méthodologie de la théorie enracinée, et d'autres comme Paillé (1994) parlent de théorie ancrée. Mais, l'expression initiale est la *Grounded Theory* (Glaser et Strauss, 1967).

¹⁴ Cette approche est inspirée de l'approche des consultations groupales transculturelles où les co-thérapeutes sont amenés à évoquer leurs représentations culturelles afin que le patient puisse en dire quelque chose.

cette communauté. Cependant, il ne s'agit pas de commérages au sens ordinaire, mais plutôt de commérages pernicioeux. Qu'il s'agisse de commérages ordinaires évoqués par les patientes de mon étude ou de commérages qui aboutissent à des conflits physiques, l'anonymat du sujet ou du coupable n'est pas protégé.

La première partie de cette thèse concerne la revue de la littérature. Puis, sera proposée une description des choix méthodologiques et du lieu de recherche. Ensuite, je présenterai les résultats de mes analyses. D'une part, j'ai fait le choix méthodologique de travailler avec une approche transversale par théorie ancrée des entretiens faits avec les femmes, en tenant compte de la *Grounded Theory*. D'autre, part, une analyse longitudinale de six cas cliniques a été effectuée afin de comprendre le vécu de la prise en charge dans sa singularité. De plus, cette analyse longitudinale me permet de voir ce qui se joue sur le plan transféro-contre-transférentiel du côté du chercheur, ou ce qui se joue du côté de la relation duelle.

J'ai utilisé la méthode complémentariste (Devereux, 1980) qui postule que les données des sciences humaines sont de trois sortes : le comportement du sujet, les perturbations induites par l'observateur et le comportement de l'observateur. Cette classification permet de penser la présentation des résultats, selon trois thématiques : l'analyse transversale par théorisation ancrée, l'analyse longitudinale du discours des femmes, l'analyse des contre-transferts du chercheur, des mouvements transféro-contre-transférentiels produits par la relation duelle que nécessite l'entretien.

PARTIE 1 : PARTIE THÉORIQUE

PARTIE 1 : PARTIE THÉORIQUE

1. LES REPRÉSENTATIONS

Le terme « représentation » est utilisé dans bien des secteurs des sciences humaines et au-delà, avec des sens différents, et souvent très flous (Ehrlich, 1985). Les représentations sociales sont présentes dans la vie de tous les jours ; les référents culturels sont très souvent présents de façon implicite ou explicite et constituent, ainsi que les représentations, « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1989a, p. 36). Elle est à la fois le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. « Le terme représentation n'est donc pas un simple reflet de la réalité, elle est une organisation signifiante. » (Abric, 1987, p. 64). Dans cette perspective, la représentation sociale se définit par un contenu se rapportant à un objet et par un sujet en rapport avec un autre sujet : toute représentation est représentation de quelque chose et de quelqu'un.

Plusieurs travaux se sont intéressés à cette question des représentations. Dans cette partie, il ne s'agit nullement de faire le tour de la question, mais plutôt de m'arrêter sur quelques-uns de ces travaux qui peuvent me permettre de comprendre les contours de ce concept. Je citerai d'abord les travaux en psychologie sociale et en psychanalyse. Ensuite, j'aborderai des travaux en anthropologie (modèle explicatif de la maladie) et en sociologie médicale (système de soins), et pour finir, je parlerai de l'apport de la psychiatrie transculturelle avec la notion de théorie étiologique.

1.1. Les apports de la psychologie sociale

Durkheim (1898), dans son article intitulé « Représentations individuelles et représentations collectives », fait une analyse sociologique des représentations, plaçant les faits sociaux au-dessus des faits individuels. Ainsi, pour l'auteur, le groupe social constitue l'unité de base en sociologie. Il est régi par un système, « la conscience collective » ou « l'âme collective ». Pour Durkheim (1898), la « conscience collective » impose à

l'individu des façons de penser et d'agir. Celles-ci se matérialisent au niveau des institutions sociales (règles sociales, morales, juridiques et politiques), de la vie religieuse (croyances, rituels collectifs rencontrés dans les cérémonies religieuses ou non). Par ailleurs, sur le plan idéal, elles sont des formes mentales socialement partagées comprenant des mythes, traditions, savoirs, opinions, visions du temps et de l'espace, croyances. Sur le plan matériel, la question est celle de savoir si elles sont à l'origine des pratiques et des comportements individuels ou collectifs, car ceux-ci reposent sur le fondement même des comportements humains. De la même façon que la conscience collective, les représentations collectives sont transgénérationnelles, car elles demeurent gravées dans les productions sociales, les règles de fonctionnement et les mémoires, sous forme de normes, de prescriptions, de traditions. Durkheim (*idem*), pense que le caractère durable des représentations est un point fondamental dans l'intérêt accordé aux représentations collectives aux dépens de représentations individuelles. Donc, la durée de vie des représentations individuelles est limitée, car elles disparaissent en tant que leurs concepteurs. En d'autres termes, si ces consciences servent à matérialiser la conscience collective, elles ont aussi, chez Durkheim, une importance moindre parce que spécifiques (elles ne sont, après tout, portées que par des individus particuliers, et par là même, elles ne constituent pas des formes de généralisation valide d'un point de vue sociétal), variables et peu durables (à la limite, elles sont appelées à disparaître avec l'individu qui en est porteur).

Moscovici (1961) reprendra le concept de représentation sociale, compte tenu de la perte d'efficacité des représentations collectives dans les sociétés modernes, et du fait que c'est justement de ces dernières qu'il est question en psychologie sociale. Contrairement à Durkheim (1898), qui affirme qu'une représentation collective est une entité transmissible et figée, saisissable dans la conscience collective sur le mode de l'extériorité, Moscovici, pense que l'image est partielle. Certes, la représentation est reproduite et reproductible, mais le mouvement est en réalité plus dynamique que passif puisque la transmission n'est pas fidèle : la représentation est modifiée, remodelée, reconstruite, dans la mesure où l'activité mentale individuelle participe à la transmission.

Toute représentation sociale apparaît comme une structure organisée et partagée, mais toujours en devenir, à la fois plus stable et susceptible de modification que la représentation collective décrite par Durkheim (1898). Elle ne traverse plus, inchangée, le temps des générations, mais suit de plus près le temps humain. L'évolution, la transformation ainsi que la genèse des représentations sociales méritent donc davantage

d'attention. La division du travail et la spécialisation des tâches favorisent la dispersion des connaissances, des croyances et des habiletés, renforçant par-là l'efficacité intra-sociétale de groupes humains plus restreints, et participant à leur constitution. Ces groupes peuvent avoir, vis-à-vis d'un objet social, des prises de position spécifiques, partant de représentations différentes, et peuvent les faire évoluer d'une manière qui leur est propre. Il en ressort que les représentations sociales seront plus diversifiées et plus nombreuses que les représentations collectives, plus limitées aussi. Les relations interindividuelles permettent le partage de ces représentations sociales avec une vision commune, mais les dynamiques sociétales façonnent les conceptions individuelles, partant des représentations. Aussi ces dernières ont-elles pour particularisme de n'être ni tout à fait individuelles, ni tout à fait sociales, mais dans une position que l'on qualifierait d'intermédiaire, d'interaction réciproque d'un niveau avec l'autre.

Moscovici (1961), dans *la Psychanalyse, son image, son public*, fournit au concept sa définition scientifique et décrit une méthode d'approche psychosociologique. Il renouvelle ses interrogations sur le concept de représentation, tout en soulignant son utilisation dans plusieurs domaines de la vie sociale. Il choisit comme objet d'étude la psychanalyse dans la mentalité de son temps, tout en mettant en évidence les ressorts d'une psychologie de la connaissance et d'une épistémologie du sens commun. Le but pour lui est de comprendre comment s'élabore un savoir populaire en passant outre la trivialité de ce savoir pour s'intéresser à ses mécanismes, avant de suivre les cheminements de l'image choisie à travers un public. L'auteur montre que la représentation sociale transforme le savoir de type scientifique en savoir de type commun, et *vice versa*. Il existe principalement deux processus qui permettent de comprendre comment s'élabore la représentation sociale. Le premier est l'objectivation, qui comprend trois phases (construction sélective, schématisation structurante, naturalisation), dont l'objectif est de mettre en forme les notions abstraites constituant l'activité mentale et matérialisant les idées en leur fournissant une image ou figure. Le second processus est l'ancrage, dont le but est d'assurer l'enracinement social de la représentation, avec les valeurs cognitives particulières qu'elle revêt dans le groupe de référence. Il opère en amont de la représentation sociale en renvoyant à des univers de sens et de savoir. En aval, l'ancrage confère une valeur fonctionnelle au contenu représentationnel, le rendant ainsi disponible pour son usage dans le groupe.

En d'autres termes, la représentation est « l'élaboration d'un objet social par une communauté avec l'objectif d'agir et de communiquer » (Moscovici, 1961, p. 251). À cet

effet, il définit deux mécanismes. D'une part, l'objectivation « permet la concrétisation de ce qui est abstrait [...], la transformation de concepts abstraits ou d'objets étrangers en expérience ou matérialisations concrètes ». D'autre part, l'ancrage permet l'intégration de l'objet et des informations nouvelles dans les savoirs et les catégories de signification préexistante, c'est-à-dire le cadre de référence des individus et des groupes sur le double plan cognitif et rationnel (Moscovici, 1961, p. 336).

La notion de représentation sociale, par la largeur du champ qu'elle intéresse, pose des problèmes d'appréhension car, comme l'indique Jodelet (1989, p. 41), « les représentations sociales doivent être étudiées en articulant éléments actifs, mentaux et sociaux et en intégrant à côté de la cognition, du langage et de la communication, la prise en compte des rapports sociaux qui affectent les représentations et la réalité matérielle, sociale et idéale sur laquelle elles ont à intervenir ».

Pour respecter l'authenticité du phénomène observé, en l'occurrence la représentation de la folie chez les membres d'une colonie familiale, l'auteur met au point une méthodologie complexe où l'observation participante et les explorations sur le terrain ont été associées avec un souci particulier d'écouter les biais qui menacent toute recherche de ce genre d'artificialité. En s'intéressant à l'étude de la représentation de la folie, à travers son émergence dans une population de non-spécialistes confrontés à des malades mentaux, l'auteur cherche à saisir les significations d'une pensée sociale qui, sollicitée par les circonstances, doit aménager un contenu psychique à la notion d'altérité qui soit valide pour le groupe considéré. L'analyse des contenus de la folie est exemplaire et renvoie à des images du malade mental identifié comme sale, environné de déjections, de violences et de tendances transgressives, tandis que sont perpétuées des idées très archaïques comme le risque de contagion.

Dans cette étude, Jodelet (1989a) pose les représentations sociales comme objet scientifique légitime puisque, « en tant que théories socialement créées et opérantes, elles ont à faire avec la construction de la réalité quotidienne, les conduites et communications qui s'y développent, comme avec la vie et l'expression des groupes au sein desquels elles sont élaborées » (*op. cit.*, p. 39). Ce qui revient à appréhender la dimension cognitive de la pensée sociale et des pratiques collectives et à les saisir dans la relativité de leurs rapports aux facteurs de contextualisation socio-historiques, socio-écologiques, sociopolitiques.

Jodelet (1989b) s'intéresse aux représentations sociales de la maladie mentale en France. Pour cet auteur, la représentation sociale est « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction

d'une réalité commune à un ensemble social ». Les résultats montrent que dans la communauté rurale où vivent librement des malades mentaux, est pris en compte le système de représentation de la folie et du « fou ». Ce qu'elle met à jour, c'est une représentation (ou un ensemble de paramètres de représentation) qui témoigne du nécessaire refus d'intégration des malades mentaux (quoique le discours des populations tende à soutenir le contraire), la discrimination identitaire s'exprimant dans les pratiques quotidiennes.

Si, pour la sociologie, les représentations sociales sont statiques et monolithiques, pour la psychologie sociale, par contre, elles sont dynamiques et évolutives, à l'image de nos sociétés modernes. Ainsi, les représentations sociales sont conçues comme des processus qui s'intéressent aux groupes restreints, aux petites structures, ce qui permet des changements rapides. Ces changements sont en effet liés aux influences sociales, à l'inverse, des représentations collectives, qui concernent des groupes sociaux plus larges. Pour conclure, si la psychologie sociale définit la représentation en termes d'objectivation et d'ancrage, au sens de Moscovici, elle sert tout de même de grille de lecture du monde au groupe social. Cette approche privilégie la dimension sociale dans cette question des représentations.

La question des représentations est au cœur de la pensée individuelle des femmes en AMP ; elles ont diverses représentations qui sont mises en place par le groupe et qui régissent la vie en société. En effet, pour les femmes africaines de mon étude, il ressort des représentations de la place de la femme, de l'enfant, qui resurgissent avec la question de l'infertilité. Cependant, que dit la psychanalyse quant à la question des représentations ?

1.2. Les apports de la psychanalyse

En psychanalyse, la question des représentations s'est posée à la suite de certaines formations collectives rencontrées dans certaines cultures, comme le mythe, la croyance et la religion. En s'intéressant à ces dimensions, la psychanalyse tient compte de la dimension inconsciente et de l'intersubjectivité. Donc, il est question de mettre en relation la notion de représentations sociales, telle que définie dans la psychologie sociale, à travers sa dimension sociale de la subjectivité, voire de l'inconscient du sujet.

Le concept de représentation dans la psychanalyse freudienne comprend trois principales dimensions, désignées dans l'œuvre de Freud par trois termes différents :

- La représentation, rend compte d'un contenu, d'un processus de l'activité de pensée. La forme verbale correspondante peut prendre une valeur intransitive (représenter, dans son opposition à agir, par la voie de la décharge motrice ou somatique), transitive (représenter quelque chose) ou réflexive (se représenter, ou se mettre en représentation à soi-même). Dans cette optique, la représentation accomplit un double effet, celui d'objectivation et de subjectivation qui définit un espace psychique dont la construction s'effectue dans le processus de la représentation d'un objet qui s'est absenté, constituant par la même occasion un objet pour cet objet manquant. Un mouvement de désir le « re-présente » dans l'espace psychique. Donc, la représentation signe une absence, elle se forme comme trace et reproduction d'un objet et d'une expérience perdus.
- La représentation rend compte d'une figuration visuelle, imagée, spectaculaire d'un objet ou de la présentation d'un sujet à un autre sujet.
- La représentation désigne la délégation d'un élément d'un ensemble dans un autre : ainsi, le concept de représentant-représentation, définit la délégation de la pulsion dans le domaine de la représentation. Dans la théorie freudienne, le concept de représentant-représentation permet de qualifier la représentation à laquelle la pulsion se fixe et se fait représenter dans le psychisme.

Le concept de représentant psychique de la pulsion distingue, d'une part, un élément imagé, idéationnel ou conceptuel et, d'autre part, une expression psychique de la quantité d'énergie pulsionnelle et de ses variations (l'affect). Pour conclure sur ces trois dimensions de la définition de la représentation, Freud ajoute que celle-ci désigne l'inscription d'un objet dans les systèmes mnésiques (traces mnésiques, signes, séries associatives). Il faut comprendre l'objet au sens psychanalytique comme corrélat de la pulsion ; l'objet inscrit est un objet sur lequel la pulsion a trouvé un étayage. Cet objet

inscrit dans un système mnésique est un objet susceptible d'y être retrouvé ; un objet perdu que la représentation permet de conserver par inscription, d'investir et de rendre présent à un destin que détermine la chaîne associative.

Dans deux textes de 1915, sur l'inconscient et sur le refoulement, Freud écrit que les représentations sont les constituants et les contenus de l'inconscient. Aussi, le refoulement dans ce sens porte sur les représentants psychiques de la pulsion (représentant-représentation). Le refoulement originaire produit la formation de représentations inconscientes, qui exercent une attraction sur les contenus à refouler.

Il définit ce qu'il entend par *représentation de mot* qui caractérise le système préconscient-conscient en associant à une image verbale l'image mnésique qui acquiert l'indice de qualité spécifique de la conscience. C'est à travers la représentation de mot que les processus de la pensée deviennent des perceptions. La représentation de mot dérive de l'utilisation des systèmes organisés de la parole et du langage ; la chose est ainsi liée au mot pour le dire.

Lorsqu'il aborde le problème de la mentalité collective, Freud montre encore l'importance des représentations à l'œuvre dans les phénomènes religieux, dans le rôle qu'elles jouent dans la constitution du mythe fondateur de la « horde primitive » et de ses conséquences. En effet, dans *Totem et tabou*, Freud (1913) s'intéresse à la question des représentations, et cela, à travers les différentes croyances liées à l'animisme, à l'inceste. Par ailleurs, dans *L'avenir d'une illusion*, Freud (1927), annonce la position de Winnicott (1975) de la culture comme héritière de l'objet transitionnel¹⁵. Freud (1913) prend en compte les idées religieuses qu'il considère comme « un trésor tout constitué que la civilisation transmet à l'individu ». Ce trésor préexiste à chacun, et chaque individu l'utilise pour sa vie psychique. « [...] La civilisation donne à l'individu les idées car il les trouve déjà existantes, elles lui sont présentées toutes faites, et il ne serait pas à même de les découvrir tout seul. Elles sont le patrimoine d'une suite de générations, il en hérite, il le reçoit, tout comme la table de multiplication, la géométrie... ». Donc, les idées religieuses sont ici des formations destinées à fournir une protection contre l'angoisse, dans ce contexte, contre le sentiment de détresse. Il s'agit, aussi de re-présenter, dans la répétition, le lien d'ambivalence vis-à-vis du père, ici, contre le chaos et l'énigme de l'origine des choses et des êtres. Il s'agit de se présenter comme membre d'une communauté de la

¹⁵ « En utilisant le mot culture, je pense à la tradition dont on hérite. Je pense à quelque chose qui est le lot commun de l'humanité auquel des individus et des groupes peuvent contribuer et d'où chacun de nous pourra tirer quelque chose, si nous avons un lieu où mettre ce que nous trouvons. » (Winnicott, 1975, p. 137).

pensée et de la croyance, alliée par la fonction de l'idéal.

Dès lors, la représentation au sens psychanalytique permet aux hommes de représenter une absence, de donner une forme disponible et permanente à une cause, d'en produire la mise en mots, d'y laisser s'y représenter les pulsions. Il s'agit ainsi, de s'assurer de leur maîtrise, de se représenter et de se présenter à l'autre par le moyen de la représentation, de déplacer la source de plaisir de l'objet représenté à l'activité de représentation ; ceci, dans une diversité de sources et de fonctionnements (rêves, fantasmes, théories sexuelles infantiles, « le roman familial »).

De ce fait, les représentations seraient des représentations convenues résultant de la contribution psychique au travail social et culturel de la représentation. C'est la raison pour laquelle les représentations sociales jouent un rôle d'identification, car elles permettent l'identification du sujet à la culture à laquelle il appartient. Freud (1921) rappelle non seulement la différenciation entre le Moi et le Surmoi, mais aussi l'identification comme base libidinale du lien collectif : « Une foule psychologique est une union d'individus divers qui ont installé dans leur surmoi une même personne. Grâce à ce point commun, ils se sont dans leur Moi identifiés les uns les autres. ». À cet effet, il convient d'affirmer que l'identification assure le lien social (Kaës, 1989). La préexistence des représentations permet cette identification du sujet. Donc, les croyances limitent les religions ; elles constituent les matrices d'identification et fournissent des repères identificateurs au sujet d'un même point. Dans cette perspective, la représentation comme fonction sociale consiste à faire advenir l'individu comme tel dans sa subjectivité.

Dans ses études sur l'hystérie, Freud (1895) s'est penché sur le problème des représentations et met en évidence leur force en ce qui concerne leur intervention au niveau des facteurs déterminants des psychonévroses, mais également au niveau des traitements, même s'il s'agit de représentations psychiques. Dans son étude sur les théories sexuelles, Freud (1908) expose le cas de l'élaboration par les enfants des représentations relatives à la sexualité et à la naissance des bébés : c'est à partir de matériaux psychiques divers qu'ils formulent leurs questions sur ces sujets et y répondent. Bien qu'elles soient extravagantes, les théories élaborées par les enfants leur fournissent sur le coup les représentations dont ils ont besoin pour appréhender ces problèmes qui sont, pour eux, à la fois stimulants et inquiétants.

Selon Kaës (*ibid.*), il existe plusieurs effets psychiques associés au processus de la représentation dans ses trois composantes sémantiques. Il y a un travail psychique de la représentation, à travers ce que Kaës (*ibidem*) nomme *présence*, où se marque l'existence

de l'absence, du manque, du défaut de l'objet. Ensuite, l'*effet d'objet* vient combler l'absence, reproduire l'expérience de satisfaction et assurer une protection contre l'excitation traumatique. Et enfin, l'*effet de subjectivité* est introduit par le refoulement, par la suscitation de l'objet de désir et par le retournement réflexif à travers lequel le sujet se représente dans la représentation. L'auteur rajoute que l'effet de subjectivité est indissociable de l'effet de censure, de division, voire de déformation.

La représentation obéit à la nécessité interne de l'appareil psychique pour l'obtention d'une satisfaction par le biais de la représentation, entendue comme la recherche de l'objet, l'apaisement de la pulsion et le plaisir du fonctionnement représentationnel. L'appareil psychique accomplit un travail de représentation ordonné à l'apaisement des tensions et à la recherche des solutions, défauts, crisogènes, de l'objet, du sens, du sujet lui-même. La représentation apparaît comme un travail de transformation : transformations d'une quantité énergétique en une qualité de forme psychique capable de contenir la décharge pulsionnelle. À la voie directe se substitue une voie nouvelle, suscitée par l'expérience de l'absence ou le défaut de l'objet. Ce travail consiste ainsi à établir un lien entre une présence qui s'est absentée et une absence représentée, lien que soutient le réseau des inscriptions mnésiques et que relève le processus associatif. Le concept de représentation, aux sens actuels, est absent des écrits freudiens, mais nous savons qu'une place importante est faite à certains systèmes de représentations collectifs liés à la socialité et à la culture. Citons pour exemples les mythes, les contes, les conceptions du monde, les croyances et les idées religieuses.

En psychologie, la question de la représentation se caractérise par la représentation de mot ; elle tient compte des pensées, des idées, des images, opinions, organisations qui se révèlent à la conscience du sujet à certains égards. Ces représentations peuvent concerner le domaine de l'anthropologie car la psychanalyse, avec la prise en compte de l'inconscient, a créé une rupture épistémologique. L'inconscient pose donc la question de la création du processus psychique, de ses formations et de l'intersubjectivité.

Dans ma recherche, la question des représentations s'intéresse ici à une population migrante de femmes de l'Afrique subsaharienne, venues d'ailleurs avec leur histoire culturelle et leur subjectivité. De plus, les femmes se représentent l'AMP comme l'ultime recours et la technique idéale qui leur permettrait d'être enceintes rapidement. Comme si la représentation du mot « AMP » restait, à leurs yeux, synonyme « d'espoir », espoir de transmission de ce qui nous a été transmis, à savoir la vie, mais aussi, « espoir d'intégration » au sein d'un pays où elles essaient quelque fois de trouver leur place à

travers la maternité.

1.3. Les apports de l'anthropologie et de la sociologie médicale

L'anthropologie a aussi apporté sa pierre à l'édifice de la connaissance des représentations à travers l'étude des mythes, des superstitions et des croyances. Lévy-Bruhl (1927), dans son livre *L'âme primitive*, souligne l'omniprésence de logiques similaires et de mécanismes psychologiques à la base des représentations collectives. En même temps, il signale le « totalitarisme » qu'exerce le système de représentation de chaque société sur l'individu.

Plusieurs formes d'expression et d'expérience de la maladie et de la souffrance ont été le sujet de recherches en anthropologie médicale. L'objet de la recherche reste la description d'un système médical dans des cultures différentes. L'objectif étant d'étudier la santé, la maladie, le malheur en tant qu'événement universel. Mais, ils prennent des formes d'expression et des réponses spécifiques et dépendantes de chaque société. Les réactions face à la souffrance peuvent être institutionnalisées et culturellement codifiées, témoignant ainsi de leur caractère de « production humaine ». (Heidenreich et Taïeb, 2003, p. 54).

Ainsi, la construction sociale de la maladie ne peut être étudiée de façon isolée sans pour autant s'interroger sur ses représentations dans un système culturel donné. Pour en savoir plus sur les représentations de la maladie, il est nécessaire de passer par ce que Kleinman (1988) appelle *illness narratives*. Ce sont ces récits qui permettent de comprendre les aspects individuels, socioculturels et temporels de la maladie. Comme l'affirme Epelboin (1983), les « séquences de malheurs » attendent des explications, et les causes de la maladie doivent être recherchées. On parle souvent de double cause ou de « bicausalité » pour rendre compte du fait que la maladie n'est jamais attribuable à une seule cause, mais que les causes, même contradictoires, se complètent et reflètent la conception du monde du malade et de son groupe. Donc, peuvent coexister des causes naturelles et d'autres dites surnaturelles (Zempléni, 1985).

Dans *Le sens du mal. Anthropologie et Sociologie de la maladie*, Augé et Herzlich (1984, p. 9) posent d'emblée les bases du problème : « Tout d'abord, et pour toute société, la maladie fait problème, exige une interprétation : il faut qu'elle ait un sens pour que les hommes puissent espérer la maîtriser ». Cependant, les auteurs insistent sur sa complexité : « Nous aurions donc ici affaire à un objet en quelque sorte dédoublé : l'interprétation locale de la maladie est une chose ; l'interprétation de cette interprétation serait elle-même

susceptible de varier selon qu'elle serait le fait de méthodes différentes (anthropologie, sociologie, historique) ou s'appliquerait à des sociétés différentes [...]. Ajoutons, pour achever de brouiller les pistes, que, mal, maladie et malheur ne sont pas des notions *a priori* identiques. » (Augé et Herzlich, *Ibid.*, p. 9).

Pour Augé (1984), la maladie constitue une « forme élémentaire de l'événement », comme la naissance et la mort, en ce sens qu'il s'agit d'un événement biologique individuel qui s'inscrit sur le corps d'un individu mais dont l'interprétation, imposée par le modèle culturel, est immédiatement sociale. Ce sont des formes simultanément individuelles et sociales. Le caractère social se définit, selon lui, par rapport à trois « logiques » définissant « l'idéo-logique » : une logique des différences qui ordonne les symboles, qui servent à penser le social, les uns par rapport aux autres (Héritier, 1984) ; une logique des références qui établit les relations entre cette logique des symboles et de l'ordre social ; et une logique de l'événement ou « chrono-logique » « qui soumet les rapports de sens constitués par les deux premières à l'évidence d'un rapport de force dévoilé par l'histoire » (Augé, *Ibid.*, p. 57) et qui correspond à la nécessité de prendre en compte simultanément l'évolution propre du symptôme et les réactions des groupes et des individus que cette évolution met en cause.

Pour ces auteurs, même si la maladie fait toujours l'objet d'une interprétation sociale, cela n'entraîne pas toujours l'existence, dans toutes les sociétés, de l'équivalent de ce qui fait un « système médical » dans les sociétés industrielles. Augé (1984) avait montré que les logiques qui régissent les constructions symboliques se réfèrent à un état du social et au régime historique. Il avait proposé de rapprocher les constructions sociales de la maladie, et plus généralement, les façons de penser le malheur et le mal, à partir d'une triple logique qui donne leur cohérence aux discours. La logique de la différence s'étaye sur une différence première, biologique, la différence de sexe, reproduite dans les systèmes de classification binaire. La logique de la référence introduit, dans les systèmes culturels, la place des rapports sociaux et de pouvoir. La troisième logique, celle du temps, la chrono-logique, renvoie au positionnement des événements dans l'histoire des individus et des groupes.

Dans son étude sur les Senufos de Côte d'Ivoire, Sindzingre (1984) définit deux causes : l'une *a priori* et l'autre *a posteriori*. La désignation des troubles et de leur cause relève de la causalité *a priori*, qui définit plus un ordre des possibles qu'un ordre nécessaire. Les symptômes entretiennent des rapports fluctuants avec leur cause. Le passage d'une cause à une autre est toujours possible quand les circonstances l'exigent. Ainsi, l'interprétation, le diagnostic et la thérapeutique peuvent être distincts, l'application

de la causalité n'étant pas évaluée sur des critères d'efficacité thérapeutique. C'est la raison pour laquelle « l'efficacité reconnue de la biomédecine occidentale n'affecte pas la pensée causale puisque celle-ci n'a justement pas cette efficacité, mais l'explication, pour fonction première » (Sindzingre, 1984, p. 122). Dans le même ordre d'idée, la notion de « cause » est souvent constitutive de la notion de maladie, selon Zempléni (1985). Pour lui, le diagnostic de maladie comporte quatre opérations et des questions correspondantes qui montrent la multiplicité des causalités :

- « - La reconnaissance du symptôme ou de l'état de maladie et de son éventuelle nomination : *de quel symptôme ou de quelle maladie s'agit-il ?*
- La perception ou la représentation de sa *cause* instrumentale : *comment* est-elle survenue ?
- L'identification éventuelle de *l'agent* qui en est responsable : *qui ou quoi* l'a produite ?
- La reconstitution de son origine : *pourquoi* est-elle survenue en ce moment, sous *cette* forme et chez *cet* individu ? » (Zempléni, 1985, p. 21). Il ajoute : « Dans cette terminologie [...], la *cause* est donc le *moyen* ou le *mécanisme* – empirique ou non – de l'engendrement de la maladie. *L'agent* est ce qui définit la *force efficace* qui la produit. *L'origine* est l'événement ou la conjoncture historique dont l'éventuelle reconstitution rend intelligible l'irruption de la maladie dans la vie des individus. » (*Ibid.*, p. 21). En plus, l'auteur reprend les notions de causalité *a priori* et *a posteriori* de Sindzingre.

Pour lui, la première constitue un ensemble d'énoncés *a priori* sur les connexions nécessaires ou possibles entre les divers symptômes et leurs causes, leurs agents et leurs origines. La seconde est constituée d'un ensemble d'élaborations souvent complexes, appelées « conjonctures étiologiques », que l'apparition, l'évolution ou la répétition de la maladie suscite et modifie à des moments donnés et dans des contextes sociaux donnés. Ces deux registres de causalité, « qui coexistent également dans toute médecine, ne se recouvrent pas et ne sont pas nécessairement congruents » (*ibid.*, p. 29).

Les travaux sur la sociologie de la maladie de Herzlich et *al.* (1991), insistent à nouveau sur la dimension sociale de la maladie, qui est un support du sens du rapport des individus à la société. La maladie « incarne notre rapport conflictuel au social » (Augé et Herzlich, 1984, p. 23). Ces auteurs insistent sur le fait que la maladie « entraîne toujours la formulation des questions ayant trait à ses causes [...] et encore plus à son sens : “pourquoi moi”, “pourquoi lui”, “pourquoi ici”, “pourquoi maintenant”. » (Herzlich, 1984, p. 201). Ces questions exigent des réponses qui dépassent le corps individuel et le diagnostic médical : « La réponse qui y est faite excède la recherche de cause et devient quête de sens.

» (Herzlich et Pierret, 1991, p. 134). Il ne s'agit pas d'une survivance, et ce besoin de sens ne s'exerce pas seulement dans les failles de la médecine. À travers les conceptions de la maladie, il est question de la société et du rapport de l'individu à la société. C'est la raison pour laquelle les représentations « profanes » de la maladie ne sont pas réductibles aux conceptions médicales et pathologiques : « Elles n'en sont pas un appauvrissement ou une distorsion. Elles se situent sur un autre plan et répondent à d'autres questions. Elles ne sont pas pour autant isolées et peuvent intégrer de nombreux éléments du savoir médical. En retour, la médecine est d'ailleurs moins dépendante qu'il n'y paraît du discours collectif. » (Herzlich, 1984, p. 207). La causalité de la maladie n'est pas indépendante du développement des modèles médicaux, cependant, elle n'y est pas vraiment subordonnée. La médecine se nourrit des observations issues de la pensée profane et la question du sens n'est pas totalement évacuée, même si elle est prise en compte.

Laplatine (1986, p. 77), dans ses travaux, fait une distinction entre modèles endogène et exogène de la maladie. Pour lui, dans le modèle exogène, la maladie est due à l'action d'un agent étranger au malade, qui vient de l'extérieur et s'abat sur lui. Il peut s'agir de « la volonté mauvaise d'une puissance anthropomorphe ou anthropomorphisée », comme un génie, ou un esprit, ou encore un agent nocif appartenant à l'environnement physique, chimique ou biochimique du sujet. Dans le modèle endogène, la maladie vient de l'intérieur même du sujet. Le malade est le plus souvent perçu comme étant responsable de la genèse de son état morbide. En psychiatrie, par exemple, il y'a une dichotomie entre dépression réactionnelle exogène et endogène pour illustrer cette dialectique du dedans et du dehors. De plus, il parle des rapports entre étiologie et thérapeutique, et il affirme que la représentation étiologique commande la représentation thérapeutique. Ici, pour bien soigner, il faut connaître la cause de la maladie.

Laplatine identifie deux constellations à partir de ses quatre modèles (ontologique, exogène, endogène et fonctionnel). La première constellation reprend la conjonction étiologique réunissant les modèles ontologique, exogène et maléfique : « C'est le système de représentation anthropologiquement le plus universellement partagé : la maladie résulte de la pénétration d'un élément étranger et hostile introduit de l'extérieur dans le corps ou l'esprit du malade. » (*Ibid.*, p. 235). « La guérison consistera alors logiquement en une opposition venant de l'extérieur combattre cette effraction [...], le malade ne participant pas directement à ce qui est pourtant son propre traitement. » (*Ibid.*, p. 236). La distinction normal/pathologique et la désignation du responsable, voire du bouc émissaire, sont de mise. La deuxième constellation est obtenue par la conjonction étiologique des modèles

endogène, fonctionnel et bénéfique. La maladie n'est plus perçue comme une réalité étrangère au patient. Elle vient de lui et « a une fonction valorisée ou, tout au moins, ambivalente qui doit être décryptée comme composante inéluctable de soi » (*ibid.*, p. 236). Quelles que soient les variations possibles à l'intérieur de cette conjonction (le modèle des névroses en faisant partie), « la maladie n'est pas le contraire de la santé, car il n'existe pas de maladie en soi, pas plus de santé en soi » (*ibidem.*, p. 236). Le traitement sera alors régulateur, accordant la priorité aux potentialités propres du malade.

Il ne faut pas oublier que la maladie exige « une interprétation qui n'est jamais purement individuelle : interprétation collective partagée par les membres d'un même groupe social, mais aussi interprétation qui, au sens propre, met en cause la société et parle de notre rapport au social. » (Augé et Herzlich, 1984, p. 22). Cette interprétation n'exclut pas forcément la compréhension du discours scientifique par les patients, comme le montre Bonnet (2001), dans sa recherche sur la drépanocytose en France. Dans les discours quant à la représentation de la maladie, il pouvait coexister un double discours, c'est-à-dire une connaissance du caractère génétique de la maladie et des interprétations basées sur la sorcellerie. L'adhésion des patients à ces représentations traditionnelles ou culturelles de la maladie ne doit surtout pas être perçue par l'équipe médicale comme un obstacle à la compréhension du discours scientifique, ni comme une entrave à l'alliance thérapeutique solide. Il peut y avoir divergence entre les modèles des patients et des médecins sans qu'il y ait occurrence. Au contraire, il est important de tenir compte des modèles explicatifs et des théories étiologiques des patients dans le dispositif de soins afin de favoriser l'alliance thérapeutique dans une perspective clinique, et de recherche.

Angermeyer (*Ibid.*), a travaillé sur la question des représentations des causes de la maladie. En effet, l'auteur constate que plusieurs travaux ont été menés sur les efforts que font les malades (stratégies et défenses) pour compenser la vulnérabilité qui découle de la maladie, et les symptômes psychiques à la base des maladies. Mais, peu de travaux se sont intéressés à ce qu'il nomme théories subjectives de la maladie, renvoyant aux perceptions quotidiennes. Il pose des questions directes concernant les causes envisagées de la maladie actuelle. Les résultats de son étude montrent que les causes de la maladie paraissent localisées, pour une large part, dans le passé récent des malades, pour la grande majorité en lien avec la solitude ou des événements de vie négatifs sur le plan familial ou professionnel. Ce qui ressort dans son analyse, c'est la référence à l'idée du stress, qui est présente à chaque fois. Celui-ci correspond à une charge psychosociale donnée pour responsable de la maladie fonctionnelle. Tous les éléments nommés (facteurs

psychosociaux, de personnalité, familiaux, biologiques, ésotériques) renvoient à un modèle élargi de stress, lequel englobe les événements négatifs, les problèmes familiaux et la pression exercée par le psychisme, par le cadre professionnel ou de formation, mais aussi l'absence de soutien social et la recherche d'une prise de distance vis-à-vis des contraintes du quotidien, avec une absence de la dimension biologique du stress.

Pour Angermeyer (1992), la prégnance du facteur stress peut avoir une explication au niveau du fonctionnement des sociétés dites modernes. Le stress envahit les discours publics sur la maladie et renforce les croyances en un lien entre l'exposition à des facteurs de stress et la manifestation d'une maladie. Le climat socioculturel y pousse d'ailleurs, dans nos sociétés, par la tendance à psychologiser les difficultés individuelles et collectives. Donc, il y a une forme d'inséparabilité entre stress et vie en société, qui fait partie intégrante du savoir social, et les troubles psychiques et autres dépressions nerveuses trouvent là une explication à la fois plausible et socialement acceptable.

Balsamo (1997) remarque qu'avec la migration, les modèles culturels de référence sont malmenés et de nouvelles stratégies identitaires émergent. Les femmes de mon étude ressentent le besoin de s'intégrer et d'être acceptées. Donc, elles récusent ou nient les soins traditionnels, raison pour laquelle, elles tendent à s'adapter au modèle culturel du pays d'accueil. La rencontre avec l'équipe médicale au moment de la prise en charge en AMP les met mal à l'aise et leur donne l'impression d'être jugées. Cela a pour conséquence que les femmes relèguent les savoirs traditionnels à une dimension négative, voire occultée, tout en s'accommodant très facilement de la prise en charge biomédicale qui est la seule proposée¹⁶.

¹⁶ Cela fait référence à notre étude intitulée : « Clivage ou syncrétisme médicale dans la prise en charge des femmes migrantes en contexte migratoire ». Elle a été menée dans le cadre de la validation du DU de psychiatrie et compétences transculturelles, promotion « Colibri » de 2016-2017.

2. DE LA CULTURE AUX REPRÉSENTATIONS CULTURELLES

2.1. La notion de culture

Dans son livre *Totem et Tabou*, Freud (1913) énonce la notion de l'universalité du complexe d'Œdipe à travers l'existence d'un mythe fondateur. Sa théorie a été fortement contestée ; mais Freud a eu le mérite d'avoir théorisé l'universalité de l'inconscient et de souligner l'existence d'une transmission transgénérationnelle d'un sentiment de culpabilité (Patuard, 2007).

Malinowski (1944), dans ses travaux sur les sociétés matrilineaires des îles Tobriand, décrit les fonctions de l'universalité du complexe d'Œdipe selon les spécificités des sociétés qu'il a étudiées. Il élabore une théorie très controversée dite « théorie des besoins ». Pour lui, les éléments constitutifs d'une culture auraient pour fonction de satisfaire les besoins essentiels de l'homme. En d'autres termes, il met en place la théorie fonctionnaliste selon laquelle la culture a pour but essentiel de répondre aux besoins psychologiques de l'homme. L'universalité psychique n'est plus, au sens freudien, une universalité structurante autour du complexe d'Œdipe, mais, une universalité des besoins qui trouve une réponse à travers la culture.

Le courant culturaliste cherche à cerner comment les cultures s'incarnent chez les individus en exerçant une influence déterminante sur la formation de leur personnalité et de leurs comportements. Dans ce courant, la culture est théorisée comme un tout cohérent, avec ses caractéristiques propres. Elle offre un modèle culturel inconscient de ressentir et d'être des individus qui composent la société qu'elle spécifie. Les travaux de Margaret Mead (1928, 1931) mettent en avant la place prépondérante de l'éducation des enfants, des représentations, des affects et des soins de puériculture comme moteur essentiel de la transmission culturelle. Mais, elle conçoit les cultures comme des totalités autonomes en favorisant le particulier au lieu de l'universel. Ce qui semble difficile à travers cette question du particularisme culturel, c'est de théoriser la notion de métissage qui peut être considérée comme obsolète (Moro, 2004).

Mauss (1899) montre que la culture a une fonction symbolique qui se transmet à

travers les mythes, les rites et les croyances. Avec lui, il est possible de comprendre que l'efficacité symbolique de la culture est matérialisée par des signifiants culturels, notamment par des rites qui impliquent des mythes. En développant la notion de don, l'auteur montre que l'efficacité symbolique de la culture vient rappeler au sujet sa condition d'être humain mortel et permet de ne pas cultiver le fantasme d'immortalité. Le don est une expérience de donner et de recevoir, il permet l'échange social et l'évitement des conduites agressives (Mauss, 1930).

Nathan (1986) propose un modèle sur la culture externe/culture vécue à partir de ses travaux effectués sur des migrants ayant perdu leur cadre culturel d'origine. En effet, la perte de cet univers culturel favorise les dysfonctionnements qu'elle entraîne au niveau psychique, l'importance de cette culture vécue. Le sujet possède un cadre culturel externe et se constitue un cadre culturel interne de nature psychique. Ce cadre culturel externe pour conserver toute la souplesse d'un processus, doit continuer de s'appuyer sur un cadre culturel interne dans un rapport d'homothétie avec la structure intériorisée (Nathan, 1986a, 1986b). La culture a une fonction d'étayage systématique qui participe à la construction du fonctionnement intrapsychique de l'individu.

La culture permet la prescription de code et de limite au sein d'un groupe d'appartenance. Ainsi, la culture définit le rythme de vie, les habitudes, les limites de contact et distances corporelles, les tabous sexuels, la retenue et l'exubérance des gestes (Correa, 2005, p. 160). Dès lors, la culture propose, à travers la dispense du sens, un réseau d'énoncés, de croyances, de mythes et légendes, des représentations qui permettent l'association.

Pour Moro (1994), la culture structure l'individu par l'intermédiaire de « patterns culturels » transmis. Ces patterns constituent une véritable logique culturelle pouvant être transmise. Le concept de cadre est complété par celui d'enveloppe et de « Moi peau » développé par Anzieu (1985). Le « Moi peau » est une structure limitante et contenante, une enveloppe psychique vivante. Cette enveloppe, pour assurer sa fonction, a besoin d'un appui réciproque sur un corps vivant, un groupe social vivant, et c'est là l'apport de l'ethnopsychiatrie, un groupe culturel vivant. La culture permet le codage de l'ensemble de l'expérience de l'individu, en anticipant le sens de ce qui peut survenir, et la maîtrise de la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens. La culture met à disposition du sujet une grille de lecture du monde qui l'entoure. Ce codage est un processus constitué d'inférences complexes : inférences ontologiques mais aussi inférences de causalité permettant de donner un sens à un événement répertorié. Comme dans chaque culture, il existe des « modèles de normalité » et des « modèles d'inconduite » au sens de Linton,

(1936). C'est-à-dire des « manières normales » d'être « normal » et « anormal », des critères de « normalité » et de « folie » (Sindzingre, 1989). Ces modèles, dont la logique est culturellement autorisée, sont purement implicites et par ce fait souvent partagés entre le patient et le thérapeute.

Dans la migration, la culture d'appartenance reste un élément important pour les femmes, afin de pouvoir se construire une identité métisse. Lors de la prise en charge, certaines femmes évoquent les soins traditionnels dans les entretiens de recherche ¹⁷ comme quelque chose de culturellement admis et accepté dans leur culture d'origine. Alors qu'en migration, la prise en charge médicale reste prioritaire sur tous les autres soins. Cependant, les soins traditionnels se vivent en termes de potentialité à ne pas négliger, tout en mettant en avant ce métissage dans le soin.

2.2. L'acculturation

Selon Rudmin (2003), l'acculturation est une expérience humaine ancienne et probablement universelle. La première théorie de l'acculturation a été proposée par Thomas et Znaniecki (1918), qui ont travaillé sur les valeurs et attitudes d'immigrants polonais aux États-Unis ainsi que de paysans en Pologne. Par la suite, Redfield, et *al.*, (1936, p. 149) ont défini l'acculturation comme « l'ensemble des phénomènes résultant d'un contact continu et direct entre groupes d'individus appartenant à différentes cultures, et aboutissant à des transformations qui affectent les modèles culturels originaux de l'un ou des deux groupes ». Bien que les changements soient mutuels, il existe généralement un « groupe dominant » qui jouit d'une influence culturelle plus forte que l'autre groupe, et un « groupe dominé », souvent composé de migrants et de leurs descendants (Berry et Sam, 1997).

Berry (1989), en proposant le concept d'acculturation psychologique, tente de rendre compte de la dynamique dans laquelle se trouve une personne en situation interculturelle, en repérant ses dispositions psychologiques face à sa propre culture et face à celle de la culture d'accueil, ainsi que les effets de l'acculturation sur son identité, qu'il résume en quatre stratégies. Pour l'auteur, le résultat d'un contact prolongé se limite à l'addition et/ou la soustraction de traits culturels par rapport à un ensemble de traits déjà présents chez l'individu avant la rencontre interculturelle.

¹⁷ Ces soins traditionnels sont évoqués dans la catégorie « Les itinéraires thérapeutiques », dans la sous-partie « Analyse transversale par théorisation ancrée ».

L'individu intégré culturellement deviendra au fil du temps « biculturel », ajoutant à son répertoire de nouvelles valeurs et manières d'être, et il apprendra de nouveaux comportements adaptés à son nouvel environnement. Les deux systèmes cohabiteraient dans son psychisme.

Parmi les modèles théoriques proposés pour l'étude de l'acculturation, celui de Berry (2005) est le plus référencé. Il est nommé modèle bidimensionnel, et postule que pour les migrants, le processus acculturatif se résume dans le choix entre, d'une part, le maintien de leur héritage culturel et de leur identité, et, d'autre part, la recherche et le maintien d'échanges avec le groupe d'accueil. De ce fait, quatre stratégies en découlent :

- L'assimilation est un concept qui rencontre un certain accord auprès des chercheurs et renvoie à l'adoption de la culture de la société d'établissement. Pour certains auteurs (Berry, 1997 ; Camilleri, 1994), cela nécessite le renoncement à sa culture d'origine. En d'autres termes, le migrant adopte des éléments de la culture d'accueil et s'éloigne de ceux de sa culture d'origine.

- L'intégration se produit lorsqu'il maintient des éléments de sa culture d'origine tout en empruntant ceux du groupe d'accueil. Camilleri (*ibid.*) définit l'intégration comme une formation identitaire résultant de la manipulation diverse de deux codes culturels en présence. Cette formation permet au sujet « d'éliminer dans ses rapports avec l'environnement étranger, les tensions dues aux différences des groupes en présence, tout en restant ancré de façon variable dans ses anciennes références » (Camilleri, *op. cit.*, p. 30). Il s'agit ici d'une réalité intrapsychique qui a des répercussions dans les rapports interpersonnels en ce qu'elle les facilite. D'autre part, Berry et *al.* (1987) définissent l'intégration comme le développement de relations interethniques tout en maintenant son identité et ses caractéristiques culturelles. Il s'agit alors d'une réalité interpersonnelle en ce que le changement semble intervenir à un niveau relationnel plutôt qu'à un niveau intrapsychique.

- La séparation consiste à conserver plus ou moins intact son héritage culturel et à éviter les échanges avec le groupe d'accueil.

- La marginalisation désigne le cas où le migrant n'établit de relation, ni avec le groupe d'accueil, ni avec celui d'origine. Dans ce cas, Bourhis et Bougie (1998), parlent d'individualisme pour souligner la volonté du sujet migrant à se déterminer seul, en dehors du clivage origine *versus* accueil. Mokoukolo et Pasquier (2008, p. 58) pensent que, « confrontés à une même pression acculturative émanant de la société d'accueil, tous les individus n'adoptent pas les mêmes stratégies d'acculturation », même si les travaux

empiriques montrent que l'intégration est la plus utilisée et la marginalisation la moins fréquente (Berry et Sam, 1997 ; Pham et Harris, 2001 ; Rudmin, 2003).

Bastide (1971) considère que l'acculturation n'est pas seulement le passage d'éléments d'une culture à l'autre, mais un processus continu d'interaction entre groupes culturellement différents. Comme l'acculturation ne touche pas toute la population, elle ne change pas non plus tous les traits ; l'auteur parle alors de réaction en chaîne : « Ce ne sont jamais des cultures qui sont en contact, mais des individus », dit-il pour montrer que celle-ci s'opère grâce au processus sociologique (elle dépend des traits culturels susceptibles de subir des modifications et donc d'évoluer dans le sens de l'acculturation) et individuel (elle est tributaire de l'intérêt global que l'individu manifeste pour des modèles proposés). Ainsi, Bastide (*ibid.*) avait noté, en insistant sur le fait que ce ne sont jamais des cultures mais des individus culturellement différents qui se rencontrent, deux modes de gestion psychologique du changement culturel (acculturation matérielle et acculturation formelle).

Selon Bonte et Izard (2000), la notion d'acculturation se définit comme le processus de contacts culturels au travers duquel une société assimile ou se voit imposer des traits ou un ensemble de traits d'une société. Cependant, si cette notion tend à décrire le changement culturel dans la migration, ce n'est que le point de vue d'une seule des deux sociétés en présence. Cela fait référence à la notion de culture cible et de culture source.

L'acculturation serait toutefois assez différente selon les cas, et on peut alors s'intéresser à la distinction que fait Bastide (1970) entre l'acculturation matérielle et l'acculturation formelle. L'acculturation matérielle affecte les contenus de la conscience psychique mais laisse intacte la base originelle, l'acculturation formelle transformant, elle, les « structures perceptives, mnémoniques, logiques et affectives » (Abou, 1981, p. 70). On peut alors imaginer que l'acculturation pourra toucher plus ou moins profondément l'individu, l'acculturation formelle modifiant totalement les manières de percevoir et de raisonner, entraînant un nouveau mode de pensée, synthèse des deux cultures d'origine, et renvoyant souvent aux enfants de deuxième génération.

L'acculturation est un terme qui décrit un phénomène dynamique, un processus en cours de création. Elle ne doit surtout pas être confondue avec l'assimilation, qui est la perte totale de la culture d'origine au profit de l'intériorisation complète de la culture du pays d'accueil chez un groupe de personnes ou un individu. Nous devons souligner aussi que la diffusion n'est qu'un des processus d'acculturation, car même s'il y a diffusion dans un processus d'acculturation, il peut y avoir diffusion sans contact continu et direct. Donc, la transformation de la culture initiale s'effectue par sélection d'éléments culturels

empruntés. Autrement dit, dans ce processus, d'anciennes significations sont attribuées à de nouveaux éléments, et à l'inverse, de nouvelles valeurs modifient la signification culturelle de formes anciennes. Ici, les éléments techniques et matériels d'une culture sont plus aisément transférables que les éléments symboliques tels que la religion et les idéologies.

Pour certaines femmes migrantes africaines de cette étude, il pourrait s'agir d'une forme « d'acculturation réussie », au sens de Stork (1995), qui est l'alliance harmonieuse de comportements traditionnels avec des conduites relevant de la modernité, tels les recours pertinents aux services sanitaires du pays d'accueil¹⁸. En effet, elles intègrent certains éléments culturels du pays d'accueil sans pour autant ignorer les éléments culturels propres à leur culture d'origine. Ces femmes considèrent la prise en charge médicale faite en AMP comme le seul moyen d'aboutir à la maternité. Mais en cas d'échec, elles ont recours à la thérapie traditionnelle au pays. Ce qui favorise un double itinéraire thérapeutique, le plus souvent, le traitement médical étant le premier qu'elles engagent. À travers les conseils de la famille ou des proches, elles entreprennent parallèlement les soins traditionnels.

Pour d'autres, elles ignorent voire même rejettent les thérapies traditionnelles pour ne tenir compte que de la médecine moderne, ce qui peut être qualifié comme une forme d'assimilation de la culture d'accueil. Elles critiquent ces thérapies qui, selon elles, « *peuvent être nocives pour l'organisme de la femme et provoquer d'autres maladies, car on ne connaît pas la composition des médicaments* » (entretien, Mathilde, Béninoise, 29 ans). En effet, la durée du séjour peut impacter négativement les représentations du soin traditionnel. Ici, plus le temps passe, plus les thérapies traditionnelles sont niées voire mises de côté. Falander (1983), dans son étude chez des mères sépharades d'Afrique du Nord vivant en Israël depuis moins de deux ans ou plus de trois ans, montre que la durée de l'immigration a des effets sur les interactions mère-enfant. En fait, les femmes arrivées il y a moins de deux ans sont moins maternantes que celles arrivées il y a plus de trois ans. Tout ceci pour montrer l'impact de la durée du séjour sur les processus d'acculturation.

¹⁸ Stork (1995), décrit trois types d'acculturation dans le maternage en milieu migrant :

L'acculturation réussie : c'est l'alliance harmonieuse de comportements traditionnels avec des conduites relevant de la modernité telles que les recours pertinents aux services sanitaires du pays d'accueil. Cette démarche existe chez des mères ayant reçu une éducation traditionnelle dans le pays d'origine, le père et la mère gardant des liens avec le pays d'origine.

La semi-acculturation : les mères adoptent des attitudes de plus en plus occidentales, sans avoir oublié les références traditionnelles.

La déculturation : elle s'observe chez des mères n'ayant pas eu d'initiation au maternage dans le pays d'origine, et souvent isolées.

2.3. La notion de théorie étiologique

Moro (1994) définit les théories étiologiques à partir de l'anthropologie de la maladie. Ce sont des énoncés culturels sur les causes de la maladie, mais aussi sur son sens. « Ils sont constitués d'un corps organisé d'hypothèses qui n'appartiennent pas à l'individu. Elles sont mises à sa disposition par son groupe d'affiliations et sont transmises sous de multiples formes : par l'expérience, par le récit, par les énoncés non langagiers comme les rituels, par les techniques du corps, par les techniques de soins [...]. Ces énoncés sont des mécanismes traditionnels de production de sens [...]. » L'individu peut se les approprier totalement ou partiellement, à un moment donné de sa vie, quand il en a le plus besoin. « Ce sont des mécanismes de production de sens *in fine* individuels, et donc très variables de l'un à l'autre et très mouvants dans le temps. » (Moro et Baubet, 2003, p. 183). « Les théories étiologiques sont des "formes vides" suffisamment générales et implicites pour être pertinentes à tous les individus d'un même groupe culturel. » (Moro, 1994, p. 83). L'étiologie n'est jamais loin de la thérapeutique, car « toutes théories étiologiques énoncées impliquent *ipso facto* une technique de soins particulière » (*ibid.*, p. 84). Les théories étiologiques ont une fonction dynamique, l'identification de la cause imposant une procédure. « L'efficacité est dans la procédure et non dans le contenu de l'énoncé lui-même. » (*Ibidem*, p. 84).

Plusieurs anthropologues tels que Bonnafé (1985), Dozon et Sindzingre (1986), ont précisé les transformations rapides des sociétés africaines et le paradoxe du syncrétisme. En effet, la migration vers les villes urbaines a conduit l'Afrique noire à abandonner le culte des ancêtres au profit de l'islam et des techniques de la médecine occidentale. Cette migration, favorise une modification des inférences étiologiques avec un recours important à la sorcellerie, là où, auparavant, on évoquait les règles par rapport aux ancêtres (Bonnafé, *ibid.*). De plus, la présence des structures sanitaires, éducatives et économiques implantées par la modernité s'accompagne d'une prolifération des institutions locales comme le « culte thérapeutique », les « églises syncrétiques », les « prophétismes », mais aussi, d'un accroissement des interprétations en termes de sorcellerie (Dozon et Sindzingre, *ibid.*). Toutes ces situations favorisent la persistance de formes traditionnelles malgré l'introduction intrusive de la modernité dans ces sociétés d'Afrique noire, la multiplication des interactions entre logique traditionnelle et logique occidentale et la possibilité de création de nouvelles formes à partir de ces interactions. Dans la migration, les femmes infertiles créent en effet cette interaction entre logiques occidentales et logiques

traditionnelles, mais uniquement lorsque les logiques occidentales prouvent leurs limites. Les femmes retournent vers les thérapies traditionnelles dans le but de prolonger les effets des médicaments et non de les annuler. Elles partent consulter avec le diagnostic donné par le médecin et cherchent des traitements pour pallier l'infertilité.

En d'autres termes, les théories étiologiques liées à la représentation de l'infertilité chez la femme migrante se développent lorsque la médecine moderne montre ses limites pour rendre compte et traiter le dysfonctionnement, c'est-à-dire les malheurs qui s'abattent sur le couple. Ces théories ont pour but de donner un sens culturellement acceptable au désordre concernant la maladie. Elles sont contenues dans un corpus constitué et structuré qui permet de déterminer des causalités et des sens culturellement représentables. Normalement, « les procédures mises en œuvre dans cette recherche étiologique peuvent être : des actes divinatoires (lecture des cauris, des kolas, du sable, utilisation des lanières, des souris...) en Afrique noire [...], des inférences liées à des indices physiques ou psychiques particuliers [...], des réunions de l'ensemble du système familial [...] la recherche d'une causalité efficiente (c'est-à-dire qui produit des modifications) fait donc appel à des procédures techniques d'identification dont les guérisseurs sont en général dépositaires» (Moro, 1994, p. 202). Cependant, avec le phénomène d'acculturation, certaines femmes migrantes recherchent plutôt des thérapies qui produisent des modifications de leur état d'infertilité. Elles les utilisent comme prolongement des soins médicaux.

J'insiste sur le fait que la représentation n'est pas forcément quelque chose de « purement mental », comme le définissent les sciences, la religion, voire même la philosophie. Elle concerne les pratiques au sein d'un groupe social, la façon de vivre, les techniques corporelles, et les croyances en vigueur au sein du groupe. Par exemple, il va sans dire que l'importance des représentations culturelles n'est guère perceptible dans la situation où le chercheur et le patient partagent la même culture, car ils s'accommodent l'un et l'autre des mêmes nécessaires illusions. Devereux (1967) avait déjà souligné cela. La clinique des personnes migrantes, j'entends ici, les femmes migrantes demandeuses d'AMP qui subissent les effets des différences culturelles, devrait nous inciter à entendre les différences, les représentations et le vécu de la migration et de la prise en charge. Comment le chercheur peut-il se passer d'interroger cet étayage culturel ? Car celui-ci est fondamental vis-à-vis du discours et du fait social et culturel dans la rencontre entre deux personnes de cultures différentes.

2.4. La notion de système de soins et de modèle explicatif de la maladie

Selon Kleinman (1980), la notion des systèmes de soins rassemble le réseau des réponses aux problèmes humains entraînés par la maladie : croyance étiologique, choix des traitements, statuts et rôles légitimés socialement lors des actions sur le malade, relations de pouvoirs qui les accompagnent. Ce sont des systèmes sociaux et culturels qui construisent la réalité clinique de la maladie. En dehors du facteur culturel, d'autres facteurs, politiques, économiques, sociaux, historiques et environnementaux, modèlent leurs formes et jouent un rôle capital dans leurs constructions. Le système de soins est composé de trois secteurs qui se chevauchent :

- Le « secteur populaire » est le plus important, mais néanmoins le moins étudié ; c'est le lieu de l'identification du trouble et de ses retentissements, de l'automédication, des conduites préventives. C'est à partir de ce secteur que le sujet malade décide ou non de s'adresser aux secteurs professionnel et traditionnel.
- Le « secteur professionnel » est le plus puissant de tous ; il concerne la médecine scientifique moderne, et il est fortement auto-centré. C'est le plus puissant en raison principalement de son haut degré d'institutionnalisation.
- Le « secteur traditionnel » est formé de non-professionnels sur la question ; il peut souvent s'élargir vers la religion et le sacré. L'auteur insiste sur le fait que c'est le système pris dans sa totalité qui soigne, et pas seulement les thérapeutes.

Kleinman (1980) rappelle la dichotomie qui existe entre la maladie-*disease* et la maladie-*illness* d'Eisenberg (1977), proche de la séparation faite auparavant par Canguilhem (1966) entre « maladie du médecin » et « maladie du malade ». Selon l'auteur, la maladie-*disease* se réfère à un dysfonctionnement d'un processus biologique et/ou psychologique, et la maladie-*illness* se réfère à l'expérience psychosociale de la maladie et à sa signification. Tous les symptômes de la maladie étant modulés à travers l'expérience de l'*illness*. Il rajoute le terme de *sickness* qui désigne la réalité sociale de la maladie avec l'entourage du patient. Cependant, il semble illusoire de vouloir maintenir une distinction entre les représentations profanes de la maladie et celles professionnelles, car il y a une forme d'influence réciproque entre les deux formes de représentations.

Dans chaque système de soins, la maladie est perçue, nommée, interprétée, et un type spécifique de soins est appliqué. Le sujet malade rencontre différents discours sur la maladie lorsqu'il passe d'un secteur à un autre. La structure propre à chacun des secteurs d'un système de soins donné conditionne l'expression de la souffrance et les attentes

thérapeutiques des malades. Kleinman (*ibid.*) définit l'existence, dans chaque secteur, de modèles explicatifs de la maladie pour l'individu malade, sa famille et le praticien, qu'il soit professionnel ou non. Seule une partie du modèle reste consciente, le reste demeurant dans la sphère inconsciente. Les modèles explicatifs ont pour objectif d'expliquer la maladie selon cinq critères : l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble (chronique, aigu, y compris les degrés de sévérité) et le traitement. Ils doivent être différenciés des croyances générales concernant les maladies et les techniques de soins qui, elles, appartiennent à l'idéologie des différents secteurs du système de soins et restent indépendantes de la maladie du sujet. Les modèles explicatifs sont institués comme une réponse à un épisode de maladie chez un sujet dans un secteur bien précis. Le modèle explicatif permet de renouveler la réflexion sur l'observance. Une issue thérapeutique satisfaisante peut être obtenue même si les modèles (patient/médecin) ne sont pas identiques ; il reste cependant, important que l'un comme l'autre aient énoncé et explicité leurs modèles. Il ajoute que le modèle explicatif tient compte des dimensions interpersonnelles et subjectives du sujet. Cette étude a ouvert un champ de recherche autour des interactions entre patients et médecins dans différents secteurs du système de soins. Cependant, des critiques ont été émises sur des aspects jugés trop cognitivistes.

Young (1982) pense que la notion de modèle explicatif de la maladie construit un « homme relationnel » caractérisé par l'absence de différence entre son discours manifeste et ses intentions latentes. Puis, de par son savoir s'appuyant sur l'expérience, il va écarter les contradictions éventuelles en utilisant un raisonnement de type déductif et inductif. En effet, avec ce modèle, quand l'« homme relationnel » tombe malade, il n'est plus capable de se représenter les événements de sa maladie qu'en termes de causalité. Ainsi, il peut tenter de prédire et de contrôler ce qui lui arrive en ayant une conduite pragmatique et logique par rapport aux soins qui lui sont proposés. Plus tard, Kleinman (1988, 1995) nuance son modèle en disant que les modèles explicatifs ne sont pas des représentations cognitives figées dans le temps, mais peuvent changer au cours du temps, voire se contredire.

À la suite de sa critique, Young (*ibid.*), propose une nouvelle approche ; pour lui, les récits de la maladie relèvent de trois formes distinctes de structure de connaissance exprimée dans le discours des patients :

- Des modèles explicatifs se réfèrent aux symptômes et aux représentations de la maladie vue en termes de cause à effet et en lien avec l'étiologie, la physiopathologie, l'évolution et

le traitement proposé, souvent structuré comme le savoir biomédical.

- Les prototypes sont des événements passés qui servent d'exemples au patient. Le sujet raisonne de façon analogique, à partir d'une ressemblance d'expérience passée de la maladie ou de celle d'un proche auquel il s'identifie partiellement.
- Les chaînes complexes impliquent une série d'événements ayant permis au sujet d'aboutir à, cette situation. Ces événements ne sont pas toujours organisés en fonction des liens de causalité, mais en fonction de rapports de contiguïté temporelle. Ils ne permettent pas au sujet, contrairement aux « prototypes », d'anticiper l'évolution. Ces structures de connaissance coexistent et peuvent être utilisées de façon différente selon les individus, les cultures et le type d'interaction sociale en jeu.

Good (1977) regroupe un ensemble de réseaux sémantiques qui lient le vécu des troubles et les représentations des patients, de l'équipe soignante et de toute autre partie concernée par la maladie. Les réseaux sémantiques des profanes, comportent de multiples sens, sont vagues et quelquefois changeants. Toutefois, ils ne sont pas pour autant invalidés par l'expérience, mais plutôt souples et imprécis pour ne pas être infirmés par l'évolution du trouble. Donc, ces modèles sont le moyen principal de construction de la réalité clinique. Dans la migration, les femmes utilisent certains modèles (sorcellerie, mauvais œil, malédiction...) pour expliquer les causes de cette infertilité. Sur le plan clinique, on dirait que ces modèles ont pour objectif de minimiser l'angoisse et la projeter sur la personne désigné comme le persécuteur.

3. MIGRATION ET AMP

Le terme « migration », qui est un continuum allant d'une migration volontaire et choisie à une migration forcée et subie, désigne le déplacement d'une personne ou d'un groupe d'un endroit à un autre sous l'influence de certains facteurs qui restent très variés. Dans ce que nous nommons migration, nous retrouvons la situation d'exil qui est forcée car la personne est menacée dans son intégrité physique et/ou psychique. On la définit comme la « situation de quelqu'un qui est obligé de vivre ailleurs que là où il est habituellement, ou aime vivre »¹⁹, mais aussi comme la « mesure qui consiste à expulser quelqu'un hors de son pays avec l'interdiction d'y revenir; état qui en résulte »²⁰. Pour les personnes qui émigrent, les conditions de la migration sont diverses. Je m'attarderai sur quelques-unes de ces situations qui permettront de comprendre ce phénomène.

La migration proprement dite, c'est-à-dire celle qui donne lieu à la qualification des personnes en tant qu'« émigrants » ou « immigrants », est celle par laquelle le déménagement se réalise d'un pays à un autre, ou d'une région à une autre, suffisamment lointaine et différente, pour un temps suffisamment prolongé, et qui implique le fait de « vivre » dans un autre pays, et d'y développer les activités de la vie quotidienne (Grinberg et Grinberg, 1986, p. 31-32).

En termes de définition, je retiendrai celle de Duchesne (2014) car les critères de définition englobent toutes les caractéristiques des personnes que j'ai rencontrées en AMP durant l'étude. Le « migrant » ou la « migrante » désigne ici à la fois les immigrants et immigrantes résidant et travaillant en France (avec ou sans titre de séjour), ainsi que les femmes et les hommes, y compris les couples en « mobilité transnationale » pour des raisons procréatives, résidant et travaillant dans un autre pays d'Afrique subsaharienne, venus en France avec un visa touristique court séjour (Duchesne, *op. cit.*, p. 136).

« La migration est un phénomène dynamique, pourtant, les récits entendus nous font penser que même choisie, les raisons de la migration sont ambivalentes : désir de partir et peur de quitter les siens, modalités de résolution de conflits familiaux et aboutissement d'une trajectoire de rupture ou d'acculturation à l'intérieur de son propre pays [...] La migration, c'est là sa grandeur existentielle, est un acte complexe qui ne peut être réduit aux catégories du hasard ou de la nécessité. » (Moro, 1994, p. 80).

¹⁹ Le Petit Larousse illustré (1994), p. 418.

²⁰ *Ibid.*

Le développement de cette partie a pour objectif de clarifier quelques grands axes théoriques concernant la notion de migration. Tout d'abord, il faut savoir que les écrits concernant des populations dites migrantes sont divers et que le vécu migratoire demeure unique et quelque fois complexe. Au sein de ce chapitre, j'aborderai les aspects théoriques, la question de la migration en termes de deuil et de traumatisme. Ensuite, je m'intéresserai à la notion d'acculturation car celle-ci est importante vu que le sujet migrant quitte sa culture d'origine pour assimiler celle du pays d'accueil. Et enfin, j'évoquerai quelques travaux sur la question de la migration et de l'AMP.

3.1.Aspects théoriques sur la migration

Migrer, qui est un phénomène pluridisciplinaire (sociopolitique, économique, voire psychosocial), constitue toujours un événement complexe qui correspond à des motivations psychologiques conscientes et/ou inconscientes, intriquées mais variables chez les individus, ce qui rend l'histoire migratoire différente. En effet, les motifs de la migration sont souvent socio-économiques, politiques, voire même, sanitaires ou psychologiques. Donc, la décision de migrer répond à différentes motivations qui s'inscrivent dans une temporalité particulière, entraînant des modifications dans des espaces économiques, politiques, écologiques, familiaux et communautaires spécifiques. Pour revenir sur les motivations psychologiques, nous savons qu'elles ont deux niveaux : conscient et inconscient. Sur le plan des motivations conscientes, « la décision de migrer, acte hautement solitaire, est l'aboutissement d'un rêve à plusieurs où le futur pays récepteur est idéalisé, les difficultés minimisées, dans le climat de véritable contagion psychologique. [...] le départ du migrant est autant une quête de soi-même qu'une tentative de reconquête de sa dignité par le travail et l'argent » (Moussaoui et Ferrey, 1985). Les motivations inconscientes, toujours complexes, sont très variées, mais l'expérience montre qu'en faisant ce choix, le migrant s'est souvent placé du côté de la vie, pour tenter d'échapper à un contexte mortifère : contexte familial dysfonctionnel, emprise parentale, refus du système de valeurs familial, etc. Parfois, la migration est entreprise comme un acte « auto-thérapeutique » au travers duquel le sujet pourrait en quelque sorte « renaître », par exemple en s'auto-infligeant un nouveau trauma dans le but d'en annuler un plus ancien, ou bien encore de s'éloigner de sa famille pour asseoir la fonction paternelle, ou de mettre en jeu le fantasme d'être orphelin (Grinberg et Grinberg, 1986).

Ainsi, pour d'autres auteurs comme Baubet et Moro (2003), migrer constitue

toujours un acte complexe qui correspond à toute une série de motivations conscientes et inconscientes, intriquées, en proportion variable, chez chaque individu, rendant chaque histoire unique. Elle constitue un acte au déterminisme complexe ayant des incidences psychiques variables nécessitant toujours un travail d'élaboration, et un élément de la trajectoire du sujet ayant eu bien sûr une vie « avant » la migration, dont il faut tenir compte. Cependant, le sociologue Sayad (1999) a dénoncé fort justement, dans ses travaux, la tendance à oublier « l'émigré » derrière la figure de « l'immigré ». On met de côté le fait que l'« émigré » a une histoire avant la migration. Cela a pour conséquence d'ignorer le « pré-migratoire », tout ce qui est en amont de l'acte migratoire, que ce soit sur le plan collectif (contexte social et politique) ou individuel. Et lorsqu'on contextualise le phénomène migratoire en termes de temps et de pays d'origine comme on clive le migrant en fonction d'une partie de son histoire (avant et après la migration), on s'expose à considérer la population des immigrants comme une simple catégorie, et l'immigré comme un pur artéfact ou un produit.

Moro (2003) parle de trois dimensions qu'il faut prendre en compte dans l'appréciation du facteur psychosocial qu'est la migration : le contexte (politique, économique et familial), la culture (d'appartenance et d'accueil) et la communauté (du pays et/ou de l'exil). C'est l'intégration de ces trois dimensions qui permet au chercheur et au clinicien de comprendre les configurations de facteurs de vulnérabilité et de protection. Le migrant trouve dans son environnement des tiers qui lui servent d'initiateurs, de guides dans un nouveau monde. Il peut s'agir d'un soignant ou d'un parent ou ami avec qui il partage les mêmes référentiels ou pas. En milieu hospitalier, le soignant peut endosser ce rôle afin de maîtriser ce risque transculturel, et le transformer en nouvelles formes de vie (Moro et Baubet, 2003).

Toutefois, la migration induit une situation de crise qualifiée de subjective à travers la discontinuité spatio-temporelle qu'elle engendre. C'est en développant certains aspects fondamentaux de la crise que Thom (1976) définit la crise comme une perturbation temporaire des mécanismes de régulation d'un individu ou d'un ensemble d'individus. « Il suit de cette perturbation, et de son retentissement subjectif, que la crise comporte une menace aiguë pour l'intégrité du sujet, une menace de mort [...] toute crise peut être génératrice d'angoisse qui fonctionne comme un signal d'alarme activateur de mécanismes d'extinction de la crise. »²¹. Dans sa définition, Thom insiste sur le caractère éminemment subjectif de la crise. La crise demeure un état de perturbation de l'homéostasie, c'est un

²¹ Thom, R. (1976). Crise et catastrophe. *In Communication*, n°25, pp. 34-38.

moment de rupture par rapport à l'état d'équilibre antérieur. Thom (*op. cit.*) et Erickson (1968)²² pensent qu'il existe deux sortes de causes aux crises : celles dites externes, imputables à l'environnement (en lien avec le manque d'un objet, ou quand la pluralité d'objets suscite la mobilisation d'antagonismes...); et celles dites internes, en lien avec des crises du développement, selon Ericsson (*ibid.*), qui apparaissent au cours de la croissance (crise de la naissance, crise du huitième mois du nourrisson, celle de la puberté et de l'adolescence, et enfin celle en lien avec le milieu de la vie).

La crise est vécue en termes de rupture, de perte de cohérence dans la relation à l'autre et à soi, mais de façon subjective ; avec la rupture, l'état de continuité doit cesser. Kaës (2004, p. 23) affirme que « [...] cette expérience de la rupture vient, pour le sujet, mettre en cause douloureusement la continuité de soi, l'organisation de ses identifications et idéaux, l'usage de ses mécanismes de défenses, la cohérence de son mode personnel de sentir, d'agir et de penser, la fiabilité de ses liens d'appartenance à des groupes, l'efficacité du code commun à tous ceux qui, avec lui, participent d'une même socialité et d'une même culture ». Il est important de dire que la rupture avec le groupe d'appartenance fait perdre aux femmes migrantes leurs repères identitaires et leur donne l'impression d'une rupture du sentiment d'exister. Toutefois, en fonction des choix filiatif et affiliatif, les migrantes sont à même de se construire une identité métisse.

En ce qui concerne la rupture migratoire, le cadre culturel n'assure plus sa fonction d'aide à l'individu d'assurer ce sentiment de continuité de l'existence. C'est une rupture des étayages externes du psychisme et de l'enveloppe culturelle d'origine se situant dans la relation sujet/environnement. Cette perte d'appui externe favorise un retentissement intrapsychique pour le sujet migrant. Le nouvel environnement favorise un sentiment d'insécurité que les codes du pays d'origine ne peuvent réguler, car les comportements du pays d'accueil ne sont pas encore assimilés. Le migrant se retrouve dans un état d'imprévisibilité face au comportement d'autrui, ce qui est générateur d'angoisse. La rupture entre code social et code individuel réactive des conflits antérieurs entre tendances d'amour et de haine : « Il suit que l'énergie déliée, libre et en excès, provoque l'angoisse de l'irruption pulsionnelle et l'incertitude quant à son usage. Précisons que c'est essentiellement de l'irruption des forces de déliaison qu'il s'agit et que la destruction subjective du code est vécue comme un effet de la pulsion de mort. C'est à travers cet effet que sont ressenties les attaques du groupe d'origine ou celles du milieu de réception, et que sont élaborées les défenses contre ces attaques. » (Kaës, *op. cit.*, p. 35). Cette angoisse va

²² Erikson, E. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: Norton.

activer des réactions défensives telles que la régression, le clivage, l'introjection et la projection.

Dans toute sorte de migration, qu'elle soit préparée ou pas, choisie pour des raisons personnelles, elle constitue réellement une expérience traumatique de rupture. Rupture avec le milieu géographique mais aussi rupture temporelle, culturelle et relationnelle. En effet, Thibaudeau (2006, p. 98), nous apprend que « l'individu [...] par l'expérience de la migration, est extrait de sa trame sociale et relationnelle, c'est-à-dire de son environnement humain protecteur, mais aussi de sa culture et de sa langue qui sous-tendent les identifications nécessaires pour le fabriquer comme individu et qui vont lui permettre de s'individualiser tout en se sentant exister dans une continuité psychique. Cette extraction, véritable rupture, est potentiellement dépersonnalisante car elle déconnecte le sujet de son maillage culturel et des repères symboliques, de ce qui le représente comme sujet. Il n'y a plus de signifiant culturel et relationnel, il n'y a plus le "travail de culture" qui inscrit le sujet dans un réseau d'identification porteur de son identité propre et qui le met en sens ».

Il y a aussi rupture du cadre culturel externe et interne du patient, et les implicites sont différents. Désormais, il y a cette rupture douloureuse avec un monde sans véritable possibilité de s'inscrire dans l'autre. La migration peut contraindre les migrants à « opérer un clivage entre deux référentiels culturels : pays d'accueil et pays d'origine. Un tel clivage se manifeste par l'impossibilité d'établir des médiations entre deux univers référentiels. Lorsque éclate la souffrance psychopathologique, le patient, en l'absence de code d'expression de sa maladie, assume texte et contexte, se retrouve dans l'impossibilité d'exprimer ses deuils et conflits internes » (Moro, 1994).

Selon Rousseau et Nadeau (2003), la migration s'inscrit souvent en rupture de l'expérience de vie. Elle se situe en dehors de l'habituel par l'importance des discontinuités dans l'espace de vie qu'elle engendre et appartient ainsi à « l'a-normal ». L'inscription dans l'histoire de vie des migrants du trajet migratoire est toujours complexe. Certes, ce trajet renvoie fréquemment à des sentiments de perte et de deuil, mais il suscite aussi des sentiments d'espoir lorsqu'il permet de trouver un milieu favorable au devenir, ou des sentiments de soulagement lorsqu'il protège de l'insécurité et du danger. Souvent vécue dans une grande ambivalence où se côtoient peur et espoir, la migration doit être appréhendée davantage en termes de réorganisation qu'en termes de rupture.

Même si on la conceptualise en termes de rupture, la migration événement, comme l'a signifié Deleuze (1969, 1980), est source de chaos mais aussi de réorganisation des sens de stratégies nouvelles qui se mettent en place. Elle est expérience structurante, inscrite dans

une singularité porteuse de potentialités diverses. Cependant, la multiplicité des expériences migratoires appelle à limiter nos généralisations quant à ses répercussions sur le migrant et à la situer dans un espace-temps précis.

En somme, la migration, qui est caractérisée par un déplacement choisi ou contraint, favorise une forme de rupture avec le cadre culturel d'origine. Nonobstant cela, elle peut être source de deuil ou de traumatisme pour la personne qui la subit, avec une perte de ses repères habituels. La rupture culturelle et psychologique entraînée par la migration peut rendre compte de la difficulté, pour certaines femmes migrantes, d'être mères loin de leurs propres mères, de leurs groupes culturels d'appartenance, lieu où sont transmises, de génération en génération, les manières de faire avec l'enfant, la manière de soigner, de penser. La femme migrante est soumise à des exigences contradictoires pouvant rendre compte d'un certain nombre d'incertitudes et d'inquiétudes. Changer d'univers implique la perte brutale d'une langue, d'un système de références, de représentations, en un mot, une acculturation. Cette rupture pourra entraîner une insécurité, un sentiment de contingence. « La perte de l'enveloppe culturelle va donc provoquer des modifications de l'enveloppe psychique. »²³. La migration des femmes que nous avons reçues, pour la plupart, est d'ordre matrimonial, car elles viennent en France pour retrouver un conjoint. De plus, à leur arrivée, elles sont complètement coupées du monde pour certaines, et cela fait en sorte qu'elles se trouvent un rôle, à savoir donner naissance, afin de briser la chaîne de la solitude et s'occuper. Ce désir de maternité peut être qualifié de potentialité créatrice dans la mesure où elle donne un sens nouveau à la migration. Les femmes que j'ai rencontrées estiment que vouloir un enfant, c'est une façon de s'inscrire dans le pays d'accueil et de donner un sens à leur vie dans la migration. Ainsi, comment se construire dans un monde qui n'est pas le leur ? Telle reste la question à laquelle le désir de maternité répond.

3.2 Migration, deuil, traumatisme et potentialités

Migrer, c'est bien sûr laisser derrière soi la famille, les amis, un métier, un statut social, la terre de ses ancêtres vivants et morts. Cela implique donc des renoncements, de la nostalgie (de la communauté culturelle, de la tradition familiale et des souvenirs sensoriels). Toutefois, le sujet migrant va entamer un travail de deuil qui passe par des phases classiquement attribuées à ce processus qui a été décrit par Grinberg et Grinberg

²³ Moro, M. (2007). Parents en exil, p. 82.

(1986) de la manière suivante : les sentiments initiaux de douleur intense pour ce qui a été perdu, accompagnés de désorganisations anxieuses dans un sentiment de détresse, de solitude, d'abandon, laissent progressivement la place à des affects dépressifs et éventuellement à des défenses maniaques se traduisant par une minimisation ou une dénéiation du changement survenu.

En quittant son environnement, le migrant quitte des personnes proches mais aussi des rôles, des statuts et des fonctions qui lui étaient dévolus dans son groupe d'appartenance. Il perd aussi des repères matériels, des odeurs, des sons, un climat et des modes alimentaires, et ces pertes sont ressenties de façon douloureuse. La réaction suscitée par ces pertes s'apparente à la réaction de deuil définie par Freud (1915) : « Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. ». S'agissant de l'économie psychique, la réalité de la perte impose au Moi de retirer la libido investie sur l'objet perdu. Cette difficulté de désinvestissement de l'objet d'amour fait que l'existence de l'objet perdu se poursuit psychiquement (Freud, *ibid.*). Ce désinvestissement n'est pas accepté aisément par le Moi, ce qui suscite en lui ce que Freud nomme « rébellion ». Le migrant, par exemple, dans cette situation, continue à penser à la vie qu'il a quittée et est obnubilé par ce qui se passe dans son pays, en investissant difficilement les activités et personnes présentes dans le pays d'accueil. La réaction dépressive et anxieuse est parfois accompagnée de troubles somatiques, et de sentiments de culpabilité (Kolela-Kabangu, 2009, p. 66). Quand la douleur consécutive à la perte est trop grande, elle peut être liée au fait que les parties du soi qui étaient identifiées aux objets perdus, le soient également. Cela se rapproche de la réaction mélancolique décrite par Freud (1915) : « L'investissement d'objet [...] fut supprimé, mais la libido libre ne fut pas déplacée sur un autre objet, elle fut retirée dans le moi [...] elle servit à établir une identification du moi avec l'objet abandonné. ». Dans ces cas, le deuil s'apparente à une crise narcissique (Kolela-Kabangu, *ibid.*).

Aussi, la migration contraint l'individu à un double travail d'élaboration psychique : travail de deuil (Baubet et Moro, 2003, p. 139). Les auteurs ont décrit les vicissitudes du travail d'élaboration nécessaire en mettant l'accent sur l'importance des deuils et des affects dépressifs. En effet, la reconnaissance de la souffrance s'accompagne de l'intériorisation progressive de la nouvelle culture, d'une levée du clivage qui avait été mis en place entre les deux univers culturels, permettant ainsi « le métissage culturel » : « Il devient possible de fonctionner dans plusieurs logiques culturelles sans avoir à renoncer à aucune d'elles. » (Baubet et Moro, *ibid.*, p. 142).

La réussite du travail de deuil se solde par la possibilité d'intégration progressive des éléments de la culture d'accueil. Cela passe nécessairement par la levée du clivage et le métissage des cadres culturels de référence permettant au sujet de fonctionner avec plusieurs logiques culturelles sans pour autant renoncer à aucune d'elles (Rouchon, 2007). Dans la clinique des femmes migrantes en demande de maternité, il ressort qu'avec la prise en charge biomédicale, les femmes arrivent à concilier les soins traditionnels. Même si, au départ, dans un but d'intégration et convaincues d'avoir trouvé la solution à leur problème d'infertilité, elles dévient et diabolisent le soin traditionnel. Puis, après la phase d'idéalisation optimiste, elles intègrent et renouent avec les pratiques traditionnelles sur un mode syncrétique, à cause de la lourdeur de la prise en charge biomédicale et des difficultés administratives qui peuvent en découler.

Cependant, en dehors du travail d'élaboration psychique de deuil, la migration est parfois traumatique. En effet, l'événement migratoire est ici considéré comme un acte psychique : par la rupture du cadre externe qu'elle implique, la migration entraîne, par ricochet, une rupture au niveau du cadre culturel intériorisé du patient (Nathan, 1987, p. 8) : c'est « le traumatisme classiquement décrit par la théorie psychanalytique et qui pourrait se définir comme un soudain afflux pulsionnel non élaborable et non susceptible d'être refoulé du fait de l'absence d'angoisse au moment de sa survenue ».

Ainsi, pour ce qui est du premier traumatisme décrit par la psychanalyse, on lui reconnaît trois significations : celle d'un choc violent, celle d'une effraction, celle des conséquences sur l'ensemble de l'organisation. À côté de ce type de traumatisme, on en différencie deux autres : le traumatisme « intellectuel », ou traumatisme de « non-sens », et le traumatisme migratoire.

Le traumatisme de non-sens, ou traumatisme intellectuel, est un choc intellectuel entre plusieurs personnes, dont le modèle a été fourni par Bateson (1956) dans sa définition du *double bind* (double contrainte)²⁴. C'est en s'inspirant de Bateson (*ibid.*), qui définit « le

²⁴ Le *double bind* est un concept apparu en 1956, théorisé par Bateson et formulé dans l'article intitulé « Vers la théorie de la schizophrénie », qui désigne une situation de paradoxe imposé. Deux obligations ou injonctions contradictoires sont reçues, qui, s'interdisant mutuellement, induisent une impossibilité logique à les résoudre ou les exécuter sans contrevenir à l'une des deux. L'exemple illustratif le plus simple du *double bind* en psychologie reste celui d'un enfant dont les parents divorcent. Comme tous les enfants, il a un lien affectif avec ses deux parents. Si la rupture se passe en douceur, l'enfant sera épanoui et aura deux foyers. Cependant, si les parents se battent ou s'affrontent, alors l'enfant est écartelé entre deux loyautés et deux liens (*bind*) qui s'affrontent. Les parents exigent que l'enfant choisisse l'un ou l'autre à partir de trois injonctions existentielles et primordiales de la vie psychique et sociale de l'enfant.

traumatisme du non-sens », que Nathan définit le troisième traumatisme migratoire comme un socle intellectuel entre plusieurs personnes. Le traumatisme psychique apparaît au niveau psychopathologique, qui est une caractéristique propre à la psychopathologie du trauma, comme un « premier temps » de la migration. Pour cet auteur, la migration a des potentialités traumatiques du fait qu'elle entraîne une « perte du cadre culturel interne permettant le décodage de la réalité externe » (Nathan, 1986). « La perte de l'enveloppe culturelle va donc provoquer des modifications de l'enveloppe psychique directe à cause de l'homologie entre ces deux structures, et indirecte par le sentiment de précarité liée à la migration. » (Moro, 2004, p. 82). Quand il y a traumatisme migratoire, c'est généralement un traumatisme « du troisième type » mais qui peut être associé aux deux autres types, les dimensions affectives, cognitives et culturelles entretenant des interactions nécessaires et complexes. Les facteurs sociaux défavorables (au pays et en France) sont des facteurs aggravants. La perte de l'enveloppe culturelle va entrer en résonance avec les premières expériences de séparation, au moment où l'absence de la mère était vécue par le bébé comme la disparition de celle-ci.

De plus, même lorsqu'il survient, ce traumatisme n'entraîne pas forcément des effets pathogènes au sens psychanalytique. Il est parfois, comme tout traumatisme, structurant et porteur d'une nouvelle dynamique pour l'individu, voire souvent germe de métamorphose et source d'une nouvelle créativité. D'après Nathan (1987, p. 8), « c'est un trauma qui va induire de nécessaires réaménagements défensifs adaptatifs ou structurants » ; la migration peut donc être aussi porteuse de potentialités créatrices. D'où la nécessité d'identifier les facteurs qui permettent de maîtriser le risque transculturel qui est le risque inhérent au passage d'un univers à l'autre. Face à cette situation de risque, comme devant tout autre événement qui intervient dans le processus du développement, quatre secteurs sont à prendre en compte : la vulnérabilité, mais aussi la compétence, la résilience et la créativité. Les conséquences psychologiques de la migration sont désormais bien étudiées. L'on sait que la migration n'est plus seulement un fait social, mais aussi un événement de vie avec des potentialités traumatiques et créatives. Pour ce qui est des femmes migrantes rencontrées dans le cadre de notre étude, les raisons de la migration sont diverses : des raisons matrimoniales, politiques, sanitaires, voire socio-économiques. Donc, il est difficile de les classer dans une seule catégorie. Les femmes migrantes oscillent entre une « idéalisation d'objets nostalgiques » qui les inhibent et les plongent dans une tristesse sans fin, un repli douloureux, et, un « deuil restructurant propice à la créativité », au changement. Ce deuil propice à la créativité nécessite pour ces femmes qu'elles

s'investissent dans un projet de maternité porteur qui leur permettrait de sortir de la solitude.

En somme, en ce qui concerne la migration, les femmes sont contraintes de le faire pour des raisons politiques, d'autres pour des motifs économiques voire sanitaires. Mais qu'elle soit voulue ou choisie, toute migration est un acte courageux qui engage la vie de l'individu et entraîne des modifications dans l'ensemble de l'histoire familiale. De plus, les récits entendus me font penser que les motifs du voyage, même choisis, sont ambivalents : désir de partir et peur de quitter les siens, modalités de résolution de conflits familiaux et aboutissement d'une trajectoire de rupture ou d'acculturation à l'intérieur de son propre pays. C'est dans ce sens que la migration, reste un phénomène existentiel d'une grandeur et d'une complexité telles qu'il ne peut être réduit aux catégories du hasard ou de la nécessité.

3.3. Migration et AMP : revue de la littérature

Cette partie fait un résumé de quelques articles (anthropologie, psychologie et sociologie) qui traitent des questions de migration voulue ou subie, de la difficulté des couples à devenir parents en terre d'exil et des mobilités transnationales dans le but de procréer.

Dans son article, « L'exil du désir ou la difficulté de se mettre au monde », Stitou Rajaa (2005), rend compte, à travers un dispositif clinique, du parcours d'une patiente étrangère vivant la difficulté de devenir mère sans aucune cause organique, qui aurait un lien avec l'arrivée en terre d'accueil. Comme si cet enfant tant attendu était « porteur de l'étranger » devenant inconcevable. Elle évoque un cas clinique Sabah, rencontrée dans le cadre d'un centre médico-psychologique (CMP). Ce cas montre comment le caractère impératif de la demande d'enfant peut recouvrir une autre problématique. Durant la thérapie, le discours est centré sur son souhait d'enfant à tout prix et sur les techniques d'AMP. La patiente a pu questionner l'énigme posée par son symptôme d'infécondité inexplicée, énigme qui l'a renvoyée à sa propre naissance et aux impasses de la transmission qui l'ont conduite à s'exiler de son propre désir ainsi que, de son histoire. Donc, le travail entrepris a initié la mise en route d'un processus de symbolisation qui lui a permis de renouer avec ce qu'elle a de plus intime, en lui donnant, la possibilité d'aller au-delà de son obstination à vouloir un enfant à tout prix. Obstination à laquelle répondaient certains médecins de façon symétrique, par une tentative de faire disparaître la face visible de l'iceberg (symptôme), mettant de côté toute parole et toute implication subjective. En

plus, chez Sabah, la demande d'enfant n'avait pas besoin d'être reconnue par la technique, mais plutôt au travers d'une écoute questionnant le désir inconscient qui était obscurément sous-jacent à ce vœu conscient. La prise en compte de sa culture n'a pas consisté à l'y réduire, comme l'approche ethnocentrique, mais à lui donner la possibilité d'y introduire sa voix et sa subjectivité, de trouver sa propre langue qui n'est pas celle d'une masse « ethnique ». C'est parce que le sujet participe singulièrement à sa culture qu'il serait réducteur de l'enfermer dans une identité ethnique.

En d'autres termes, à travers le dispositif mis en marche, l'auteur a aidé la patiente à mettre en marche un processus de symbolisation qui lui a permis de creuser et voir le réel problème que pose l'énigme de l'infécondité, tout en tenant compte des problématiques liées à son histoire de vie (sa propre naissance et impasse de la transmission) qui l'ont conduite à s'exiler de son désir. Toutefois, la dimension culturelle lui a donné la possibilité d'introduire sa propre subjectivité, de trouver sa « propre langue » qui n'est pas, en effet, celle de la masse ethnique.

Duchesne (2014) examine le lien entre « faire un enfant » et « faire une famille » à partir d'une enquête ethnographique menée auprès de migrantes et de migrants nés en Afrique subsaharienne, ayant recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) en Île-de-France. Quels que soient leur nationalité, leur niveau de scolarité, leur secteur d'emploi, leur classe socio-économique, les circonstances et les raisons de leur migration, toutes et tous ont fait un lien entre leur quête d'un enfant et le fait d'être mariés ou d'avoir le projet de se marier. En situation migratoire, faire un enfant n'est pas seulement l'affaire d'un homme et d'une femme ; les ascendants et les collatéraux de chacun des membres du couple infertile interviennent de façon différente. Cet article propose finalement de réinterroger l'alliance matrimoniale, d'un point de vue théorique, à partir de l'analyse des prestations matrimoniales dans le contexte de l'AMP.

Cette enquête ethnographique a été menée auprès des patients et patientes d'un réseau de professionnels de l'AMP en Île-de-France. Une centaine d'observations ont été faites lors des consultations gynécologiques pour infertilité. L'auteur a participé au premier rendez-vous pour la constitution du dossier en AMP, organisé par l'infirmière-cadre, avant l'observation de la consultation biologique, les prises de sang, la ponction et le transfert d'embryons. Le but était d'avoir une vue du parcours d'AMP. Elle a effectué des entretiens semi-dirigés avec cinq médecins et trente entretiens ethnographiques avec des patients et patientes originaires de l'Afrique et engagés dans ce parcours.

De cette étude, il ressort que quels que soient l'origine géographique, le niveau

d'instruction et les raisons de la migration, tous les couples rencontrés font le lien entre leur quête d'enfant et les raisons matrimoniales (le fait d'être mariés ou de le devenir). C'est même le but premier de la femme dans le mariage : assurer la continuité du clan et de la lignée. La naissance de l'enfant reste le seul moyen de légitimer le mariage, que l'enfant soit né à l'étranger ou au pays. Cette naissance « vient sceller l'alliance matrimoniale qui sans elle reste comme inachevée ».

Cette enquête de Benabed (2008), montre que l'usage de la PMA en milieu algérien est étroitement lié au projet d'avoir un enfant dans une société qui valorise fortement le statut de la mère. Il semblait important d'interroger l'usage social et culturel dans le contexte d'une famille algérienne dominée par une idéologie patriarcale. Car nous savons que la stérilité, dans la société algérienne, reste articulée à la question centrale des rapports sociaux des sexes.

Quels que soient les enjeux-économiques, sociaux, symboliques et sanitaires, l'enquête montre bien que l'usage de la procréation médicalement assistée est étroitement lié au projet d'avoir un enfant, dans une société qui valorise fortement le statut de la mère. On comprend donc, pourquoi la stérilité de la femme est l'objet d'une forte stigmatisation au sein de la famille et de la société. D'abord, elle insiste sur les contraintes financières rencontrées par les couples, lesquelles les conduisent à chercher un capital relationnel et matériel pour faire face à la situation. En effet, pour avoir accès à ces techniques, certains couples s'endettent auprès des proches ou vendent des biens.

Ensuite, elle montre les effets négatifs des techniques d'AMP sur le corps des femmes. En effet, leurs corps sont considérés comme une machine, un outil faisant l'objet d'expérimentations incertaines.

Enfin, il ressort clairement de l'enquête, que les couples ne sont pas autonomes dans la prise de décision du recours à la procréation médicalement assistée. Ce sont les belles-mères qui font pression sur le couple. Dans les différents parcours, il apparaît que le recours à la procréation médicalement assistée n'a été envisagé qu'après l'échec des différents remèdes traditionnels et médicaux. Ici, les couples subissent une violence verbale et symbolique, et même une stigmatisation du fait d'être stériles et d'avoir eu recours à une technique étiquetée et représentée comme étant « illicite ». Ce qui explique que le recours se construit dans la discrétion. En somme, le vœu d'être parent apparaît comme une obligation sociale. Les techniques constituent un projet de vie qui s'inscrit au cœur du quotidien de ces couples.

Un autre article qui va dans le même sens est celui de Bonnet et Duchesne (2014),

qui retrace la trajectoire d'AMP des femmes d'Afrique subsaharienne. Le but est d'explorer les motivations de ces couples à recourir à ces pratiques à la place des pratiques traditionnelles et les effets que ces techniques biologiques ont sur la représentation de la filiation, la procréation et la conjugalité. L'expérience de ces femmes, en effet, révèle le paradoxe d'un parcours d'émancipation sociale avec cette volonté plutôt farouche de se libérer des normes sociales du genre. Mais, finalement, malgré leur degré d'émancipation, elles restent dépendantes des normes de procréation propres à leur culture d'origine. Et le recours aux nouvelles techniques reproductives (NTR) ne change rien, car il accentue cette dimension normative.

L'on constate que les couples africains ont recours à l'AMP depuis les années 1990. Ils se déplacent dans des centres de fertilité au sein de leur continent ou en Europe. On pourrait qualifier ce déplacement comme une « mobilité transnationale » pour des raisons de santé. Les auteurs de l'article ont mené des enquêtes ethnographiques auprès de patients d'une clinique de fertilité au Cameroun et auprès d'un réseau de spécialistes en Île-de-France. Le but est d'explorer, à travers des entretiens de couples, les motivations à recourir à ces pratiques à la place des procédures traditionnelles et de voir comment les représentations de la procréation, de la filiation et de la conjugalité se potentialisent.

Cette recherche a permis d'observer qu'il existe des similarités dans les démarches. D'abord, les femmes se déplacent d'un pays à un autre sur le continent africain ou vont en Europe. Ensuite, les démarches sont associées à cette volonté d'affranchissement de la stigmatisation familiale et sociale. Mais, ces démarches se soldent par un grand isolement relationnel et une forte dépendance aux techniques de la reproduction.

En d'autres termes, cette mobilité procréative peut s'avérer souvent être à l'origine d'un projet solitaire d'enfant, mettant ainsi à mal cette construction initiale d'un couple basé sur le partage des valeurs et la solidarité face aux épreuves. C'est ce que Smaja (2011) dit quand il affirme que l'expérience d'infertilité conjugale bouleverse le « travail du couple », qu'il définit comme étant « une coopération consciente et volontaire de deux partenaires dans l'accomplissement des tâches communes et différentes, en rapport avec l'existence matérielle et sociale du couple » (Smaja, *ibid.*, p. 224).

À côté des indications médicales traditionnelles, l'aide médicale à la procréation comme la stérilité tubaire ou les insuffisances spermatiques extrêmes, de nouveaux modes de conception d'enfants apparaissent dans des situations d'infertilité relatives médicales (ICSI, avec donneur de gamètes avec ou sans le sperme du conjoint, dans d'embryon) liées à l'âge ou bien aux marges des normes sociales jusque-là : couple sans sexualité,

insémination de couples homo parentaux, gestation pour autrui (GPA), adoption plus ou moins légale à l'étranger, adoption par des parents seuls. Ce qui est intéressant dans cet article, c'est que les auteurs abordent la problématique du parcours pour devenir parent, qu'ils qualifient de long, pénible (l'attente, les déceptions...), semé d'embûches ; le découragement est possible, mais aussi une persévérance excessive, voire un certain acharnement.

D'autres auteurs, comme Goelb et *al.* (2006), ont souligné la lourdeur des différents temps de prise en charge médicale de la fertilité, à savoir l'attente de la grossesse naturelle, le temps de l'investigation, de la procédure, des répétitions, des suites, entraînant espoir, anxiété, déception en cas d'échec, tension du couple, médicalisation, doute en cas de succès. C'est un parcours déstabilisant qui ajoute de l'angoisse à des couples ayant des fragilités individuelles. En effet, en AMP, les couples se plaignent de façon systématique de la lourdeur des traitements (des piqûres, des médicaments), qui ont un impact sur le physique et le psychique. Il ne manque plus que la longueur et la répétition en cas d'échec, qui se rajoutent à leur angoisse permanente. Enfin, il ne faut pas oublier les conséquences que sont les abandons, les découragements, qui favorisent chez les femmes une forme de régression vers quelque chose de connu : les thérapies traditionnelles. Alors, elles en arrivent à un cumul thérapeutique dont le but est de prolonger les traitements médicaux. Cependant, elles se tournent vers ces thérapies avec le diagnostic médical, il n'y a pas cette recherche de causalité du malheur, mais une recherche de traitement idéal pour contourner cette « matrice vide ».

Dans « Diversité culturelle et don de gamètes et d'embryons », Epelboin (2014), examine la problématique du don et l'annonce chez les couples migrants, car les personnes qui consultent à l'hôpital Bichat sont d'origines géographiques diverses. Selon l'auteur, le don de gamètes et l'accueil d'embryons ont favorisé de nouveaux modes de conception et une mutation dans la notion même de la parentalité. En effet, les pratiques de don suscitent des intérêts différents voire contradictoires chez toutes les personnes impliquées, à savoir le donneur, le couple, et l'enfant à naître, dont les origines vont être complexes. L'auteur ajoute que, les pratiques de don réinterrogent ou posent les questions du fantasme d'adultère, de l'inceste, de la quête de ressemblance avec un membre de la famille mais aussi, et surtout, de la manière de révéler à l'enfant son mode de conception et son appartenance à un groupe familial et social.

En institution hospitalière, lorsqu'il s'agit de parler de l'annonce de l'infertilité et de la proposition du recours au don, les représentations culturelles sont à prendre en compte.

Epelboin (2014) affirme que, lorsqu'on a affaire à des couples africains issus de la migration, lors de la prise en charge, il est nécessaire et non discriminant de connaître l'origine géographique, la religion et l'histoire de vie de l'individu, de sa famille, afin de trouver un moyen de proposer un don. Car, en parallèle, ces couples ont recours à des pratiques diagnostiques et thérapeutiques propres à leur culture afin de donner du sens à la causalité du malheur. En cas d'insuffisance ovarienne ou d'azoospermie, le thérapeute j'entends ici le médecin doit tenir compte de toutes les représentations relatives aux modèles explicatifs de la causalité du malheur : volonté ou épreuve divine... En d'autres termes, en cas d'insuffisance ovarienne ou d'azoospermie, le vécu de l'annonce dépend des représentations culturelles que la personne se fait de la maladie, du malheur dans sa culture : « volonté et/ou épreuve, fautes ou rupture d'interdits, méfaits de jaloux, d'ennemis, de malfaisants ou de sorciers-dévoreurs, malédiction d'esprits non humains, génies, djinns [...] Mamiwattas, diable, ou d'ancêtres» (Epelboin, *op. cit.*, p. 645). Le thérapeute doit, à cet effet, intégrer cette dimension afin « de prendre conscience des mots du vocabulaire biologique et du sens » tout en tenant compte de « l'illettrisme et de la non-francophonie »²⁵ des patients. Car il n'y a aucune résonance dans la majorité des systèmes traditionnels quant à l'analyse des organes, des fonctions et paramètres qui régissent la fertilité.

Donc, la défaillance de l'ovocyte ou du spermatozoïde, et la substitution, par un(e) donneur (se) anonyme, ne changent en rien le malheur de l'infertilité. Le don n'est pas vécu comme une solution pour réparer la souffrance liée à l'infertilité. Il n'est pas capable d'éviter à la femme ou à l'homme de se poser des questions existentielles qui favorisent souvent l'adhésion au traitement « étiologique » traditionnel. Cependant, l'auteur n'hésite pas à montrer les limites de la biomédecine auprès d'une population migrante : elle explique que l'ovocyte et le spermatozoïde ne sont pas des répertoires pertinents et que l'analyse des organes et des fonctions reproductives n'explique pas le malheur. En outre, la substitution par le don d'ovocytes ou d'embryons n'a pas pour effet d'expliquer la causalité du malheur ; c'est la raison pour laquelle on constate des recours parallèles, voire même simultanés, aux traitements « étiologiques » déjà en place, une décision qui est très souvent ignorée ou minimisée en pratique clinique. L'auteur ajoute que ce recours aux thérapies traditionnelles retarde souvent l'adhésion au projet de prise en charge biologique, même si celle-ci est très bien exposée. Ce qui génère des dysfonctionnements comme les rendez-vous manqués, les abandons, les oublis de faire des examens, souvent très mal vécus par

²⁵ Epelboin (2014) affirme qu'il faut tenir compte de l'origine géographique des patients, et adapter le matériel didactique pour les patients illettrés ou non francophones.

l'équipe médicale.

Inhorn (1996) travaille sur le genre et la santé reproductive des femmes. Ses travaux majeurs traitent de femmes et d'hommes infertiles dans une société égyptienne urbaine. Plus récemment, elle s'est tournée vers la thématique des nouvelles techniques de la reproduction, leurs impacts et enjeux dans les sociétés en développement. Si l'on définit la migration en termes de mobilité géographique, il est donc important de tenir compte des travaux sur le tourisme procréatif, car il demeure une solution pour les couples en mal d'enfants. Pour les chercheurs qui ont commencé à théoriser sur le phénomène, les causes de celui-ci sont multiples. En effet, ces facteurs sont discrets mais interdépendants, favorisant la promotion de ce tourisme procréatif : certains pays interdisent ce type de procréation pour des raisons religieuses ; l'indisponibilité d'un service spécifique à la PMA, le manque d'expertise dans le pays d'origine ; l'absence de structure car les risques sont méconnus ; certaines catégories de personnes ne peuvent pas bénéficier de soins à cause de leur orientation sexuelle ou de l'état matrimonial ; la durée ou les délais d'attente sont assez longs ; les services peuvent être moins chers à l'étranger ; les individus peuvent aussi avoir un souhait personnel pour préserver leur vie privée.

En 2011, l'auteur a mené une étude qualitative à grande échelle sur le tourisme procréatif²⁶ auprès de 125 couples originaires de 50 pays. Au terme de cette étude, il ressort plusieurs contraintes telles que le développement économique, social et culturel. Pour ces couples, ce voyage est entrepris car ils sont désespérés et ont besoin d'un enfant ; de plus, ce voyage est très stressant et coûteux. Il existe une forme d'exil procréatif car les couples se sentent forcés de quitter leur pays d'origine pour avoir un accès efficace et abordable aux soins d'infertilité. Leur choix d'utiliser les aides médicales à la procréation pour aboutir à la maternité est volontaire mais leur voyage à l'étranger ne l'est pas. En résumé, elle traite de la question du tourisme procréatif et donne les raisons de celui-ci, à savoir : l'aspect financier, l'interdiction légale et/ou religieuse concernant l'accès ou la disponibilité des nouvelles techniques reproductives ou de certaines d'entre elles, la qualité et la fiabilité des soins et des préférences personnelles. Donc, le but de cette recherche n'est pas seulement de penser l'exil procréatif en termes de description des voyageurs, mais de tenir compte des vicissitudes rencontrées dans la quête pour la conception. En effet, l'exil provoqué par la restriction des lois à la reproduction dans chaque pays et autre arène contraint l'homme à conjuguer avec la tragédie de l'infertilité.

Rozée Gomez (2015), aborde la question des conditions d'accès et des offres

²⁶ Expression utilisée pour qualifier le fait que les couples s'exilent dans les pays proximaux ou sur un autre continent pour aboutir à une grossesse.

médicales au niveau mondial, que l'on appelle « tourisme procréatif » mais que l'auteur nomme « recours transnationaux » ou « AMP transnationale ». La reproduction s'inscrit dans un contexte de mondialisation tout aussi croissante ; les recours se sont développés, mais peu de recherches rendent compte de ces nouvelles façons de construire une famille dans la société française. Donc, une première étude sociologique a été effectuée par l'auteur²⁷. L'objectif étant d'apporter des éléments empiriques, descriptifs et compréhensifs sur ces recours engageant des Français. Cette étude a permis aussi d'analyser les parcours particuliers de femmes et de couples qui empruntent des chemins différents de ceux majoritairement empruntés par les Français pour devenir parents. Pour la plupart de ces couples, le voyage pour les soins de santé est loin d'être une expérience neutre. Il peut être difficile, frustrant, effrayant ; il peut prendre du temps, voire mettre la vie des femmes en danger. C'est une sorte de départ forcé de la maison, et le couple peut vivre cela comme une punition majeure imméritée. Cet exil reproductif²⁸ ajoute considérablement au désespoir et à la stigmatisation de l'infertilité, notamment pour les couples originaires des sociétés où la reproduction physique est socialement obligatoire.

Toutefois, ces études montrent que la représentation de l'infertilité est étroitement liée à la question des rapports sociaux du genre. Malgré cette envie d'émancipation du joug familial, social et de sa stigmatisation, les femmes restent liées à la norme sociale du genre, qui place l'enfant au centre de l'union d'un couple et de son devenir. Donc, tout est mis en œuvre par le couple (tourisme procréatif) pour pallier l'infertilité, à travers un itinéraire médical qui va de la médecine moderne à celle traditionnelle dans des pays de la sous-région ou à l'étranger.

²⁷ Cette étude a été menée entre 2010 et 2012 par Rozée-Gomez sur des Français qui font recours à des centres d'AMP hors de leurs pays. C'est ce qu'elle qualifie de « recours transnationaux ».

²⁸ Inhorn et Pasquale (2009) ont suggéré de remplacer l'expression « tourisme reproductif » par la locution « exil reproductif ». Cela est dû au fait que la première évoque des voyages de loisirs et ne correspond pas à l'expérience des couples amenés à se rendre à l'étranger. Tandis que la seconde évoque de façon explicite les contraintes et les difficultés qu'ils rencontrent.

4. INFERTILITÉ ET DÉSIR D'ENFANT

Pour l'Agence de la biomédecine française²⁹, la stérilité est l'incapacité totale ou définitive d'un couple à concevoir, à débiter une grossesse. Les démographes comme Leridon (2010) distinguent, quant à eux, la notion d'« infertilité » de celle d'« infécondité ». L'infertilité est, pour eux, l'incapacité de concevoir ou de procréer, qui peut être temporaire, comme par exemple pendant la grossesse et une partie de la durée de l'allaitement, ou définitive. Ainsi, le terme d'infertilité semblait plus représentatif que celui de « stérilité », car il incluait mieux toutes les différentes formes de difficultés à la procréation, aussi bien physiques que psychiques, allant de la stérilité totale à l'hypofertilité. De plus, ce terme est celui choisi par les spécialistes de l'assistance médicale à la procréation, car il apporte l'espoir que ne contient plus celui de « stérilité ». L'infécondité, quant à elle, est l'absence d'enfant, pouvant être liée à un non-désir d'enfant ou à une incapacité à procréer.

Notons que dans un contexte africain, la distinction entre fertilité et infertilité est probante, et l'infertilité représente une source d'angoisse. Le statut social de la femme stérile est à mettre en lien avec la valorisation de la procréation ; il est acquis à partir de la première maternité. C'est également avec lui que le corps de la femme devient un enjeu de pouvoir. En privilégiant la maternité, le groupe social assure sa survie biologique et sa propre survie sociale au travers de la transmission de valeurs, de normes, de pratiques liées à la reproduction. Quand advient l'impasse généalogique, la femme s'interroge sur sa place au sein de la famille et du clan.

Tout au long de ce chapitre, il sera question des données sur l'infertilité en Afrique, des représentations de l'infertilité et enfin de la place de l'enfant dans le groupe social.

4.1. Infertilité

4.1.1. Données épidémiologiques sur l'infertilité en Afrique

L'Afrique demeure un continent à forte fécondité, qui est touché depuis un certain

²⁹ L'Agence de la biomédecine a pour mission de permettre l'amélioration de la prise en charge et du suivi des couples. Elle se charge notamment de collecter l'ensemble des données transmises par les centres de procréation médicalement assistée, de gérer le registre national des FIV. Elle travaille avec des professionnels de l'AMP pour rédiger les bonnes pratiques. Elle organise des campagnes de communication pour promouvoir le don d'ovocyte et de spermatozoïdes.

nombre d'années par le problème de la stérilité. Plusieurs données montrent en effet que les pays de l'Afrique subsaharienne ont les taux d'infertilité les plus élevés au monde. Les taux de stérilité chez les couples mariés dans les pays africains se situent entre 15 % et 30 %, comparés à 5 % et 10 % dans les pays développés (Okonofua, 2003). Il y a actuellement une évidence probante qui montre que beaucoup de cas de stérilité en Afrique sont attribuables aux infections qui ont des effets néfastes sur les voies reproductives chez les hommes comme chez les femmes. Au Gabon, par exemple, plus de 30 % des couples deviennent stériles à la fin de leur vie reproductive à cause de l'occlusion tubaire de longue date chez les femmes et à cause de l'occlusion du canal déférent et de l'azoospermie qui produit l'épididymite³⁰ chez les hommes (Okonofua, *op. cit.*). On observe, sur le continent africain, des taux d'infertilité plus élevés qu'ailleurs, donc, le déclin de la fécondité est considéré comme la préoccupation du siècle.

Les enquêtes de fécondité suggèrent depuis longtemps que le problème de l'infertilité est particulièrement grave en Afrique subsaharienne et en Afrique centrale, où au moins 20 % des femmes étaient sans enfants à la fin de leur vie féconde dans les années 1960 (Tichit, 2004)³¹. Les pays de la ceinture d'infécondité de l'Afrique centrale, auxquels appartient le Gabon, sont confrontés aussi bien à l'infertilité primaire qu'à celle dite secondaire. Inhorn et Van Balen (2002) ainsi que Daar et Merali (2001) présentent le problème de l'infécondité en Afrique comme étant un sujet très peu traité, jusqu'à récemment. Car l'Occident est plus préoccupé par la problématique de la sur-fécondité et par les maladies pandémiques telles que le VIH/sida, les infections sexuellement transmissibles et le paludisme pour considérer l'infertilité comme importante (Feldman-Savelsberg, 2002). En effet, le modèle dominant qui considère la femme africaine comme étant « surproductrice » d'enfants fait que l'infertilité est négligée par les politiques publiques de santé. Mais il semble y avoir un lien étroit entre VIH et infertilité. Nous savons que les femmes infertiles s'engagent dans des relations sexuelles non protégées dans le but de prouver leur fertilité (Boerma et Urassa, 2001 ; Mayaud, 2001). Mais les hommes ne sont pas en reste, surtout quand l'infertilité est d'origine féminine. De ce fait,

³⁰ Inflammation aiguë ou chronique de l'épididyme d'origine microbienne, due à une infection spécifique ou non. Les germes en causes peuvent être de deux types : soit il s'agit d'une infection sexuellement transmissible (*Neisseria gonorrhée* ou *Chlamydia trachomatis*), et l'épididymite apparaît comme la complication de l'urétrite aiguë ; soit s'il s'agit de germes non sexuellement transmissibles.

³¹ Tichit, C. (2004). Santé de la reproduction au nord et au sud. De la connaissance à l'action. *Chaire Quételet*. Article mis en ligne sur le site de l'Université catholique de Louvain-la-Neuve, Belgique.

les individus s'exposent de plus en plus au danger d'être infectés par le VIH.

Boerma et Mgalla (2001) publient un livre sur l'infertilité en Afrique subsaharienne qui souligne le lien entre l'infertilité, les maladies transmissibles sexuellement et le manque de connaissances à ce niveau, mais aussi l'impact social de l'infertilité. Les conséquences majeures sont le fait que la femme est la seule qui porte le blâme d'un manque de descendance, l'instabilité maritale ainsi que le stigmate de la sorcellerie et du sort (Mgalla et Boerma, *ibid.*). La critique faite à ces études pluridisciplinaires est que les auteurs ont partiellement évoqué les aspects sociaux liés à la problématique médicale de l'infertilité. Même s'ils présentent les effets néfastes de l'infertilité sur la santé et minimalement sur le statut social de la femme en Afrique subsaharienne.

Tabong et Adong (2013) ont réalisé une étude sur l'infertilité au Ghana, mais malgré la prévalence élevée de celle-ci, aucune étude n'a été menée sur les expériences des couples infertiles au Ghana. Les résultats de cette étude montrent que les couples infertiles sont socialement stigmatisés et exclus des rôles de *leadership* dans leurs communautés. Des couples sans enfants se voient refuser l'appartenance au monde ancestral, perdant ainsi l'occasion de vivre à nouveau. Tous les deux, mâles et femelles, sont engagés dans le sexe avec des partenaires multiples pour prouver leur fertilité. Les hommes et les femmes souffrent des effets sociaux de l'absence d'enfants. Le désir d'enfant dans une société pronataliste entraîne des pratiques malsaines. Les femmes ont généralement signalé être plus préoccupées quant à leur incapacité à donner naissance à un enfant que ne l'étaient les hommes. Les femmes sans enfants, dans leur vieillesse, sont souvent vues comme des sorcières et abandonnées par leurs proches. Ces femmes ne sont pas autorisées à interagir ou à prendre soin des enfants d'autres personnes car elles sont souvent accusées d'avoir « mangé » tous les enfants dans leur ventre.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'infertilité comme étant l'impossibilité de concevoir un enfant après un an de relations sexuelles sans protection, ou l'impossibilité de porter à terme un enfant. Elle touche approximativement 80 millions de personnes, ce qui équivaut à peu près à un couple sur 10 mondialement (10 %). La prévalence peut augmenter jusqu'à 33 % en Afrique subsaharienne (Pilcher, 2006). Plusieurs auteurs parlent d'*infertility belt* pour décrire ce phénomène qui touche surtout les pays du centre du continent, tels que le Cameroun et le Gabon, mais qui s'étend du Soudan jusqu'en Afrique de l'Ouest. Les causes majeures de l'infertilité d'un individu sont les infections sexuellement transmises, telles que la gonorrhée et les chlamydias, ou bien

encore des infections qui adviennent durant ou après un avortement, ou après la naissance d'un enfant.

Selon une enquête démographique et de santé (2000)³², malgré la forte fécondité sur le continent africain, le Gabon demeure un pays à faible fécondité à cause de la faible taille de sa population (444 264 habitants en 1960-61 et 1 014 976 en 1993). Lors de cette enquête démographique et de santé, des données intéressantes sur la fécondité ont été recueillies, notamment dans le cadre d'une baisse notable de l'infécondité qui demeure toujours assez élevée dans le pays (32 % de femmes sans enfant à 50 ans en 1960, 20 % en 1993 et 7 % en 2000). Ce niveau d'infertilité au Gabon est évalué chez des personnes fécondes en âge de procréer, mais aussi, et surtout, dans un contexte de faible prévalence contraceptive en fonction du nombre de femmes sans enfant, après de longues années à avoir des rapports sexuels non protégés (Akare, 2010)³³.

En Tunisie, les statistiques officielles révèlent que l'incapacité à concevoir touche actuellement 15 % des couples en âge de procréer. Par ailleurs, une récente étude sur les retombées psychologiques de l'infertilité féminine en Tunisie a montré que 89 % des femmes stériles souffrent de troubles anxio-dépressifs. L'enquête, réalisée par une équipe de psychiatres, a porté sur 105 femmes répondant aux critères d'inclusion, qui ont été interrogées par le biais d'un questionnaire comportant, outre les caractéristiques générales et psychologiques, un bilan psychologique incluant six instruments de mesure de la santé mentale. La mesure de la santé mentale de ces femmes souffrant d'infertilité a permis d'identifier une symptomatologie dépressive dans 46,6 % des cas et une symptomatologie anxieuse dans 42,9 % des cas. 43,8 % des femmes interrogées ont également avoué qu'elles souffrent d'une insatisfaction conjugale.

L'enquête a révélé, par ailleurs, que 53,3 % des femmes stériles ont une mauvaise capacité d'adaptation psychologique à l'infertilité. S'agissant de l'ampleur du phénomène de la stérilité et de sa répartition par sexe, les statistiques montrent une répartition à parts égales entre les femmes et les hommes. D'après les chiffres de la Société Tunisienne de la Fertilité et de la Stérilité, 30 % des cas de stérilité enregistrés en Tunisie concernent les hommes, contre 30 % également pour les femmes. 30 % des cas de stérilité ont, par ailleurs, des causes repérées chez les deux partenaires dans le couple, et enfin, 10 % ont

³² Bé-Aba F., et Bétoué, G. (2000). Gabon Enquête Démographique et de Santé : fécondité. *Ministère de la Planification*, 2 (2), 1-17.

³³ Akare-Biyoghe, B. (2010). *Conceptions et comportements des Fang face aux questions de fécondité et de stérilité, Regard anthropologique sur une société patrilinéaire du Gabon* (thèse de doctorat, Université Paul Verlaine de Metz). Repéré à URL : docnum.univ-lorraine.fr/.../Thèses/.../Akare.Biyoghe.Beatrice.LMZ1002.pdf.

des causes indéfinies on parle alors de stérilité inexplicée. Les causes de la stérilité sont très diversifiées. D'après les spécialistes, le tabac demeure le premier facteur de stérilité chez les hommes. Viennent ensuite les maladies infectieuses (les maladies sexuellement transmissibles).

En Algérie, quelque 300 000 couples sont stériles, soit 7 % des couples en âge de procréer, a estimé le président de l'Association nationale des centres de procréation médicalement assistée (PMA). Les hommes y représentent plus des deux tiers, alors qu'auparavant, on attribuait les problèmes de stérilité essentiellement à la femme. Par ailleurs, le manque de procréation est encore mal accepté au Maghreb, engendrant des drames sociaux. Ainsi, la stérilité ou le handicap de l'un des conjoints sont à l'origine de 22,7 % des divorces en Tunisie, d'après le sociologue tunisien Belaid Oulad Abdallah³⁴, qui classe la Tunisie au 4^e rang mondial des taux de divorce (un mariage sur six se termine par un divorce). La procréation médicalement assistée se pratique très bien, avec des résultats très satisfaisants. Entre 1 500 et 2 000 opérations de fécondation *in vitro* (FIV) sont effectuées chaque année dans les hôpitaux publics et les laboratoires privés de Tunisie.

Les gynécologues de Dakar considèrent qu'au Sénégal, les infertilités féminines sont en majorité des infertilités tubaires liées à des infections. Leurs propos sont relayés par la littérature sur l'infertilité en Afrique subsaharienne, comme en témoigne cet extrait de Larsen (2004, p. 246) : « L'infertilité tubaire joue un rôle prédominant dans l'infertilité féminine en Afrique subsaharienne [...]. La principale cause de stérilité tubaire est la maladie inflammatoire pelvienne (PID) résultant d'une infection sexuelle soit maladie transmissible (MST), comme la gonorrhée et la chlamydia, ou de complications suite à un avortement provoqué, naissance d'un enfant ou d'une procédure médicale invasive. ».

Pour La Rochebrochard (2003), les infertilités en Afrique subsaharienne sont liées à des causes « évitables ». Ces infertilités sont en majorité causées par des infections de l'appareil génital avec trois grands groupes de pathologies : les infections transmises sexuellement, et particulièrement la gonorrhée et l'infection à chlamydia, les infections post-partum et post-avortement, la tuberculose pelvienne et la schistosomiase. Les pays africains restent majoritairement réfractaires à l'avortement, ce qui induit une prise en charge clandestine et dangereuse. Les avortements clandestins sont souvent à l'origine d'infertilités dites secondaires. Ils peuvent provoquer des hémorragies, la perforation de

³⁴ Cette information est tirée d'une étude menée par l'agence 3C Études, qui a rédigé un article sur « l'infertilité au Maghreb, aspects statistiques », publié en ligne sur : www.3cetudes.com/news/Infertilite%20au%20Maghreb_aspect%20statistique.pdf.

l'utérus, de la vessie ou de l'intestin, des infections sévères comme par exemple des péritonites, des séquelles définitives telles que les troubles des règles, l'infertilité et le décès (Sow et Bop, 2004).

Selon l'anthropologue américaine Inhorn (2009), le pourcentage des femmes qui avortent et qui ont des infections suite à ces avortements est de 30 % dans certains pays d'Afrique subsaharienne. Les avortements sont entrepris tard et les complications qui en résultent, comme le manque de soins, peuvent occasionner une stérilité définitive (Lemaire, 1967). En ce qui concerne les infertilités primaires, elles sont dues pour 60 % à l'oligoasthénospermie³⁵ et pour 40 % à l'azoospermie. Les urologues expliquent que les azoospermies sécrétoires ne sont pas opérées à Dakar, non pour des raisons de formation (car ces opérations sont simples), mais par manque de matériel. Les patients sont alors dirigés vers l'Europe. Lors de l'enquête, les hommes rencontrés souffraient surtout d'oligoasthénospermie, d'oligospermie³⁶, et un homme souffrait d'une varicocèle.

Ce type d'infertilité est souvent consécutif, chez les hommes, à des infections et à des maladies, avec les principales causes d'infertilités secondaires comme les varicocèles, les infections et l'hypogonadisme³⁷. Il explique qu'un homme peut avoir eu deux enfants avec sa première épouse, puis devenir infertile après avoir été atteint d'une oligoasthénospermie liée à des infections ou à une varicocèle. Les infertilités inexplicables sont celles où, après des examens médicaux pratiqués sur les deux membres du couple, rien d'anormal n'est trouvé.

Tous ces chiffres sur l'infertilité en Afrique montrent combien la question de l'infertilité et même du risque reste de nos jours une question de santé publique. Pour certaines femmes en AMP durant la recherche, un risque viral a été détecté durant la prise en charge de l'infertilité, ce qui a alourdi encore une prise en charge déjà compliquée chez ces femmes.

³⁵ Donnée du spermogramme, l'oligo-asthénospermie rend compte du petit nombre de spermatozoïdes contenus dans le sperme et dont la mobilité est réduite. C'est un facteur d'hypofertilité chez l'homme.

³⁶ État correspondant à la présence d'un nombre insuffisant (inférieur à 15 000/mm³) de spermatozoïdes dans un éjaculat. Elle est responsable d'une hypofertilité mais reste compatible avec une fécondation spontanée. Elle peut être due à une ectopie testiculaire unilatérale, à une varicocèle dont la cure chirurgicale peut transitoirement améliorer le spermogramme.

³⁷ Ensemble des manifestations dues à une insuffisance de sécrétion des glandes génitales. Il peut être primitif par altération primitive des ovaires ou des testicules, ou secondaire à une insuffisance hypophysaire. L'hypogonadisme porte sur les deux fonctions du testicule : la spermatogénèse et la sécrétion de testostérone. Il peut être dû à une maladie du testicule ou à une insuffisance de stimulation hypothalamo-hypophysaire ; ce dernier peut être réversible par un traitement hormonal.

4.1.2. Représentation de l'infertilité et système de soins en Afrique

Selon Rietman (2009), l'infertilité est un cas un peu particulier car la réalité biologique ne s'inscrit pas sur le corps. C'est l'absence de manifestations physiques telles que le gros ventre durant la grossesse et les douleurs de l'enfantement; qu'elle se manifeste. Ce manque influence fortement la façon dont les individus voient et catégorisent l'infertilité. Le rétablissement physique entraîne à la fois le rétablissement des relations sociales perturbées et l'effacement des symptômes. L'infertilité est, quant à elle, souvent irréversible, même si les causes, telles que les infections sexuellement transmissibles, peuvent être traitées. Le manque de signe « externe » ne peut pas être éliminé, sauf partiellement, dans le cas où la mère prend en charge l'enfant d'un proche. Le stigma social est donc présent tout au long d'une vie, et il influence toutes les relations sociales de l'individu.

Au Gabon, l'infertilité est souvent perçue comme une punition, le résultat d'une volonté divine, la transgression d'un interdit, mais elle peut avoir des causes identifiées du côté du mystique et de l'imaginaire. Il est ainsi énoncé que chez certaines femmes, la stérilité est causée par des forces surnaturelles et le pouvoir de la parole. Ainsi, chez les Fangs du Gabon, ethnies du nord du pays dite patrilinéaire, l'infertilité peut être causée par une parole maléfique, un mauvais sort « *Akaga* »³⁸ jeté à la femme soit parce qu'elle aurait transgressé certains tabous, soit simplement pour lui nuire. De plus, la femme infertile est parfois considérée comme un homme. C'est pourquoi, chez les Fangs du Gabon, par exemple, elle peut épouser coutumièrement une jeune fille à qui elle choisira un homme pour procréer. Les enfants nés de cette union seront ceux de la femme stérile qu'ils appelleront « père ». De même, son épouse l'appellera « mon mari ». La « femme-époux » remplit les mêmes tâches qu'un homme et peut transmettre son nom et ses biens (Akare, 2010). Ceci montre finalement que maternité et féminité sont indissociables aussi bien dans les sociétés matrilineaires que patrilinéaires. Il est impossible d'être femme sans être mère. C'est un lieu de passage de l'état d'imaturité à un état de maturité, de l'état de fille à celui de mère. Bikoma (2004), dans son étude sur « la socialisation chez la femme accomplie » au Gabon, pense que l'infertilité chez la femme est liée à cette idée de

³⁸ Terme fang qui veut dire « contrat mystique » passé entre deux personnes. Il s'agit d'une sorte de malédiction que porte une femme et qui se manifeste par le fait qu'elle ne peut avoir un foyer stable et des enfants.

maléfice irréversible, et que les termes utilisés pour la définir revêtent nettement un caractère péjoratif, négatif, qui viendrait la dévaloriser. Plus fréquentes encore sont les références à l'action sorcière de personnes familières. Dans les familles polygamiques peut s'instaurer entre coépouses un climat de rivalité et d'hostilité où les manigances occultes fleurissent tout à fait normalement, entraînant un fort sentiment d'anxiété et de suspicion quand les naissances ne surviennent plus. La malédiction proférée par des ascendants a pour effet de couper le courant de la vie qui se transmet de Dieu aux hommes à travers la chaîne des filiations ; en ce sens, la sœur du père paraît être un personnage déterminant. Richards (1956) relève des croyances selon lesquelles, durant le mariage, une grande partie de la dot revient à ses beaux-frères et à ses sœurs qui pourraient, en faisant appel à des fétiches, empêcher leur nièce de procréer. Donc, une femme ne devient mère qu'en vertu d'un accord implicite passé avec ses tantes paternelles ; nièces et tantes sont, du point de vue de l'enfant, complémentaires.

Chez les Doualas du Cameroun, l'infertilité est perçue comme provenant des mauvaises influences ou des fautes contre les règles du mariage. L'infertilité dans le mariage peut résulter du non-consentement du clan et particulièrement du père de la fille. Ce dernier a le plein droit de maudire sa fille en ces termes : « Que ma fille ne donne pas d'enfants, à moins que son mari ne vienne le poser (l'enfant) sur ma cuisse. ». Une malédiction proférée par une autorité parentale contre l'un des conjoints est susceptible d'entraîner l'infertilité (Bureau, 1996).

Mpase (1974) signale bien cette croyance dans son étude chez les Ntomba³⁹, et les Basengele⁴⁰ pensent qu'un mari qui ne respecte pas ses beaux-parents ne préserve pas sa femme d'une malédiction. De plus, ce manque de respect pourrait entraîner la stérilité, un accident mortel ou la mort de leurs enfants. La prudence et un peu de flatterie sont recommandées aux jeunes époux par le proverbe « un abcès se soigne toujours avec l'huile ». Le système de sanction institué par la tradition est assez rigide pour laisser certains manquements impunis.

Les Gusii⁴¹ ont tendance à rechercher les causes de la stérilité dans le registre de la punition. Parmi les raisons, on peut citer l'adultère, des dérèglements de jeunesse et surtout le fait d'avoir eu des relations sexuelles en brousse, en dehors de la maison et de la natte qui y sert de couche. Il s'agit là d'un véritable crime qui entraîne non seulement la stérilité,

³⁹ Les Ntomba, ethnie du groupe Mongo en République démocratique du Congo, occupent la forêt inondée de la cuvette centrale dans la région du lac Tumba.

⁴⁰ Les Songye sont un peuple établi dans le Sud-Est de la République démocratique du Congo.

⁴¹ Les Gusii sont une population d'Afrique de l'Est vivant principalement au sud-ouest du Kenya, dans la province de Nyanza.

mais aussi la sécheresse des sols, et exige une purification solennelle. Toutes les souillures et transgressions exigent des purifications et des réparations correspondantes. Mais il peut aussi s'agir de transgressions inconscientes et d'infractions involontaires : par exemple, chez les Bemba de Rhodésie, laisser tomber à terre le cordon ombilical d'un bébé peut avoir des répercussions néfastes.

Chez les Wolof⁴², la stérilité, qui renvoie à une forme grave d'infirmité, nie l'identité féminine, interrompt le cycle de la vie et expose celle qui en souffre à des railleries dans le voisinage (Ndiaye, 2009). Dès lors, le recours à la médecine traditionnelle est lié à la représentation sociale qui fait de l'incapacité à procréer 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'on doit chasser par exorcisme. La procréation est rendue indispensable dans ce parcours matrimonial et peut faire l'objet de prières, de rites et de soins préventifs. Par exemple, chez les Joola⁴³, les femmes victimes de fausses couches sollicitent l'intervention des prêtres auprès des esprits (*boekin*) en offrant du vin de palme.

Lorsqu'il s'agit de parler d'infertilité et de choix thérapeutiques, on se retrouve avec deux catégories de femmes et deux types de comportements associés : celles qui vivent en zone rurale et celles qui vivent en milieu urbain. En zone rurale, les femmes ne font pas directement appel à la médecine moderne, elles vont de « nganga »⁴⁴ en « nganga » pour interroger les divinités. Dans ce contexte, cette rencontre entre tradition et modernité est moins perceptible ; la femme reste beaucoup plus ancrée dans les croyances et les pratiques traditionnelles.

L'autre catégorie de femmes, par contre, consulte d'abord un médecin avant de se tourner vers le tradipraticien⁴⁵. Puis, elles vont de tradipraticien en tradipraticien pour supplier les divinités, les sorciers et les ancêtres dans le but d'avoir des enfants. C'est dans cette optique que Salem et Fournet (2003, p. 148) affirment qu'« en milieu rural, patients et "tradipraticiens" évoluent le plus souvent dans un système commun d'interprétation de la maladie, même si l'on recourt parfois aux services d'un guérisseur étranger au groupe. En milieu urbain, la situation est plus complexe : à l'offre de soins du guérisseur de sa propre culture, s'ajoutent les offres de personnes venues de tous les horizons du pays. À un même

⁴² Premier groupe ethnique du Sénégal.

⁴³ Les Diolas sont un peuple d'Afrique de l'Ouest établi sur un territoire qui s'étend sur la Gambie, le sud du Sénégal (en Casamance) et la Guinée-Bissau. Mais les Joola qui sont évoqués par l'auteur sont ceux de Casamance.

⁴⁴ Signifie en langue punu, sud du Gabon : tradipraticien ou tradithérapeute.

⁴⁵ À l'origine, le terme de « tradipraticien » est un néologisme formé à partir de l'expression anglaise *traditional practitioner* et destiné à valoriser le guérisseur traditionnel par rapport au *medical practitioner*, ou médecin (BRELET, 2002).

mal, correspondront des offres thérapeutiques variées, entre lesquelles le patient devra choisir, à moins qu'il ne les adopte toutes... ». Même si l'infertilité se définit comme un trouble fonctionnel, relationnel, voire psychologique, il n'en demeure pas moins que celle-ci fait l'objet de représentations culturelles et sociales qui orientent très souvent nos couples vers divers choix thérapeutiques.

Ezembé (2009, p. 101), dans *L'enfant africain et ses univers*, ne manque pas d'évoquer l'importance de la procréation : « Dans l'Afrique traditionnelle, la stérilité était une tare sociale qui affectait profondément la personnalité de l'individu. La femme stérile ou l'homme impuissant ne transmettait pas la vie qu'ils avaient reçue, n'enrichissant pas leur communauté. Ils étaient perçus comme des éléments passifs pour leur clan, des symboles d'échecs social et ontologique. » Il signale également, plus loin dans son livre, qu'actuellement, les psychiatres font état de l'émergence de manifestations anxio-dépressives, voire de décompensation psychotique, dans certains cas d'infertilité.

Une étude d'Inhorn et Van Balen (2002) présente plusieurs discours et débats entourant l'infertilité (la psychologie du sujet, l'utilisation de la rhétorique de la maladie, le courant féministe et sa théorie de l'infertilité), la question des nouvelles techniques reproductives, ainsi que les conséquences sociales de l'infertilité dans plusieurs sociétés. Inhorn souligne à cet effet l'importance de la naissance d'enfants dans le cadre du mariage, pour les femmes en Afrique et particulièrement en Égypte. Ici, l'infertilité est présentée comme un stigma, le signe qu'une femme n'est pas une vraie femme. La femme infertile manque de remplir son identité socialement attribuée. L'auteur affirme que la fertilité est la plus puissante source de pouvoir de la femme, et nous pouvons en déduire les difficultés rencontrées quand cette « monnaie d'échange » n'est pas présente.

Dyer et *al.* (2002) ont mené une recherche quantitative et exhaustive sur l'infertilité dans plusieurs communautés urbaines de l'Afrique du Sud. Les résultats de l'étude sont en accord avec les travaux d'Inhorn et Van Balen (*ibid.*), qui montrent que le vécu de l'infertilité est souvent accompagné de conséquences sociales négatives telles que l'instabilité maritale, la stigmatisation, l'abus. Le plus intéressant dans cette recherche est qu'ils évoquent une « stratégie de secret pour cacher l'infertilité ». Cette stratégie met en avant la « culture du silence » qui entoure bien souvent, et un peu partout en Afrique, les problèmes reproductifs. Comme en témoigne ce travail, les femmes infertiles ne peuvent répondre aux exigences et attentes sociales liées au genre féminin, et elles sont, pour cette raison, placées dans une « troisième catégorie de genre ». Donc, l'infertilité va à l'encontre des règles sociales, tout en les fragilisant et en les perturbant.

Devisch (1984, p. 81), dans son ouvrage intitulé *Se recréer femme : manipulation sémantique d'une situation d'infécondité chez les Yakas du Zaïre*, met l'accent sur les rituels qui entourent la fécondité : « Étant donné que la procréation constitue la principale raison d'être de l'alliance matrimoniale et que c'est par son rôle de procréation que la femme mariée succède à sa mère, se rattachant ainsi aux mères dans son ascendance utérine, c'est-à-dire, celles qui ont transmis la vie, les troubles gynécologiques sont socialement perçus comme des problèmes concernant l'alliance matrimoniale et la transmission utérine. Quant à la victime, elle est censée souffrir d'un trouble qui lui vient de l'extérieur, qui "ronge", la contrarie ou l'empêche de remplir ses fonctions.» À travers les rituels, l'union et les familles du couple touché par l'infertilité sont étudiées pour détecter toute entrave comme une offense, une dot non payée, la transgression d'un tabou sexuel. Tout acte contraire à l'échange (vol, ensorcellement, union extraconjugale...) est mis en relation avec la maladie ou la désunion.

Chez Héritier (1984), on lit une forme de représentativité des pratiques sociales liées à l'infertilité et des règles de conduite qui s'y rapportent. Ainsi, elle écrit : « La stérilité [...] est donc perçue avant tout comme la sanction sociale, inscrite dans le corps, d'actes qui enfreignent la loi, qui s'écartent de la norme et franchissent des limites toujours étroitement circonscrites. » (*Ibid.*, p. 153). De plus, elle souligne qu'« une femme stérile est souvent méprisée, car elle est un rêve inachevé, incomplet, totalement déficient » (*ibidem*, p. 129-130). La stérilité, comme stigmaté signifiant, entraîne des conséquences sociales qui perdurent toute la vie et même après la mort. Les rituels spécifiques réservés aux individus stériles lors de leur enterrement en témoignent (Héritier, 1977, p. 1984). Contrairement à un homme qui peut se réincarner dans un fils ou petit-fils de son frère, la femme stérile « si elle n'enfante pas, [...] sera comme si elle n'avait jamais existé » (Héritier, *op. cit.*).

Ravololomanga (1992) pense que chez les Tanala⁴⁶, la femme est considérée comme la première responsable de la maternité. En plus, le principe de filiation se transmet par son intermédiaire, car le système de parenté est indifférencié. On prend en référence le sang de la mère comme élément transmetteur de la chair, et le sperme de l'homme comme celui qui sert à apporter et à fortifier la partie osseuse de l'individu, selon les Tanala. Ceci rejoint la pensée de Malinowski (1980, p. 19-20), pour qui la femme est au point de départ de la filiation. En effet, il signale, dans son étude chez les Trobriandais, une société matrilineaire. Alors, l'infertilité est « considérée comme la pire des malédictions, se

⁴⁶ Les Tanala sont un peuple forestier du sud-est de Madagascar.

traduisant par un sentiment d'inquiétude, de vide voire de frayeur. Les termes, les images et les contes qui servent à la définir revêtent toujours un aspect péjoratif, négatif, voire stigmatisant celles qui en sont victimes » (Ravololomanga, 1992, p. 76). La femme stérile se sent mal à l'aise dans cette société qui accorde une grande importance à la femme féconde et où surgit dans la vie sociale et culturelle l'antagonisme entre fécondité et infécondité. Elle est souvent sujette à des remarques désobligeantes et à des suspicions de sorcellerie en vieillissant, car elle devient asociale et aigrie. Comme le souligne Héritier (1984, p. 130), l'infertilité devient, pour la femme, « le stigmate signifiant ». La femme est qualifiée par son entourage en fonction de cette infertilité, elle devient marginalisée et s'éloigne de son groupe car ne se sentant pas à sa place ; elle recherche plutôt la compagnie des jeunes filles voire même des hommes, mais cela est très mal vu dans cette société. Cependant, quand la grossesse tarde à apparaître, la jeune femme n'hésite pas à faire appel à des mesures proprement curatives. Mais l'essentiel reste d'éviter les causes susceptibles d'entraîner l'infertilité.

L'article de Donkor (2008) se concentre sur les perceptions sociales et culturelles des Ghanéens sur l'infertilité féminine au Ghana. En Afrique, mis à part les causes biomédicales de l'infertilité, les explications traditionnelles de l'infertilité sont encore socialement importantes. Le sens assigné à la stérilité est, pour une grande part, médiatisé par des facteurs socioculturels qui varient entre les régions (Van Balen, 2000). Des études menées au Ghana (Geelhoed, Nayembil, Asare, Schangen van Leeuwen et van Roosmalen, 2002) et dans d'autres parties de l'Afrique et en Asie (Dyer, Abrahams, Hoffman et Van der Spuy, 2002) ont cité des perceptions à la fois des causes biomédicales et traditionnelles ou religieuses de l'infertilité. Les causes communément traditionnelles de l'infertilité comprennent des causes surnaturelles, le voodoo⁴⁷, les malédictions par les ancêtres ou les divinités, les mauvais esprits et la sorcellerie. Aussi, ce qu'il faut comprendre, c'est que la culture façonne la pensée, la compréhension, les pratiques et les attitudes liées à l'infertilité. Il y a eu des pressions sociales et des attentes pour les femmes à procréer, et les femmes sont souvent blâmées pour l'infertilité (Guntupalli et Chenchelguden, 2004 ; Inhorn, 2003 ; Papreen et *al.*, 2000). Les femmes sans enfant peuvent rencontrer différents traitements de leur société. Par exemple, les femmes pourraient être expulsées soit par le mari lui-même, soit par sa famille ; leurs maris pourraient être encouragés à prendre

⁴⁷ Le vaudou (ou vodou, ou vodoun), plus rarement appelé vaudouisme, est une religion originaire de l'ancien royaume du Dahomey. Parfois assimilée à des pratiques occultes éclatées en de multiples communautés, cette religion d'ordre cosmique, issue des cultes animistes africains, est toujours largement répandue au Bénin et au Togo.

d'autres femmes. Dans certains cas, les femmes sans enfant auraient été exclues de quelques activités et célébrations importantes (Orji, Kuti, et Fasubaa, 2002). Les enfants sont d'une telle importance que dans la société traditionnelle, l'incapacité est à considérer comme une grande tragédie, et la femme qui ne porte pas d'enfants souffre d'humiliation (Nukunya, 2003).

En somme, plusieurs étiologies sont évoquées face à l'infertilité, afin d'établir un sens et par la même occasion pour rendre fertile cette « matrice vide ». C'est pour cette raison qu'Erny (2000, p. 259) déclare que « la hantise de la stérilité et la volonté de lutter contre elles ont donné naissance à de nombreuses pratiques dont beaucoup ont un caractère nettement rituel. Les unes visent à favoriser la fécondité et à poursuivre ainsi un but préventif ; les autres cherchent à détecter les causes d'une stérilité qui s'est déclarée ; d'autres enfin ont une fonction proprement curative ». Il faut comprendre qu'en Afrique, les causes et les traitements de l'infertilité sont aussi multiples les uns que les autres. Mais, l'objectif de toutes ces thérapies mises en place est de pallier le malheur de l'infertilité. Cela renforce l'importance de l'enfant et la place qu'il occupe dans la définition de la famille.

4.1.3. L'impact des mutations socioculturelles sur la définition de la famille et la place de l'enfant en Afrique

Avant d'aborder la question du désir d'enfant dans notre étude, il est important de resituer les diverses mutations socioculturelles qui ont bouleversé l'Afrique pendant la décennie de la colonie à nos jours, avec l'arrivée de la modernité et ses répercussions sur la définition de la famille, la place de l'enfant. Pour être en mesure d'expliquer la famille contemporaine des sociétés occidentales, les analyses anthropologiques doivent dépasser toute définition trop restreinte de celle-ci. La famille doit donc être abordée sous sa définition la plus large, puisque, comme le mentionne Weber (2005), le terme renvoie spontanément « à une norme familiale singulière, la famille nucléaire, et gêne de ce fait l'analyse des pratiques, des normes et des sentiments dans leur complexité » (Weber, *ibid.*, p. 20). La famille, dans le sens d'unité sociale, « est inscrite à la fois dans l'objectivité des structures sociales et dans la subjectivité des structures mentales objectivement orchestrées ; elle se présente à l'expérience avec l'opacité et la résistance des choses, bien qu'elle soit le produit de construction » (Bourdieu, 1996, p. 138). Ainsi, selon Bourdieu, si l'on admet que la famille n'est qu'un mot, qu'une construction verbale, il s'agit d'analyser les

représentations que les gens ont de ce qu'ils désignent par « famille » (Bourdieu, *ibid.*, p. 36). Ainsi, ce qu'il faut retenir, c'est le fait que la notion même de famille n'est pas à comprendre en termes de notion statique ou d'entité objective, mais plutôt comme une « pratique discursive organisée » et « un mode d'action au lieu d'un état d'être » (Parry, 2005, p. 288). Pour définir ce terme de famille moderne, il faut la voir comme une entité mouvante et changeante, et tenir compte de l'histoire et de l'idéologie dans une forme de continuum : « Les attitudes et les comportements se superposent et s'articulent dans le temps et il n'y a jamais de brusque changement révolutionnaire » (Goody, 2001, p. 219). Ainsi, si l'on doit faire référence à l'Afrique et définir la famille de nos jours, il n'est plus question de la voir en termes de famille élargie avec un chef de famille, mais plutôt comme une famille restreinte où prime l'individualisme sur le collectif. Le concubinage et les familles recomposées sont devenus quelque chose de banal.

Mais Goody (2001), qui a travaillé sur les sociétés occidentales, nous rappelle qu'au cours des deux derniers siècles, les unions libres existaient et qu'à cet égard, le concubinage et les familles recomposées ne sont pas un trait spécifique de notre modernité ; l'espérance de vie étant beaucoup plus courte, les remariages étaient jadis très fréquents. Coontz (2000) et Weiss (2000) pensent que les comparaisons faites entre les familles modernes et celles dites nucléaires n'ont pas lieu d'être dans la mesure où on retrouve des similarités. Ce qui reste à faire est de tenir compte du contexte dans lequel s'inscrivent les continuités, les transformations et les ruptures qui touchent la famille contemporaine africaine. En Afrique, il existe désormais deux types de famille. La famille traditionnelle est comprise comme un petit univers de rôles fixes et hiérarchiquement structurés. Dans la parenté traditionnelle, la famille est vécue comme une entité indivisible et entrevue sous l'angle de la continuité, où l'individu est d'abord considéré comme un représentant de sa lignée : « Dans le cadre d'une telle allégeance politique à la famille, les individus sont moins importants que le nom de famille [...] Il n'y a donc pas à se surprendre que l'individu se considère subjectivement comme un "moment" de la continuité familiale. » (Dagenais, 2000, p. 49-50). En effet, la famille traditionnelle était auparavant vue dans le sens de la perpétuation de la lignée afin que celle-ci ne s'éteigne pas.

La famille moderne est une famille élective dans laquelle dominant le choix et la valeur de l'individu. Ainsi, pour Dagenais (2000, 2005), les changements qui touchent la famille sont entièrement imputables à l'apparition d'un rapport subjectif au monde, donc à l'individualité: « À une parenté objective, la modernité a substitué une parenté subjective, essentiellement relative. Elle change selon la personne à partir de laquelle on la lit. Les

modernes lisent l'arbre généalogique à partir d'Ego, et les anciens à partir de l'ancêtre. » (Dagenais, *ibid.*, p. 55). Donc, le passage de la famille traditionnelle à la famille moderne serait principalement le passage entre deux modes d'être, c'est-à-dire deux façons de voir la vie au sein de la famille et de la parenté. Singly (2007, p. 28) écrit que : « Théoriquement doivent être distinguées la famille "traditionnelle" ou "holiste" au sein de laquelle les individus sont au service du groupe, et la famille "moderne", "individualiste" au sein de laquelle la famille est au service de chacun des membres. ». Si, traditionnellement, la famille servait à l'inscription généalogique de l'enfant dans sa lignée et favorisait la transmission de valeurs socio-économiques et morales, la famille dite contemporaine privilégie le développement d'une identité individualisée et a pour objectif principal d'aider chacun à se construire en tant que personne. Cependant, le processus d'individualisation ne fait pas automatiquement disparaître la dimension sociale de la famille. C'est pourquoi, Bourdieu (1996, p. 142) met en avant la persistance du caractère collectif de la famille, considérée comme « le lieu d'une sorte de volonté transcendante qui se manifeste dans des décisions collectives et où ses membres se sentent tenus d'agir en tant que parties d'un corps uni ». Les mutations familiales et sociales rencontrées, qui prônent l'individualisme, s'expliquent par le fait que le mariage n'est plus une priorité dans le couple. Avant, le mariage occupait une place centrale dans la construction sociale, juridique et symbolique de la filiation. C'était l'alliance matrimoniale qui désignait à l'avance le mari comme le père des enfants que l'épouse mettait au monde : « Les droits et les devoirs attachés à la filiation relevaient du mariage, lequel confondait le lien biologique et le lien social. » (Segalen, 2002, p. 64).

Pour revenir à ce qui a été dit en amont, c'est avec la montée de la parenté subjective que le rôle de la famille prend un tout autre sens : « La famille contemporaine existe moins en fonction de critères formels qu'en référence à une double exigence : la création d'un cadre de vie où chacun peut se développer tout en participant à une œuvre commune. » (Singly, 2007, p. 8). La famille en tant qu'entité se trouve imbriquée dans les sphères individuelles et sociales tout en se distanciant des liens formels (mariage et lien biologique) ; les couples essaient de fonder leur famille sans tenir compte des statuts établis par la société et des rôles de chacun. C'est dans cette mesure que les couples modernes souhaitent s'affranchir des rôles prescrits et des statuts établis par le modèle traditionnel de la famille : « Ils privilégient les liens affinitaires et égalitaires qui sont négociés et ils valorisent leur expérience personnelle. » (Murat, 2008, p. 29). La famille devient dans ce cas une « unité subjective de connexions intimes » (Hargreaves, 2006, p.

263), un « lieu où la valorisation de l'individu cherche à se coordonner avec la production d'un intérêt collectif » (Singly, 1996, p. 215).

La parenté est dominée par le caractère incertain de la paternité et la certitude de la maternité avec une inscription dans la reproduction. Dans un tel modèle familial, l'alliance, la filiation, la sexualité et la procréation se conjugaient en un seul ensemble ; le mariage des père et mère permettait à l'enfant issu de ce couple de s'inscrire dans leurs lignées. La maternité de la mère entraînait d'office la paternité de son époux, et la filiation dans le mariage était indivisible (Cadoret, 2006, p. 50-51). Par contre, Théry (2002, p. 215) semble affirmer le contraire lorsqu'elle dit : « On ne peut comprendre l'ébranlement contemporain de notre système de filiation sans le rapporter aux transformations majeures de l'alliance. » Cela signifie que le mariage perd son caractère d'unique voie de construction familiale et qu'il devient une question de conscience personnelle. C'est dans ce sens que Godelier (2004, p. 565) affirme que : « *l'union des sexes et la décision de lui donner un statut officiel, voire durable, sont devenues une affaire de plus en plus individuelle, privée, les sentiments ayant plus de poids que la pression sociale* ». Cela revient à redéfinir le lien de conjugalité de façon égalitaire dans la mesure où le mariage perd son caractère unique de voie de construction de la famille. Ce lien de conjugalité devient plus privé et suppose de le penser au sens de Théry (1998) comme un itinéraire partagé, une conversation se poursuivant sous l'égide de la liberté.

Ainsi, les nouveaux modes de vie liés à la conjugalité, avec l'augmentation des unions libres, la baisse du mariage et un niveau élevé de rupture, rendent la relation parent-enfant indépendante de la relation de couple, car le point de départ d'une union est l'arrivée de l'enfant et non plus le mariage. L'enfant devient ainsi l'objet d'un investissement affectif et éducatif sans précédent, et il reste d'autant plus reconnu comme une personne à part entière qu'il incarne la relation de ses parents et devient, dans une moindre mesure, l'extension de soi-même. Ainsi, le lien de filiation, en « s'affectivant » contrairement au lien conjugal, s'affirme davantage comme un lien incontournable : la représentation de la famille contemporaine s'est donc organisée autour de la valeur de la « responsabilité partagée » des parents. Mais celle-ci ne disparaît pas, même s'il y a rupture du couple et des liens conjugaux (Ronfani, 2006). Ce contexte filiatif et conjugal s'inscrit dans l'univers social et symbolique de la parenté, il tend à être relégué dans l'espace personnel et privé au vu du manque de repères collectifs : « Chacun est convaincu que la formation ou la rupture du couple et la constitution de sa descendance sont une affaire personnelle. » (Fine, 2001, p. 69).

Ainsi, toutes ces transformations progressives de la famille et de la parenté donnent naissance à un nouveau type de famille que Chateauneuf (2011) appelle « la famille élective et autonome »: « La famille est considérée bien plus comme la réalisation d'un projet personnel, comme un milieu protecteur de l'enfant ou comme une réunion de personnes en relation d'intimité et d'interdépendance, que comme une forme instituée d'articulation de l'alliance et de la filiation.» (Ouellette, 2000, p. 61). Cependant, cette « nouvelle famille » s'inscrit tout de même dans les valeurs anciennes, la nouveauté résidant plutôt dans les défis que pose ce genre de familles et dans le lot d'imprévis.

Dans une vision où la fécondité plus traditionnelle et/ou le besoin de se perpétuer sont primordiaux pour l'individu, la famille et le lignage, l'enfant prend une importance capitale et est attendu avec impatience. Avec la venue au monde de l'enfant, c'est le monde qui se renouvelle. Dans l'Afrique traditionnelle, on insiste sur la joie qu'éprouve une femme à devenir mère et à accepter pleinement la venue d'enfants, quel qu'en soit le nombre, puisqu'elle y trouve une sécurité et l'épanouissement de sa féminité. Donc, avec sa venue, l'histoire de la famille se réactualise, et « l'enfant devient ainsi le gage du don du grand ciel, d'un génie, du retour d'un ancêtre par transmission ou tout simplement le retour du même bébé mort, d'une même progéniture » (Kouassi, 2004, p. 344-345). En d'autres termes, les cultures africaines tentent de donner un sens culturel à la procréation, sans forcément ignorer les aspects biologique et physiologique.

Dyer (2007), a publié un article intéressant qui traite de la valeur des enfants en Afrique. Elle souligne que l'aspect émotionnel lié à la maternité est mis de côté au profit de l'aspect économique dans les études africaines. De ce fait, le concept africain de famille est souvent décrit comme une unité de production, comme une force de travail, une ressource financière par le mariage, ainsi qu'une assurance pour le grand âge. Un enfant est donc supposé valorisé pour ses valeurs tant sociales que communautaires. En Occident, la maternité et la paternité sont surtout vues comme l'accomplissement d'un individu. Donc, l'enfant est associé à des valeurs plus personnelles. L'auteur indique que l'enfant est bien lié à des aspects sociaux qui ne sont plus nécessaires ou présents en Occident. Néanmoins, il faut faire attention, quand on parle d'unité familiale ou encore de parenté, de ne pas effacer ou omettre entièrement les aspects émotionnels reliés à la procréation ; aspects qui peuvent également fortement influencer le vécu de l'infertilité.

Hakizimana (1984), dans son livre *Naissance au Burundi. Entre tradition et planification*, souligne qu'il existe, dans le Burundi rural, des raisons sociales, religieuses et économiques pour souhaiter une descendance nombreuse. Un enfant est avant tout une

continuation de la lignée, un symbole de la perpétuation de la famille et du clan. Il est aussi la raison pour laquelle ses parents sont vus comme des êtres « entiers », c'est-à-dire des adultes ayant atteint une maturité complète. Le statut de parents, celui de mère en particulier, se définit en lien avec la réussite familiale et sociale. Celle-ci se traduit par une élévation du statut social. Finalement, l'enfant est également une main-d'œuvre additionnelle qui contribue positivement au revenu économique de la famille ou du lignage (Mbisti, 1975).

Selon Ferry (1978), la vie du ménage est en très large mesure déterminée par la présence des enfants. Ainsi, l'union conjugale et le mariage n'auraient pour fonction que la procréation, laquelle serait en fait une demande sociale permettant la perpétuation de la société. À travers les entretiens, Brochard (2011)⁴⁸ constate que pour les couples, le désir d'enfant est une évidence qu'ils ne remettent absolument pas en question. Sow et Bop (2004) confirment cette idée de l'enfant comme symbole social. En effet, comme l'expliquent les auteurs : « Les sociétés africaines sont restées profondément natalistes, et l'enfant continue d'y être considéré comme une valeur et un symbole. » (*Ibid.*, p. 109). Donc, c'est l'enfant qui donne corps au mariage, il assure la descendance.

Une autre idée est que pour les Sénégalais, la valeur de l'enfant dépasse celle de l'argent, car il est le pilier de la famille, du couple et du mariage. Sans lui, toutes ces institutions perdent leur fonction et toutes les valeurs sociales s'effondrent. Cette idée appuie les propos de Meillassoux (1975, 2005) : « Quand bien même l'or, les pagnes, les ivoires, les manilles, le métal, le bétail séduisent, quand bien même ils acquièrent les apparences de trésors, ils ne sont aptes à produire et à reproduire les richesses que s'ils parviennent à se reconvertir en instruments de la vie. Les capacités d'un contrôle social qui s'exercerait par leur truchement sont donc toujours renvoyées aux richesses réelles qu'ils représentent : les subsistances, les femmes procréatrices et leur progéniture. » (*Ibid.*, p. 112). Ainsi, de ce raisonnement naît l'idée que l'enfant est une richesse symbolique qui a plus de valeur que les richesses matérielles.

Cependant, il existe désormais une transformation et une redéfinition de l'image de l'enfant chez les jeunes couples scolarisés africains. L'enfant passe de son rôle de force reproductrice (les enfants participant très tôt à l'économie du foyer) à celui d'enfant assisté (il coûte de l'argent au parent durant toute la période de scolarité). Les désirs et besoins d'enfants ainsi que l'éducation et les investissements affectifs sont en transformation. Vimard (1997, p. 156) pense que « la crise conduit dans certains milieux, à une plus grande

⁴⁸ Brochard émet cette hypothèse lors de ses entretiens de terrain menés au Sénégal dans le cadre de sa recherche doctorale en 2011.

cohésion du couple qui s'exprime autour d'un projet familial centré sur l'ascension économique et sociale de leurs enfants, ce qui contribue à renforcer la volonté des conjoints de maîtriser leur fécondité pour s'ajuster à leur capacité financière d'éducation et de scolarisation ». Cela pousse les couples à restreindre le nombre de naissances (deux ou trois enfants) afin de pouvoir s'en occuper convenablement et leur assurer un avenir meilleur. Afin de justifier ce choix, les parents évoquent leur enfance difficile, leur parcours scolaire de « galère » et leur insécurité financière (Mazzochetti, 2000, 2002).

Le choix préférentiel du conjoint dans le cadre endogamique permet aux migrants de s'identifier au couple de la culture d'origine. Avec cette identification au couple d'origine, le moi idéal tend vers une fusion avec le groupe d'appartenance. Et cela devient, comme le dirait Kouassi (*op. cit* , p. 344), source à la fois « de plaisir et de restauration introspective de l'objet perdu qui est le pays d'origine. Autrement dit, par le choix du conjoint, le migrant cherche toujours à sauvegarder son identité ». L'auteur ajoute que la procréation apparaît de façon tout à fait naturelle, chargée de représentations mystiques et mythiques, et s'inscrit dans un contexte sacré.

4.2. Désir d'enfant

4.2.1. Approches psycho-dynamiques de l'infertilité

De nombreux auteurs se sont intéressés aux causes psychologiques de l'infertilité, même si, chez les femmes rencontrées, l'infertilité est établie médicalement. Il m'a semblé important de résumer ces différentes approches afin de mieux saisir les enjeux inconscients.

Comme cause d'infertilité, nous évoquons les avatars de l'identification à la mère. Ainsi, Faure-Pragier (1997)⁴⁹ avance l'idée d'un lien entre l'infertilité et une difficulté d'identification à la mère, suite à une trop grande agressivité concernant un défaut d'autonomisation. Ces patientes ont un narcissisme fragile colmaté par un lien de dépendance à un substitut maternel qui est pour elles leur mari, souvent trop dépendant lui-même de sa propre mère. L'infertilité apparaît alors comme un compromis permettant d'éviter la grossesse parce que la femme est coincée dans une relation de type duel avec sa

⁴⁹ Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient : le psychanalyste face aux stérilités féminines*. Paris : PUF.

mère. Elle se sentirait, si elle était enceinte, trop menacée par le fœtus sur lequel elle projetterait sa propre hostilité à l'égard de sa mère. En même temps, devenir mère serait une attaque destructrice de sa propre mère. Cet auteur ajoute que le refus de la passivité, de la dépendance et de la réceptivité, posé comme caractéristique d'une féminité refusée inconsciemment, peut aussi exprimer « le refus de la soumission à la mère [...], sans qu'apparaissent au sujet les conséquences de ce refus ».

Bydlowski (1997)⁵⁰, quant à elle, insiste sur le rôle de la dette de vie qui relie la fille à la mère et des conditions pour qu'elle se réalise. Elle devient problématique lorsque la jeune femme éprouve un sentiment de haine envieuse qu'elle avait déjà éprouvé précocement, en tant que petite fille, envers les grossesses maternelles.

De plus, concernant la haine envers la mère, il est évident qu'une femme qui déteste sa mère n'arrivera pas à se projeter dans ce rôle maternel. Une explication possible à cette haine concernerait la revendication du pénis. En effet, pendant la phase phallique, l'enfant découvre les organes génitaux externes et se rend compte, même en ne connaissant pas leur signification, de l'absence ou de la présence du pénis. Les filles prennent conscience de leur « castration », ce qui les ferait beaucoup souffrir et attribuerait la responsabilité de cette frustration à leur mère, la rendant ainsi coupable de ne pas leur avoir fourni de phallus. En s'identifiant à leur mère tellement haïe, les femmes stériles veulent éviter, chez leur enfant, la déception et la souffrance qu'elles ont elles-mêmes éprouvées, et s'épargner l'hostilité qu'elles ont fait vivre à leur mère au moment de la découverte de leur « castration ».

Le deuxième facteur de risque serait rattaché à une conflictualité œdipienne non résolue. Il pourrait s'intituler le non-renoncement au fantasme incestueux, visant à avoir un enfant du père. Pour être mère, selon Bydlowski (1992)⁵¹, une femme doit un jour ou l'autre renoncer à ce que l'enfant qu'elle porte, ou qu'elle va porter, soit l'enfant du père de son enfance. Quand ce fantasme perdure, la stérilité permet alors de fuir les conséquences d'une conception réussie : éviter de donner naissance à un enfant du père afin de se protéger de la culpabilité que libérerait la réalisation d'un tel désir incestueux.

Selon Reboul (2001)⁵², la stérilité psychogène pourrait être considérée comme étant la conséquence d'un conflit œdipien non surmonté. En effet, les femmes amoureuses de leur père n'arriveraient pas à projeter cet amour vers un partenaire, chez qui elles

⁵⁰ M. Bydlowski, La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité, *op. cit.*

⁵¹ Bydlowski, M. (1992). Les infertiles : un enjeu de la filiation féminine. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 21, 60-143.

⁵² Reboul, J. (2001). *L'impossible enfant*. Paris : Desclée de Brouwer.

rechercheraient la perfection qu'elles retrouvent uniquement chez leur père.

Cette fixation œdipienne ne permettrait pas à ces femmes de se libérer de la figure du père dans leur couple, et leurs relations conjugales se traduiraient seulement par des essais infructueux de répétition de leurs relations au père. Étant conscientes de ce fantasme incestueux qui est socialement prohibé, ces femmes n'arriveraient pas à s'imaginer la conception d'un enfant, car il serait inconsciemment considéré comme celui de leur père, donc comme le fruit d'un amour interdit.

Faure-Pragier (1997)⁵³, quant-à elle, souligne plutôt les déterminants précœdipiens reliés à la stérilité ; elle reconnaît néanmoins que certains d'entre eux sont reliés à une conflictualité œdipienne. Même si le conflit œdipien semble plutôt faire défaut, le père n'étant pas assez investi érotiquement, il peut être présent dans certaines situations comme les inséminations artificielles avec donneur anonyme, où la dimension œdipienne est souvent rencontrée : le donneur anonyme étant alors identifié au père incestueux.

Lorsque la place de l'enfant est déjà prise au niveau fantasmatique par un ascendant, cela peut apparaître comme un risque majeur d'infertilité chez la femme. Dans ce cas de figure, l'enfant conçu mettrait le couple en péril : dans le cas d'un couple symbiotique, son équilibre serait gravement mis en question par l'arrivée de l'enfant. Lazartigues (1994)⁵⁴, note qu'il existe des couples parent-enfant dans lesquels l'enfant entrerait en rivalité avec le parent qui a la fonction d'enfant. Deutsch (1949)⁵⁵, cite un type de femme qui serait infertile pour l'amour de son conjoint : guidée par une intuition, elle sent qu'il ne désire pas et ne peut pas désirer un enfant. Ce point de vue est partagé par Bydlowski, pour qui la place de l'enfant peut être occupée par son propre parent, la priorité étant donnée aux ascendants aux dépens de sa propre descendance.

L'infertilité peut être due à l'existence d'un mandat inter- ou transgénérationnel négatif interdisant d'accéder à la maternité (Rousseau, 1998)⁵⁶. Pour Ancelin-Schutzenberger (1993)⁵⁷, il existe une balance des comptes familiaux qui permet de voir si on est en crédit ou en débit, si on a des dettes, des obligations, des mérites, faute de quoi on a, de génération en génération, une série de problèmes. Dès lors, la stérilité peut être porteuse de différentes significations : refus d'acquitter une dette. Bydlowski (1997)⁵⁸, développe une position semblable en parlant de dette de vie, c'est-à-dire « de don de la vie,

⁵³ S., Faure-Pragier, *op. cit.*

⁵⁴ Lazartigues, A. (1994). Secret et stérilité. *Nervure*, 2, 37-42.

⁵⁵ H. Deutsch, *op. cit.*

⁵⁶ Rousseau, P. (1998). Deuil périnatal : abord transgénérationnel. *Devenir*, 10, 33-65.

⁵⁷ Ancelin-Schützenberger, A. (1993). *Aïe, mes aïeux !* Paris : Desclée de Brouwer.

⁵⁸ M. Bydlowski, La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité, *op. cit.*

à la fois promesse d'immortalité et de mort » qui « induirait qu'une dette circule de mère à fille ». Normalement, c'est par le premier enfant que la femme « accomplit son devoir de gratitude à l'égard de sa propre mère ». Lorsque trop de conflictualités saturent la dynamique familiale passée, le désir de procréation peut être invalidé, sclérosé, par le truchement d'un mandat trans- ou intergénérationnel négatif.

Allison (1997)⁵⁹ nous montre, à travers quelques illustrations cliniques, comment l'impossible accès à la maternité peut être relié à une intense culpabilité inconsciente, associée à une rivalité fraternelle passée et déniée, combinée à un conflit œdipien, particulièrement quand la jeune femme a dû, pendant son enfance, prendre en charge des frères et/ou sœurs plus jeunes pour pallier les démissions ou les défaillances de sa propre mère. Le renoncement à la maternité a alors le sens d'une punition par rapport aux désirs agressifs et vient concrétiser le caractère inaccessible, impossible, de la réalisation de soi pour le sexe féminin. Cramer (1999)⁶⁰, à l'opposé de la position classique, associe mandat et négativité ; il pense que le mandat peut avoir une fonction positive, facilitatrice : la transmission transgénérationnelle assure un ancrage à l'individu dans la lignée familiale, culturelle et humaine, lui permettant de faire l'économie de devoir inventer de toute pièce son répertoire psychologique.

Setan et al. (2001)⁶¹, s'appuyant par ailleurs sur la position développée par Deutsch selon laquelle il est fréquent que la stérilité et la sur-fécondité proviennent de sources identiques et ne fassent que représenter les deux faces d'un Janus psychologique, posent, dans leur recherche actuelle, le fait que le mandat transgénérationnel peut avoir une fonction soit positive, soit négative sur la fécondité.

Le poids des traumatismes antérieurement vécus peut aussi constituer un facteur invalidant. Ainsi, des femmes qui n'ont pas connu leur mère, qui fantasment une maternité ou un accouchement catastrophe en fonction des avatars vécus par leur propre mère, ou qui ont été confrontées à un deuil non élaboré, ici la stérilité, exprimant, en reprenant le propos de Faure-Pragier (1997)⁶², « le refus du corps à faire naître un enfant qui viendrait prendre la place d'un mort », peuvent devenir infertiles ou ne pas parvenir à une conception effective. Les représentations que la femme peut avoir de sa grossesse et de son accouchement peuvent constituer des clignotants importants de l'impossibilité de mener

⁵⁹ Allison, G. (1997). Motherhood, motherliness and psychogenic infertility. *Psychoanalytic Quarterly*, 66(1), 1-17.

⁶⁰ Cramer, B. (1999). *Que deviendront nos bébés ?* Paris : Odile Jacob.

⁶¹ Setan, A.K., Theis, A. et Tychy, C. de (2001). Réflexions sur l'approche psychodynamique des stérilités féminines. *L'Évolution psychiatrique*, 66.

⁶² Faure-Pragier, op. cit.

une grossesse à terme. Pour Bydlowski (2003)⁶³, toutes les pathologies obstétricales antécédentes peuvent être, par un effet traumatique, responsables d'une inhibition de la fécondation ultérieure. Il s'agit bien d'infertilités secondaires au sens médical habituel : un début de grossesse a eu lieu auparavant, celle-ci s'est terminée tragiquement, ou une naissance s'est déjà produite, puis l'infertilité s'est installée. La grossesse, si elle s'installait, se présenterait comme une catastrophe psychique et/ou vitale, et la stérilité, aussi douloureuse soit-elle moralement, en protège le sujet.

L'effet traumatique, inhibant la procréation suivante, concerne la représentation mentale et non la gravité sur le plan de la réalité médicale. Par conséquent, nous pensons qu'il est justifié de rapprocher ces infertilités secondaires, d'autres cas d'infertilité, où l'antécédent est constitué non plus par une grossesse perdue par la femme mais par une catastrophe (parfois oubliée) ayant touché sa lignée de filiation féminine (mère, grand-mère, tante).

4.2.2 Théorie psychanalytique et « désir d'enfant »

L'expression « désir d'enfant », en Occident, a eu un essor considérable avec la propagation des moyens contraceptifs, modifiant ainsi le rapport entre féminité et maternité. Cela a favorisé chez les couples le fait de se prononcer de façon consciente sur leur souhait ou non d'avoir un enfant : « Cette nouvelle situation fait du désir d'enfant une démarche consciente raisonnable, délibérée, voire programmée. Ce désir paraît ainsi la traduction naturelle du désir sexuel dans la perspective d'assurer la prolongation de l'espèce. » (Bydlowski, 1997, p. 65)⁶⁴.

Dès 1895, Freud utilise le terme « désir » pour faire référence à une envie interdite. C'est dans *L'interprétation des rêves*, en 1900, que la définition du désir devient progressivement plus précise. En effet, pour Freud, le désir est ici désir inconscient lié à des signes infantiles indestructibles : « Le désir inconscient tend à s'accomplir en rétablissant, selon les lois du processus primaire, les signes liés aux premières expériences de satisfaction. » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 120)⁶⁵. Freud (1900, p. 463)⁶⁶ définit le désir en se référant à l'expérience de satisfaction à la suite de laquelle « l'image mnésique

⁶³ Bydlowski, M. (2003). Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine. *Gynécologie, Obstétrique & fertilité*, 31, 246-256.

⁶⁴ Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF.

⁶⁵ Laplanche J. et Pontalis, J.-B. (1967), *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris : PUF.

⁶⁶ Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung*, F. Deuticke, Leipzig, Wien, GW., II, III, *L'interprétation des rêves* (1967), Paris, PUF.

d'une certaine perception reste associée à la trace mnésique de l'excitation résultant du besoin ». Le réinvestissement de l'image mnésique s'effectue donc au travers d'une « motion pulsionnelle » que nous nommerons désir. Le désir est à concevoir en tant que processus dynamique inconscient, susceptible d'orienter le sujet dans la recherche d'un objet permettant d'assurer sa satisfaction. Freud (1933a) considérait le désir d'enfant comme un souhait passif relayant le désir actif que représente l'envie du pénis, c'est-à-dire le désir d'obtenir du père le pénis que la mère n'a pu lui donner, sous-entendant que le désir incestueux interviendrait dans toute grossesse. Partagée entre le père et sa fille, ce désir incestueux serait vécu avec plus d'acuité lors de la première grossesse, et tendrait à se refouler après la naissance (Bydlowski, 1978). Ainsi, le désir de procréation chez tout être humain est fortement influencé par le développement psychosexuel qui se présente différemment dans les deux sexes.

Bien plus tard, Bydlowski poursuit la réflexion sur la question du désir d'enfant, qu'elle définit comme « un processus complexe où se retrouvent les souhaits conscients d'immortalité et d'identification aux parents qui ont précédé. À ces vœux conscients, se combinent les représentations inconscientes. La combinaison va se faire selon un mode d'organisation imprévisible » (Bydlowski, 1997, p. 88)⁶⁷. Elle ajoute que par désir d'enfant, elle entend la résultante « d'une combinaison harmonieuse entre le désir d'être comme sa mère des premiers soins et un autre désir, celui d'avoir comme elle un enfant du père » (*ibid.*, p. 140)⁶⁸. Pour que le désir inconscient puisse être satisfait et permettre à la femme de s'affirmer par la maternité, son désir doit résulter de trois combinaisons harmonieuses :

- la volonté d'identification à la mère des débuts de vie ;
- le vœu d'obtenir comme elle un enfant du père ;
- la rencontre de l'amour sexuel pour un homme du présent, et le tout étant la conception et la naissance d'un enfant.

Elle ajoute que le « désir d'enfant » se catégorise de trois façons. Tout d'abord, il y a la catégorie du projet d'enfant/souhait d'enfant, qui est consciente et raisonnable ou préconsciente. Il s'agit du projet social de vie en couple. Ensuite, nous avons la catégorie identificatoire : l'identification positive aux parents est l'un des moteurs préconscients ou conscients du désir d'enfant. Il s'agit de cette envie d'être parent comme les personnes qui nous ont précédés, afin de satisfaire l'idéal du Moi au sens freudien. Enfin, la catégorie du désir d'enfant est la porte d'entrée pulsionnelle du désir d'enfant, souvent inconnue pour la

⁶⁷ Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 140.

personne qui l'exprime.

Ainsi, « pour que la jeune fille puisse cheminer vers un désir d'enfant réalisable, il ne faut pas qu'elle soit freinée par la violence du conflit œdipien [...] afin que la relation de tendresse de la mère des débuts de la vie ne soit pas perdue » (Bydlowski, 1997, p. 141)⁶⁹. Pour la femme mûre sexuellement, le désir d'enfant est le prolongement du désir infantile de recevoir un enfant de son père (Deutsch, 1994)⁷⁰. Durant l'adolescence, une différenciation entre la mère des premiers soins et la femme du père est réalisée. Il est important, pour la continuité du désir d'enfant, que l'intensité du conflit œdipien ne vienne pas faire oublier la relation et l'image de la mère des premiers soins. Par voie de conséquence, « le désir d'enfant qui paraît être la plus naturelle et la plus universelle des valeurs humaines est en réalité un processus complexe où se retrouvent les souhaits conscients d'immortalité et d'identification aux parents qui nous ont précédés » (*ibid.*, p. 88)⁷¹. En plus d'être la traduction du désir sexuel dans sa fonction d'assurer la reproduction de l'espèce, le désir d'enfant possède une autre fonction, celle de transmettre l'histoire personnelle et familiale.

Cependant, il ne faut pas confondre « désir d'enfant » et « besoin d'enfant ». Le besoin d'enfant concerne les couples souffrant d'infertilité, dont la demande d'avoir un enfant est quasi obsédante à cause de l'entourage familial. « L'enfant à venir serait supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuils, solitude, destin, sentiment de perte. » (Bydlowski, 1997, p. 66)⁷². Il est censé tout réparer, tout combler et réparer le narcissisme du couple mis à mal par le symptôme qu'est l'infertilité.

Actuellement, nous vivons dans une période où « vouloir un enfant » est représenté comme une décision consciente qui résulte du contrôle de la fécondité et d'une programmation bien souvent liée aux projets de vie, aux contraintes de sécurité matérielle, qui est à différencier du désir d'enfant, qui, lui, tend le plus souvent à nous échapper, car il relève des enjeux de l'inconscient. Ce projet est infiltré de significations et de désirs inconscients (Bydlowski, 1978). Même si le projet conscient est inconscient et la naissance complètement inattendue, l'effet de surprise, comme dans un lapsus, permet l'élucidation du désir. La venue d'un enfant traduit la mise à jour, la mise en corps, de désirs inconscients. Tout cela pour dire que la transmission de la vie échappe complètement ou partiellement à ceux qui la transmettent (*ibid.*). Ainsi, l'infertilité peut renvoyer

⁶⁹ Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*, op. cit.

⁷⁰ Deutsch, H. (1994). *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*, Paris: PUF.

⁷¹ M. Bydlowski (1997). *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*, op. cit.

⁷² *Ibid.* (1997), p. 66.

douloureusement les femmes dans les limites imposées par leur corps, vers un sentiment d'impuissance, occasion de souffrance psychique et de réveil de conflits mal élaborés. Ne pas pouvoir procréer reste une expérience très fragilisante sur le plan narcissique, ceci d'autant plus que nous sommes dans une société où l'enfant occupe une place particulièrement valorisée. La blessure liée à l'infertilité affecte alors la femme dans sa vie sociale, mais aussi dans sa vie de couple et plus encore du point de vue de sa vie psychique. Ne pas pouvoir enfanter conduit vers un sentiment d'incompétence, qui résonne soit du côté de la castration œdipienne, soit du côté de l'incomplétude narcissique. L'impact du côté de l'identité et de ses fondements est donc considérable. Aussi, étant dans un contexte socioculturel où les interprétations de l'infertilité s'inscrivent dans des systèmes de représentations culturelles où prennent place les croyances aux forces invisibles, aux esprits des ancêtres et au pouvoir maléfique des sorciers, nous souhaitons nous intéresser aux facteurs psychologiques intervenant en amont et en aval de l'infertilité, pour identifier leurs effets, dans les situations où la femme a déjà été mère, et dans les situations où elle n'a pas encore d'enfant.

La question du désir interpelle donc des enjeux narcissiques et œdipiens, et engage la résolution du complexe d'Œdipe et la nécessité d'une identification positive à la mère. Car si la haine subsiste à l'âge adulte, elle peut se mettre au service d'un blocage de la transmission de la vie et de la continuité de soi. Pour certaines femmes, l'absence de maternité se caractérise par un refus profond de l'enfant, et trouve son origine dans la « mémoire souffrante d'une relation défailante avec la mère originaire » (Bydlowski, 2008, p.102)⁷³. S'agissant des enjeux narcissiques, l'enfant qui doit naître ne doit pas être considéré au sens du comblement ou de la rivalité narcissique, sinon, il peut apparaître menaçant. Chez les femmes infertiles, l'enfant à venir est celui qui est supposé tout réparer, tout accomplir, tout combler : deuil, solitude. Il répare et conjugue le narcissisme du couple. Avoir un enfant, c'est se prolonger soi-même, s'inscrire dans une forme de continuité, régler sa dette de vie (Bydlowski, 1997)⁷⁴. Au sein du couple, l'enfant est bien souvent rêvé dans un premier temps, comme un enfant paré de qualités idéales, qui apporte le bonheur et répare la blessure narcissique des parents. Il apparaît comme un prolongement du couple, attendu comme le fruit d'un amour partagé. De ce fait, Veuillet-Combiér (2002)⁷⁵ affirme que pour la femme, l'impossibilité d'enfanter favorise un arrêt de la filiation biologique, remet en cause le sentiment d'appartenance à la lignée et à

⁷³ M. Bydlowski, Les enfants du désir, *op. cit.*

⁷⁴ M. Bydlowski, La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité, *op. cit.*

⁷⁵ Veuillet-Combiér, C. (2002). Des enjeux de l'héritage à l'adoption. In *le Divan familial*, 8, 185-193.

l'espèce humaine: « Solder sa dette vitale et passer du statut de créateur à celui de débiteur à l'égard de la vie qui a été transmise, devient un défi difficile à relever. ». Elle ne peut pas jouer son rôle de passeur de vie car le symptôme d'« infertilité » pose une expérience qui la condamne à voir mourir ce qu'elle aurait souhaité voir vivre après elle. En somme, il ne lui est plus possible de jouer la carte de l'immortalité de la lignée contre sa propre mort. Donc, pour la femme infertile, la question du désir d'enfant interpelle à la fois des enjeux œdipiens et narcissiques, et l'absence de maternité peut menacer et fragiliser l'identité féminine.

Ainsi, selon Bydlowski (1978), le désir d'enfant peut s'inscrire dans un registre œdipien et narcissique. La conception qui est évitée afin de ne pas mourir soi-même en donnant vie à un enfant qui prendrait sa propre place et la conception à l'occasion d'un deuil sont deux aspects d'une même problématique narcissique. Ainsi, le remplacement de l'enfant « perdu » reste un mécanisme que l'on pourrait qualifier de compensatoire, démontré chez les mères d'enfants atteints de malformations à la naissance et n'ayant pas survécu, qu'ils soient mort-nés ou décédés en période prénatale (Davis et *al.*, 1995). Il existe à ce moment une recrudescence du besoin sexuel, irruption libidinale triomphante au moment de la perte d'objet qui est un phénomène développé par Torok (1968). L'annonce de la mort ou du danger de mort qui concerne un frère ou un père éveille la pulsion sexuelle incestueuse inacceptable, désir pour l'objet mourant ou mort, qui sera refoulé. La conception qui s'ensuit est une mise en acte, venant se substituer au travail psychique de deuil. L'enfant prenant la place du cadavre qui « s'enfuit dans l'enfant » vient bloquer le processus de deuil, il y a négation narcissique de la perte d'une partie de soi. Un sentiment de péché irréparable s'ensuit, celui d'avoir été envahi de désir au moment où il serait convenable de s'affliger et de s'adonner au désespoir.

La maternité selon Blum (1976), n'est pas qu'une simple pulsion du ça, une gratification narcissique ou une consolation des fantaisies de la castration au sens freudien. Mais, c'est plutôt l'aspect convoité de l'idéal du moi féminin. La maternité comme idéal maternel basé sur les identifications précoces de la femme enceinte avec sa propre mère. L'idéal du moi féminin est centré autour de la mère mais prend en compte toutes les représentations d'objet concernant là les aspects de la fonction maternelle, et les identifications aux aspects positif du père. La blessure narcissique liée au fait de n'avoir pas obtenu un pénis et les différents effets sur la relation mère-fille contribueraient à une formation d'un idéal du moi immature qui va évoluer : celui d'une petite fille pas agressive, propre, qui est déterminée à renoncer à toute activité sexuelle. Pour être à l'aise

ou non dans la fonction maternelle, il faut que l'idéal du moi soit de bonne qualité.

Rappaport (1994) pense que l'idéal maternel est primaire, créatif et évolutif. La future mère, pour développer un sentiment maternel, doit avoir à différencier sa propre image des représentations inconscientes inacceptables de sa propre mère, à qui elle est liée, et à résoudre ses ambivalences en ce qui concerne la séparation. En cas de mauvaise introjection parentale, la femme doit aussi ébranler les croyances fixes qu'elle doit être exactement comme sa propre mère, que toutes les femmes ont des caractéristiques similaires concernant la mère détestée, et conclure que la « femme » n'est pas un objet indésirable pour l'identification.

Groddeck (1921) développe une idée similaire et affirme que les femmes qui détestent leur mère n'ont pas d'enfant ; la haine ne permet pas de s'inscrire dans la continuité. La vengeance barre la transmission, mais enfanter, c'est reconnaître sa mère à l'intérieur de soi. Il est nécessaire d'avoir une référence à une image maternelle pour enfanter. La femme en voie de devenir mère s'appuie sur l'ombre de sa mère. Bydlowski (1978) pense à cet effet que la seule femme à qui une mère peut confier son enfant est sa propre mère idéalisée, même si d'intenses conflits ont marqué leur relation passée. L'ombre de la mère représente la dette symbolique que l'enfant vient incarner, dette d'existence envers les mères qui nous ont précédés, qu'une femme règle avec sa propre mère par l'enfantement du premier enfant. Inversement, l'avortement prend le sens de tuer la mère à l'intérieur de soi, inscrite dans la haine maternelle. Il est question ici d'avorter, voire de se mutiler au lieu de reconnaître une dette à l'égard de la mère ; avorter, peut-être, devient le prix du sang à verser pour devenir femme soi-même (Bydlowski, *ibid.*).

Benedek (1970) décrit la maternité comme un besoin primaire prenant sa source dans les pulsions reproductives de la femme. Kestenberg (1956b) a émis l'hypothèse que le désir d'enfant était probablement inné, mettant l'accent sur les origines biologiques et instinctuelles qui évoluaient à travers les stades de développement. Elle croit que les sources des sentiments maternels découlent des sensations vaginales et de la conscience d'avoir un vagin. L'auteur explique le désir d'enfant également comme étant une identification à la fonction reproductive maternelle (Kestenberg, 1956a). En observant des enfants entre deux et quatre ans, elle décrit une phase maternelle durant laquelle l'enfant ressent le désir d'un bébé et d'être comme maman, qu'il exprime dans sa façon de jouer à la poupée et ses préoccupations. Dans cette optique, Jacobson (1964) décrit deux types d'identification : la fusion des représentations du soi et de l'objet, associée aux premières expériences de gratification libidinale, et les identifications précœdipiennes émanant du

désir d'être, d'imiter, de devenir comme la mère. En enfantant, la femme rejoint sa propre mère et la prolonge en se différenciant d'elle (Groddeck, 1921).

Applegarth (1988) apporte une vision globale tenant compte de diverses composantes du désir d'enfant, soit la satisfaction des pulsions libidinales génitales, la satisfaction narcissique d'avoir une réplique de soi, l'identification avec la mère et avec l'idéal du moi féminin, ainsi que des désirs masochistes décrits par Deutsch (1945) et toujours controversés.

II. PARTIE METHODOLOGIQUE

II. PARTIE METHODOLOGIQUE

1.OBJECTIFS ET PROBLÉMATIQUE

1.1. Objectif de la recherche

Selon Cacou (2012), dans le contexte africain, l'enfant reste l'attribut principal de la femme. La femme inféconde dérange tous les schémas: celui de la continuité de la transmission biologique transgénérationnelle de la lignée familiale ; celui d'agent intégré par le mariage pour assurer cette lignée dans la belle-famille ; celui de preuve de la virilité de son époux ; celui, plus général, du fonctionnement adéquat, signe de la santé du groupe, en accord avec les ancêtres et les esprits. De ce fait, l'enfant qui tarde à venir déclenche rapidement des tensions et conflits au sein de la vie du couple et de sa famille. Les hommes et les femmes savent que le temps est compté, et la société est là pour le leur rappeler. Face à la stérilité, les itinéraires thérapeutiques se caractérisent par le recours aux soins traditionnels, comme étape initiale en milieu africain. Par contre, dans la migration, qui demeure l'étape liminaire bouleversant l'équilibre passé du sujet en le confrontant à diverses formes de dépossession, c'est un moment de rupture avec le territoire mais aussi de l'histoire personnelle. « L'impossibilité d'enfanter questionne de façon particulièrement aiguë » (Herry et *al.*, 2008, p. 161) les appartenances culturelles, fantasmatiques et psychiques des femmes (Moro et Mazet, 1998). Dès lors, le statut de femme migrante se définit en référence au pays d'origine qui prône la maternité. Mais il se complexifie avec le référent du pays d'accueil, pour qui l'enfant n'est pas forcément le sauveur du couple et de son histoire personnelle (Herry et *al.*, 2008). Lorsque les raisons de la migration sont d'ordre matrimonial, les femmes vont vivre cette impasse généalogique de façon douloureuse. Mais le désir de maternité fait qu'elles idéalisent les techniques d'AMP comme l'ultime recours pour contourner cette « matrice vide ». Les échecs des traitements de biomédecine en cours engendreront un retour vers les ressources des thérapies traditionnelles qui ont été mises à l'écart chez certaines femmes. Cependant, Herry et *al.* (2008, p. 163) parlent à ce moment d'une forme de « régression psychique ». Mais, parler de régression psychique revient à dénier les bénéfices et l'idée de l'idéalisation de l'AMP chez les femmes qui y ont recours. Ces traitements sont faits en parallèle des traitements médicaux dont le but est de les prolonger. Alors s'installe une alternance thérapeutique

dont l'objectif est de mettre toutes les chances de leur côté ; celle-ci est due à cette forme d'acculturation ou de culture de contexte dans laquelle les femmes se trouvent.

Cette recherche a pour objectif de travailler en partie les processus acculturatifs mis en place par les femmes, et l'imaginaire pré- et post-soins après l'annonce de l'infertilité. Cela pourrait, sur le plan institutionnel, donner des pistes de réflexion au personnel de santé pour mieux prendre en charge ces femmes venues d'ailleurs.

Cette recherche se donne comme objectif, au niveau théorique, de mettre en relief la question de l'infertilité dans la migration tout en faisant un lien avec le vécu du parcours d'AMP afin de pallier cette impasse généalogique. Les données de terrain ont modifié mes hypothèses, et donc, il ne s'est pas agi seulement de tenir compte de l'imaginaire. Je n'en reste pas à l'imaginaire, mais je vais au-delà en incluant des questions telles que le vécu subjectif de l'AMP, les itinéraires thérapeutiques et les bouleversements engendrés, pour ces femmes, par le processus d'AMP.

Donc, grâce à la *Grounded Theory* (Glaser et Strauss, 1967), les objectifs de cette recherche sont les suivants :

- D'abord, travailler la question de l'imaginaire lié à l'AMP dans un contexte migratoire, après la découverte de l'infertilité pré- ou post-migratoire.
- Ensuite, travailler sur la question du vécu de l'AMP, qui implique la prise en compte d'un tiers dans un processus de recherche de maternité où la sexualité est médicalisée, voire mise à nu. Ce qui diffère de la représentation de la sexualité qu'elles ont toujours connue et qui implique uniquement le couple.
- Enfin, voir, à travers le matériel, comment ce vécu de l'AMP transforme ou bouleverse les représentations des femmes qui y ont recours.

Je souhaite mettre en évidence l'influence de la culture et comprendre comment cette maternité hors du cadre sexuel est vécue chez des femmes ayant grandi dans des mœurs et traditions où l'enfant se conçoit dans l'intimité et revêt une importance capitale dans la reconnaissance de la femme au sein de sa belle-famille.

Sur le plan méthodologique, j'ai souhaité articuler deux méthodologies différentes mais complémentaires. La théorie ancrée permet de laisser parler le matériel en tirant une interprétation la plus fidèle possible au discours du sujet. De plus, avec celle-ci, les catégories émergent du discours du sujet. Avec le complémentarisme, il est question de soumettre à des lectures différentes les données d'une recherche à des disciplines comme la psychologie, l'anthropologie et la sociologie. La dimension ethno-psychanalytique de ma recherche tient aussi bien à des théories auxquelles je fais appel qu'au matériel (entretien

de recherche avec des femmes migrantes) et aux méthodologies utilisées. C'est grâce au complémentarisme que les différents champs théoriques peuvent se confronter à cette parole humaine.

1.2. Problématique

Selon les études anglo-saxonnes (Franklin et Ragoné, 1998 ; Inhorn et Van Balen, 2002), la procréation et l'infertilité sont au cœur de la parentalité. Comme le précisent Bonnet et Duchesne (2014), elle vient interroger le lien qui s'est fait de façon inconsciente entre procréation et alliance matrimoniale, car l'infertilité en Afrique reste une cause majeure de stigmatisation de la femme au sein du foyer, même si la cause est attribuée à l'homme. De plus, les perspectives psychologiques, culturelles et les stratégies mises en place semblent être différentes. Elles vont, pour certaines, de la médecine moderne à celle dite traditionnelle, et *vice versa*. Les deux traitements peuvent se chevaucher ou se faire en parallèle.

Je constate, au cours de mon observation sur le terrain, qu'il y a une forte affluence de couples migrants d'Afrique subsaharienne dans le centre d'AMP de Bichat, représentant à peu près 36 % des consultations et 24,45 % des tentatives (FIV, ICSI, IIU), selon les données statistiques de l'année 2015⁷⁶. Pourquoi cette forte affluence ? Il y a très peu de ressources pour le traitement des couples infertiles en Afrique. Les méthodes conventionnelles (traitements hormonaux, prise de sang...) préalables à l'indication du traitement de l'infertilité sont mal développées dans plusieurs pays d'Afrique. L'efficacité du traitement en Afrique ne dépasse pas 10 % des couples (Okonofua, 2003). Certains cas d'infertilité (occlusion tubaire bilatérale, oligospermie sévère, déficit ovarien précoce) auraient dépassé la portée de ces méthodes dites conventionnelles qui seraient de ce fait inefficaces. Cela favorise une mobilité transnationale des classes moyennes et supérieures pouvant s'offrir les soins à l'étranger. Cependant, les couples que je rencontre sont majoritairement issus d'une migration pour des raisons économiques et matrimoniales, mais très peu pour des raisons de santé. Notre étude se tourne vers cette population dite migrante qui vit en Europe depuis cinq ans et dont les raisons de la migration sont diverses et variées.

Mon intérêt pour la question spécifique des femmes africaines qui ont recours à

⁷⁶ Ces données statistiques nous ont été fournies lors des journées dédiées à la clôture des données tirées pour l'Agence de la biomédecine.

l'AMP en France et qui ont migré pour des raisons quelconques découle d'une première étude menée en master 2 recherche⁷⁷, avec des observations et des entretiens sur le lieu de stage et au domicile des femmes. Au départ, il s'agissait de travailler sur les représentations de l'infertilité et de l'AMP. Mais, au vu des données de terrain, il était intéressant d'inclure la question des itinéraires thérapeutiques et du vécu subjectif des femmes migrantes en AMP. Cet itinéraire est à la fois psychique et physique et met en avant la question de la migration, du vécu de l'introduction d'une possibilité, à savoir les techniques d'AMP, tout en travaillant sur la façon dont l'utilisation de ces techniques modifie les représentations de ces femmes.

Ma position de migrante originaire d'Afrique subsaharienne m'amène à supposer que dans certains cas, la perception de l'infertilité et de l'AMP chez les femmes originaires d'Afrique enchevêtre les liens avec le pays d'origine. J'ai pu observer, durant mon stage, que le vécu quotidien de l'AMP favorise chez les femmes un système de représentations mixtes ou un métissage dans le soin allant des techniques modernes à un système de soins traditionnels, et non une « régression » due aux limites des techniques d'AMP.

Un autre aspect de la question qui n'a pas été pris en compte dès le départ est celui du risque viral⁷⁸, qui demeure une problématique importante au centre d'AMP. Le centre d'AMP de Bichat fait partie des centres parisiens, avec Cochin, la Pitié-Salpêtrière et Diaconesse, qui s'occupent du risque viral en Île-de-France. En dehors des couples qui consultent pour infertilité, d'autres couples y sont orientés à cause du risque viral. En effet, les couples sérodiscordants (VIH, HBV, HBC) désirant faire un enfant sont pris en charge en AMP pour éviter les risques de contamination mère-enfant. Ainsi, les équipes d'AMP sont sollicitées par des couples dont l'un des partenaires ou les deux partenaires sont infectés par le VIH, le VHB ou le VHC. C'est le prélude de la construction d'un individu issu d'un couple qui cherche à accéder à la maternité par l'entremise d'une « sexualité

⁷⁷ Cette étude exploratoire vise à étudier, à partir d'une approche psycho-dynamique et ethno-psychologique, les enjeux intimes spécifiques engagés par l'expérience de l'infertilité primaire et secondaire et les différents bouleversements engagés en conséquence au niveau de la représentation de soi chez la femme gabonaise. Les résultats de cette étude confirment la fragilité des assises narcissiques et l'importance accordée aux croyances à la sorcellerie, à la malédiction dans cette quête de causalité de l'infertilité. Le désir d'enfant semble de ce fait être motivé comme norme sociale du genre avec des incidences inconscientes, à savoir : la recherche d'un état de complétude narcissique ou bien souhaité comme solution pour régler une dette d'existence. Pour ce qui est de l'identité féminine, les femmes affirment se sentir « femmes à part entière » car un début de grossesse a déjà eu lieu. Ainsi, cet enfant ou cette fausse couche représente le « socle » sur lequel repose leur sentiment d'identité féminine.

⁷⁸ On entend par risque viral le risque de transmission d'un agent infectieux par le sang et les liquides biologiques. Le risque de transmission est important et grave pour le VIH (sida) et les virus des hépatites B et C (VHB et VHC). Lorsqu'on parle de risque viral dans un contexte d'AMP, c'est pour éviter la contamination au conjoint ou à l'enfant.

stérile et de la contrainte de la non-transmission à l'enfant du caractère dangereux de leurs émissions sexuelles » (Rosenblum, 2012, p. 8). La pratique de l'AMP a pour but d'éviter la transmission d'une maladie à l'enfant. Ces techniques viennent autoriser une réinscription de ces couples au sein de la société, car ils lèvent l'interdit du fait de la contamination. L'AMP permet à ces couples de passer du statut de créateur survivant à celui de parents potentiels, et dans une moindre mesure, vers l'immortalité que confère le statut de parent. Selon Rosenblum (*op. cit.*), les contraintes pour les couples sérodiscordants atteints de VIH, VHB ou VHC sont d'avoir une sexualité protégée, y compris pendant la grossesse et l'allaitement, de respecter des conditions sérologiques pour confirmer la séronégativité d'un des membres du couple qui n'est pas infecté ; la charge virale indétectable dans le sang maintient le couple sous la tutelle d'une sexualité codifiée par la quantification normée des constantes biologiques. En effet, l'intimité des conduites et du corps désirant se traduit par cette objectivation biologique (prise de sang, vérification de la charge virale indétectable pour débiter l'AMP, observance du traitement...). Ainsi, pour ces couples, l'AMP devient une nouvelle forme de reproduction car elle féconde selon ses propres procédés, et aussi contraignante, sinon plus, que la nature (Iacub, 2002). La possibilité du recours à l'AMP pour ces couples est venue redonner l'espoir de pouvoir fonder une famille. Mais, en cas d'échec des techniques employées, celui-ci peut être vécu comme la réactivation d'un vécu traumatique castrateur, angoissant et douloureux. En effet, « donner la vie », « se reproduire » semblent représenter pour ces couples une façon de transcender la mort qui les habite (Bourdet-Loubert et Mazoyer, 2012).

Vu l'importance de cette population et le fait que la découverte du risque viral se faisait lors des entretiens de recherche, il est devenu inévitable de mettre cet aspect du diagnostic de côté. Dès lors, il n'est plus question de parler d'infertilité comme d'une cause majeure pour ces femmes d'avoir accès à une aide médicale à la procréation. Il faut parler de problèmes d'infertilité et de risque viral qui est vécu sur un mode traumatique et viennent alourdir un parcours déjà complexe. Bourdet-Loubert et Mazoyer (*ibid.*) pense que les couples accumulent dans leur histoire des annonces traumatiques à répétition : annonce d'une infection virale grave, lourdeur du vécu en étant porteur d'une maladie chronique, ostracisme et stigmatisation sociale, puis impossibilité de procréer naturellement du fait du risque de transmission, parfois doublée d'une infertilité de l'un ou de l'autre des partenaires. Ce qui pour eux était vécu comme un ultime recours pour aboutir à la maternité devient un « parcours du combattant », car de nombreuses divergences s'invitent entre les représentations des soins qu'ils avaient de l'AMP et celles

de l'infertilité couplées au risque viral, perturbant le bon déroulement de la prise en charge (abandon, découragement, rendez-vous manqués, prise en charge traditionnelle parallèle, etc.). Même si ces représentations de la maladie ne sont pas mises en avant lors de la consultation médicale, elles apparaissent lors des entretiens de recherche. Comment les femmes vivent-elles l'introduction de la possibilité que représente l'AMP ? Quel triple sens vont prendre la recherche de maternité, de l'infertilité, de l'infertilité « contrainte » et les différents itinéraires thérapeutiques dans un contexte migratoire ?

2. LE CADRE DE LA RECHERCHE

2.1. Le cadre institutionnel

Le cadre de cette recherche est le centre d'AMP de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard, dans le 18^e arrondissement parisien. Il s'agit d'un des centres, avec ceux de Cochin, la Pitié-Salpêtrière, Diaconesse et le CHU Tenon, qui prennent en charge en AMP les patients séropositifs pour le VIH, le VHC et le VHB et qui ont un désir d'enfant. Depuis le 10 mai 2001, un arrêté ministériel fixe les modalités de prise en charge AMP des personnes à risque viral VIH, VHC et VBH. Le couple doit répondre aux critères spécifiques liés à l'infection et à la réduction des risques de transmission au partenaire ou à l'enfant à naître⁷⁹.

L'équipe était composée, au moment de mon stage, de six médecins permanents, d'internes, d'un chef de service, d'un chef de clinique, d'infirmières, de deux sages-femmes, d'une aide-soignante, de deux secrétaires et d'une psychologue qui reçoit des patients qui formulent une demande ou que le médecin lui adresse. J'ai débuté par une phase d'observation au sein du service afin de comprendre le fonctionnement, les techniques de prise en charge et surtout les termes médicaux qui n'étaient pas simples pour moi. Après la consultation médicale, les femmes étaient sollicitées en fonction de ma perception subjective de leur disponibilité. Pour d'autres, le point de départ était le secrétariat ou la salle d'attente⁸⁰. Au préalable, les patients m'étaient présentés en amont par le médecin avant que je puisse les aborder. La procédure étant la même pour toutes les

⁷⁹ Rapport publié par l'Agence de la biomédecine en 2005.

⁸⁰ J'ai pu effectuer le recrutement dans la salle d'attente et au secrétariat lorsque les couples refusaient ma présence à la consultation de biomédecine. Il m'arrivait de m'installer dans la salle d'attente ou au secrétariat et de discuter avec les femmes. C'était l'occasion de nouer des contacts et de voir si les femmes étaient disponibles pour un éventuel entretien lors de leur prochaine consultation.

participantes. Il était important de présenter la recherche en termes plus simples, et de mentionner que celle-ci avait pour but de comprendre ce qu'elles vivaient durant cette période de prise en charge.

2.2. Démarches préalables à l'accès aux soins

Les démarches préalables aux soins sont diverses et surtout fonction de chaque centre d'AMP. En ce qui concerne l'hôpital Bichat Claude-Bernard, la procédure est la suivante : il faut au préalable avoir consulté un médecin généraliste ou un gynécologue qui atteste d'une infertilité après une année de désir d'enfant sans résultat.

Le médecin doit, après cette prise en charge de première intention (comprimé pour stimuler la fertilité, examen gynécologique, échographie...), orienter le couple vers un centre spécialisé dans les problèmes de fertilité. Dans la prise en charge de première intention, le praticien conclut sur une première conduite à tenir et propose une prescription d'exams complémentaires. Il prescrit à la patiente, si elle n'en prend pas déjà, de l'acide folique et des vitamines. Elle peut désormais prendre rendez-vous pour une prise en charge d'AMP.

Cependant, avant d'avoir accès aux soins dans le centre d'AMP, le couple doit fournir un dossier administratif composé des pièces d'identité valides des deux conjoints, de documents (factures EDF, avis d'impôt...) qui prouvent qu'ils vivent ensemble depuis plus de six mois (même si cette condition a été supprimée il y a peu), et d'un courrier du médecin traitant qui atteste d'une infertilité médicalement prouvée, avec tous les bilans et échographies qui ont été faits en amont. Après le dépôt du dossier, les médecins du service l'examinent en tenant compte de quelques critères (âge, antécédents médicaux...) et donnent une réponse (positive ou négative) au couple tout en expliquant les raisons. Si le dossier est favorable à une prise en charge, c'est-à-dire que le couple rentre dans les critères de prise en charge, un rendez-vous leur est accordé afin de commencer la prise en charge.

Le premier rendez-vous avec l'équipe médicale, une fois que le dossier administratif a été validé, est l'occasion d'ouvrir le dossier médical. On y consigne les informations administratives et le recueil d'informations sur les patients, qui est la première étape dans le suivi des patients. Les premières questions portent sur la durée de vie commune, sur la durée supposée du désir d'enfant, la date d'arrêt de la contraception s'il y en avait une, la fréquence des rapports sexuels, la durée et la régularité des cycles. Aussi, les patients sont interrogés sur leurs antécédents médicaux, obstétricaux et

familiaux. Notamment, on recherche une hypofertilité familiale, des antécédents pouvant expliquer les difficultés du couple à concevoir. On évalue les habitudes de vie (tabac, alcool, drogues, gestion du stress, exposition à des toxines, activité physique...) ; quelques conseils peuvent être donnés, par exemple concernant le tabac et les drogues qui peuvent faire baisser le taux de fécondité chez les couples.

Pour les couples africains, la question de l'absence du titre de séjour est souvent une difficulté majeure qui remet en cause leur désir d'enfant. En France, le recours au traitement par FIV est autorisé pour les couples hétérosexuels stables et en âge de procréer⁸¹. Le traitement est pris en charge par la sécurité sociale à hauteur de quatre tentatives de FIV pour obtenir une grossesse avant le 43^e anniversaire de la femme.

Donc, pour bénéficier d'une prise en charge remboursée à 100 % par la sécurité sociale, le couple doit être en situation régulière, sinon, il est obligé de payer les soins qui sont estimés à plus de 4 000 euros environ.

2.3. Les techniques de soins de l'AMP

L'AMP est encadrée par la loi de la bioéthique de juillet 1994, modifiée en juillet 2011. Elle est indiquée lorsque le couple se trouve face à une « infertilité médicalement prouvée » ou pour éviter la transmission d'une maladie grave à l'enfant ou à l'un des membres du couple. L'AMP est réservée aux couples mariés ou vivant en concubinage (auparavant, il fallait respecter un délai de vie commune de deux ans pour les concubins, mais cette condition est désormais supprimée) et n'est pas autorisée aux couples homosexuels. La loi a réaffirmé l'interdiction de faire appel à une « mère porteuse » ainsi que l'anonymat pour les donneurs de gamètes.

Les techniques de PMA ont fait de grands progrès au cours des dernières décennies et sont souvent proposées aux couples qui ont du mal à concevoir. Elles apparaissent souvent comme l'ultime recours pour les couples infertiles ou sérodiscordants.

⁸¹ Dans le cas où un des membres du couple n'a pas régularisé son séjour, le couple ne bénéficie pas de la gratuité des cinq tentatives d'AMP autorisées par la sécurité sociale dans le cadre d'une infertilité avérée. S'ils veulent continuer les traitements, les frais de l'AMP sont à leur charge.

2.3.1. La stimulation ovarienne

Elle demeure la technique la plus simple et souvent la première proposition faite au couple qui rencontre des problèmes de troubles de la fertilité, particulièrement dans les cas d'absence d'ovulation (anovulation) ou d'ovulations rares et/ou de qualité médiocre (dysovulation).

La stimulation ovarienne consiste à augmenter la production par les ovaires du nombre de follicules matures, et de ce fait, à obtenir une ovulation de meilleure qualité. Le médecin prescrira, dans un premier temps, un traitement par voie orale qui va favoriser la fabrication et le développement d'un ovocyte. Ces comprimés se prennent entre le deuxième et le sixième jour du cycle. S'il n'y a pas de résultat au bout de plusieurs cycles, l'injection d'hormones est alors préconisée. Au cours des traitements de stimulation ovarienne, un suivi médical est recommandé, avec des examens tels que des échographies et dosages hormonaux pour suivre les résultats et éventuellement réajuster les dosages afin d'éviter tout risque d'hyperstimulation.

2.3.2. L'insémination artificielle

Elle est la plus ancienne méthode de PMA mais aussi la plus utilisée, notamment pour les problèmes d'infertilité masculine et de trouble de l'ovulation. L'insémination artificielle consiste à déposer du sperme dans l'utérus de la femme. Cette opération ne nécessite pas d'hospitalisation et peut être répétée sur plusieurs cycles. Celle-ci est souvent précédée d'une stimulation ovarienne. Il existe cependant deux types d'insémination artificielle : l'insémination artificielle intraconjugale et l'insémination avec donneur anonyme.

- L'insémination intraconjugale (IAC/ IAD)

Elle consiste à déposer des spermatozoïdes mobiles dans l'utérus au moment de l'ovulation, afin de faciliter la rencontre des gamètes femelles et mâles, en court-circuitant le passage de la glaire cervicale. Elle n'est possible que s'il existe au moins une trompe perméable. On utilise le sperme du conjoint (IAC) ou d'un donneur en cas de stérilité masculine (IAD). Ce geste se fait avec le sperme du conjoint recueilli le jour de la ponction ou après décongélation s'il avait été congelé dans un CECOS (centre d'étude et de

conservation du sperme humain). L'homme doit commencer par recueillir son sperme par masturbation. Le sperme est souvent préparé par les biologistes avant d'être déposé à l'aide d'une pipette par le médecin dans le col de l'utérus ou directement à l'intérieur, en période fertile.

Il est démontré que l'association de l'insémination artificielle et de la stimulation ovarienne améliore de 12 % les chances de grossesse à chaque tentative. C'est ainsi que 54 873 inséminations artificielles ont donné naissance à 5 925 enfants en France en 2011⁸².

Selon l'Agence de la biomédecine (2011), 9,8 % des inséminations sont pratiquées avec les spermatozoïdes d'un donneur. Les CECOS assurent le recueil et la conservation des spermatozoïdes selon des règles précises : le don est anonyme, gratuit, le donneur doit être père d'un enfant. Le choix du sperme utilisé se fait en fonction des critères physiques du donneur : groupe sanguin, couleur des yeux, pour favoriser la ressemblance. 4 484 inséminations ont donné naissance à 834 enfants en France en 2011⁸³.

2.3.3. La fécondation *in vitro* (FIV)

La FIV est conseillée en cas de perturbation de l'ovulation, d'obstruction tubaire ou si les spermatozoïdes mobiles sont en nombre insuffisant. Il s'agit de mettre en contact des ovocytes et des spermatozoïdes en dehors de l'organisme féminin, dans un milieu favorable à leur survie (laboratoire), en vue d'une fécondation. Trois à cinq jours après la ponction des ovules, l'embryon ainsi obtenu est placé dans l'utérus de la femme. L'avantage de cette technique est qu'elle permet de sélectionner les spermatozoïdes et les ovules de bonne qualité. Pour autant, la FIV est indiquée dans toutes les autres formes de stérilité en première intention ou suite aux échecs d'autres thérapeutiques comme l'IIU⁸⁴.

Elle consiste à mettre en contact en laboratoire, dans un milieu de culture favorable à leur survie, ovocytes et spermatozoïdes afin d'obtenir une fécondation et le développement d'embryons en dehors de l'organisme (*in vitro*). La stimulation ovarienne plurifolliculaire permet l'obtention d'un grand nombre d'ovocytes matures après recueil par ponction transvaginale sous contrôle échographique et sous anesthésie générale ou locale. Le jour de la ponction, le sperme est recueilli par masturbation et préparé avant d'être mis en contact avec les ovocytes. Les embryons obtenus sont ensuite transférés dans

⁸² Chiffres de l'Agence de la biomédecine en 2011.

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ Fivfrance (page consultée le 16 octobre 2015). Portail d'information sur l'assistance médicale à la procréation. <http://www.fivfrance.com>.

l'utérus au 2^e ou 3^e jour post-ponction. Pour les stérilités masculines majeures ou après échec de la FIV classique, l'injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde dans un ovocyte, ou ICSI, est proposée. Plusieurs étapes de la FIV peuvent avoir un retentissement sur la vie intime du couple.

En effet, le traitement hormonal à forte dose et pendant quelques semaines, dont le but est le grossissement des follicules ovariens, est responsable d'inconfort pelvien, de douleurs, parfois de nausées, et met les patientes dans un premier temps en état de « ménopause » avec les signes associés (sécheresse vaginale et baisse de libido). L'ensemble de ces symptômes peut modifier le comportement sexuel de la patiente. D'autre part, les contrôles biologiques et échographiques à répétition sont parfois difficiles à concilier avec la vie professionnelle et sont source d'angoisse pour la patiente. La ponction ovocytaire, qui est un geste chirurgical, n'est pas sans effet : les complications de l'anesthésie, de l'acte chirurgical (saignement, infection, douleurs...) peuvent être mal vécues par certaines patientes dans la période postopératoire. De plus, le traitement par ovule de progestérone post-transfert n'est pas propice à la poursuite des rapports sexuels, du fait des écoulements permanents pouvant gêner la patiente vis-à-vis de son conjoint. Ainsi, l'AMP est constituée d'une multitude d'étapes pouvant toutes avoir une répercussion néfaste sur la vie de couple. Il est donc primordial d'en informer le couple et de le préparer à ces différentes difficultés potentielles⁸⁵.

⁸⁵ Brenot P. Dictionnaire de la sexualité humaine, L'esprit du temps, 2004.

2.3.4. L'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)

C'est une technique de FIV très récente qui consiste en une micro-injection d'un spermatozoïde dans le cytoplasme d'un ovocyte mature à l'aide d'une micropipette. Cette technique peut être indiquée en cas d'échec de fécondation *in vitro* (FIV) ou lorsqu'un prélèvement dans le testicule est nécessaire pour avoir accès aux spermatozoïdes. Son taux de réussite est d'environ 30 %, selon les chiffres de l'Agence de la biomédecine (2011).

2.3.5. L'IMSI ou ICSI magnifiée

C'est une variante de l'ICSI. La seule différence est que la manipulation se fait à un très fort grossissement, ce qui permet d'observer des anomalies du spermatozoïde invisibles au grossissement de l'ICSI. Tout comme l'ICSI, l'IMSI est une technique encore plus élaborée, qui demande de bonnes compétences techniques et une pratique régulière. De surcroît, elle exige un matériel et un consommable complexes et onéreux, qui n'entrent pas en compte dans le calcul du tarif remboursé actuellement par l'assurance maladie. Quoique reconnue comme efficace par un nombre croissant de centres, elle ne fait pas encore l'unanimité chez tous les spécialistes. C'est probablement pour cette raison qu'il n'y a pas encore de nomenclature appropriée. Cette technique est utilisée en seconde intention, en cas de soupçon d'un problème masculin. La figure ci-après résume de façon synthétique les différentes techniques d'AMP.

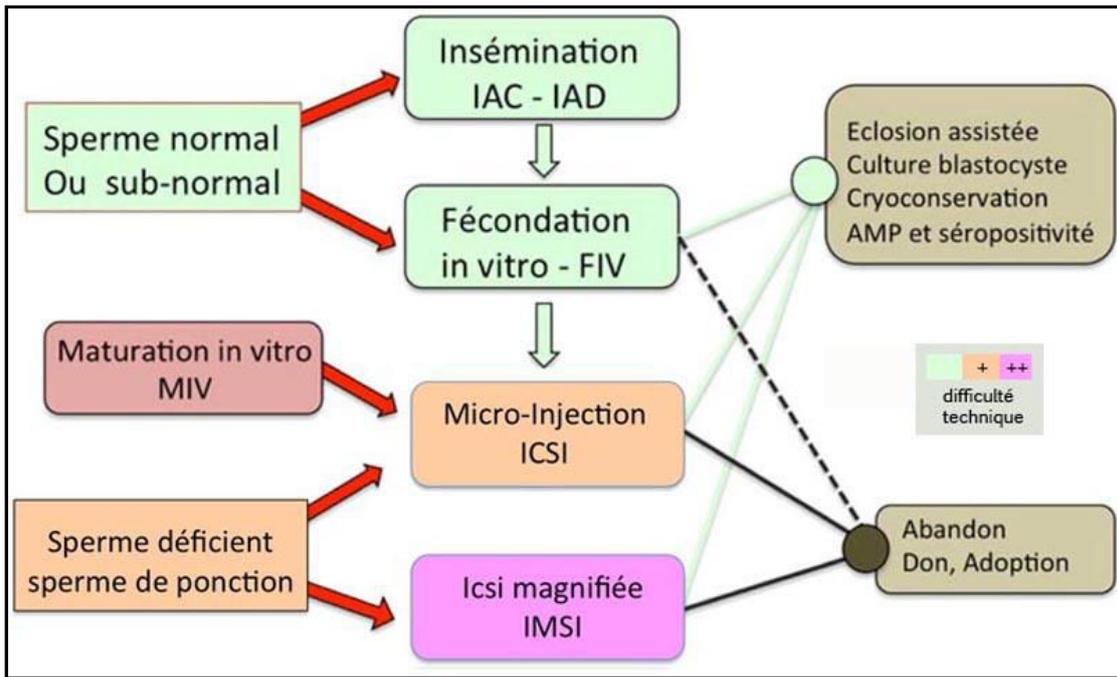


Figure 1 : différentes techniques d'AMP⁸⁶

⁸⁶ http://fivfrance.com/page_caracteristiquesTechniques.html.

3. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1. Définition des critères d'inclusion et d'exclusion

Le présent travail a été effectué avec des femmes migrantes originaires de l'Afrique saharienne qui vivent en France. Bien qu'important, le facteur du type d'infertilité n'a pas été pris en compte dans les critères d'inclusion ou d'exclusion. Cependant, il sera sûrement pris en compte comme élément différentiel de l'analyse, dans le vécu de l'infertilité chez les femmes. De plus, les couples faisant appel aux techniques d'AMP pour d'autres raisons que celle de l'infertilité, tels que les couples séropositifs ou atteints d'une hépatite virale B ou C, représentent une situation à laquelle je n'avais pas songé dans les critères d'inclusion. Mais, vu la part non négligeable qu'ils constituent dans ma population d'étude, il m'a semblé important de les inclure.

J'ai effectué un ou plusieurs entretiens de recherche avec 17 femmes migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne. Les entretiens ont été effectués soit en milieu hospitalier, juste après la consultation de biomédecine, soit au domicile des femmes ou dans des cafés et parcs parisiens.

Le tableau qui suit montre les caractéristiques des 17 femmes que j'ai rencontrées tout au long de ma recherche. Ce tableau condense les données importantes sur les femmes à savoir : l'âge, la situation matrimoniale, l'origine de l'infertilité, les lieux d'entretiens, et le nombre d'entretiens effectués avec chaque femme. Il faut toutefois noter que les noms des femmes sur ce tableau sont fictifs afin de préserver l'anonymat de celles-ci

3.1.1 Tableau des caractéristiques des femmes rencontrées

Nom	Age	Situation matrimoniale	Origine infertilité	Lieu	Nombre d'entretiens	Pays
Annie	25 ans	Mariage coutumier	Insuffisance ovarienne(féminine)	Domicile	01	Sénégal
Pauline	28 ans	Mariage Coutumier	Obstruction tubaire + insuffisance spermatique (infertilité conjointe du couple)	Hôpital	01	Guinée Bissau
Sergine	35 ans	Concubinage	Obstruction tubaire (féminine)	Parc	01	Côte d'Ivoire
Martine	37 ans	Mariée	Obstruction tubaire (féminine)	Hôpital	Entretien exploratoire + Refus	Mali
Grâce	29 ans	Concubinage	Synéchies (féminine)	Hôpital	01	Centre-Afrique
Nina	38 ans	Concubinage	VIH (féminine)	Hôpital	Entretien exploratoire + Refus	Nigéria
Mathilde	29 ans	Concubinage/ Pacs	Salpingectomie gauche (féminine) + VHB (masculine)	Parc	01	Benin
Josiane	34 ans	Concubinage	Insuffisance spermatique	Domicile	Entretien exploratoire de couple+ Refus	RDC
Nadine	39 ans	Mariée	VHB (couple) + Fausse couche	Domicile	01	Niger
Solène	35 ans	Concubinage	Fausse couche +	Domicile	01	Congo Brazzaville

			obstruction tubaire			
Raïssa	38 ans	Concubinage	VHB (féminine) + Obstruction tubaire	Café	Entretien exploratoire +Refus	RDC
Francine	34 ans	Mariée	Azoospermie (masculine)	Café	02	Sénégal
Micheline	41 ans	Mariée	VHB (masculine) + Obstruction tubaire	Hôpital	01	Sénégal
Gabrielle	35 ans	Mariée	Obstruction tubaire	Domicile	01	Côte D'Ivoire
Carine	38 ans	Mariée	Plastie du col :complication obstétricales	Domicile	01	Côte-D'Ivoire
Diane	35 ans	Concubinage	Obstruction tubaire	Hôpital	02	Côte D'Ivoire
Nathalie	32 ans	Concubinage	Azoospermie (masculine)	Hôpital	01	Congo-Brazzaville

3.2. Outils de recueil des données

Le dispositif que j'ai mis en place au sein d'un centre d'aide médicale à la procréation est un dispositif de recherche qui va de la phase d'observation à la mise en place de séances d'entretiens semi-directifs ou non directifs, dont le but était de recueillir du matériel pour la recherche de thèse sur les femmes migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne. La première phase est celle de l'observation des consultations de médecine de la reproduction. À ce moment, il était question de me familiariser avec le jargon médical et de comprendre les étapes de la prise en charge. Après quelques mois d'observation, vient alors la période de prise de contact avec notre population.

Puis, vient la phase de recrutement ; dans cette démarche, c'est le médecin qui m'introduisait auprès des patients qu'il présentait ouverts à la rencontre. Suite à l'entretien médical, un échange de numéros ou un rendez-vous était prévu pour une prochaine fois, soit en dehors du cadre hospitalier (domicile, parcs et cafés parisiens), soit à leur prochaine consultation biomédicale (qui était programmée deux mois plus tard pour la plus proche). Les entretiens de recherche (un ou deux en fonction des disponibilités de chaque femme) duraient une heure ou une heure et demie chacun.

3.2.1. L'observation

L'observation ainsi que l'entretien ont été utilisés comme objet de production des données. Avant de commencer toute approche auprès des patients, une période d'observation de quatre mois a été menée. Celle-ci s'est effectuée pendant les consultations de médecine de la reproduction. Le but étant de m'imprégner du mode de fonctionnement du service d'aide médicale à la procréation, et de voir les étapes que doivent suivre les couples pour avoir accès à la prise en charge.

Cette observation est qualifiée, par Bourdieu (2003), « d'objectivation participante », qui consiste à ce que le sujet plonge dans une immersion nécessairement fictive dans un milieu étranger, avec un observateur qui reste aussi distant de lui-même que de son objet. L'objectivation participante se donne pour objet d'explorer, non pas « l'expérience vécue » du sujet connaissant, mais les conditions sociales de possibilité (donc, les effets et les limites) de cette expérience et, plus précisément, de l'acte d'objectivation. Elle vise à une objectivation du rapport subjectif à l'objet qui, loin d'aboutir à un subjectivisme, est une des conditions de l'objectivité scientifique. Il ne s'agit nullement de me mettre à la place

des patientes qui viennent en consultation, mais de pouvoir objectiver le vécu de l'introduction de cette possibilité qu'est l'AMP dans ce processus de prise en charge de l'infertilité et de l'infertilité contrainte, tout en respectant une bonne distance.

Pour Pedinielli (1994) et Chahraoui et Bénony (2003), le projet de l'observation clinique consiste à « relever des phénomènes comportementaux significatifs, [à] leur donner un sens en les restituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte ». Ainsi, le champ de l'observation clinique n'est réduit ni à l'observation des troubles (psychopathologie), ni à l'observation psychanalytique (la réalité psychique). Elle concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales, les interactions, dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité. Ce projet inclut tout aussi bien l'observation clinique structurée, visant l'objectivation des phénomènes par la mise en œuvre d'un dispositif systématisé de recueil des données, que l'observation clinique relationnelle (visant la restitution du sens des observables en référence à la singularité du sujet et à l'implication de l'observateur). Le choix entre ces deux types d'observation met en évidence un rapport à l'objet différent dans la construction du savoir. Il faut noter que j'ai été très impliquée dans cette phase d'observation, qui m'a permis de connaître les différentes techniques et de créer des liens préalables avec les femmes que je devais rencontrer durant la recherche.

Cette période d'observation, parce qu'elle n'a rien de « naïve », m'a permis de dynamiser la problématique en l'éloignant et en la préservant de tout « statisme » dogmatique (Olivier de Sardan, 1995). J'étais arrivée au sein du centre avec un début de revue de la littérature préalable sur ma population d'étude. En revanche, les aléas de la prise en charge et les imprévus (l'absence du conjoint lors des consultations, le fait que les femmes avaient du mal à s'exprimer plus librement devant les conjoints, le fait que l'hôpital ne prenait pas uniquement en charge les couples infertiles mais s'occupait aussi du risque viral) ont favorisé le remaniement de mon projet de recherche, de la population et des critères d'inclusion et d'exclusion qui n'étaient pas encore très précis au moment du recueil des données empiriques.

Ainsi, comme le souligne Olivier de Sardan (1995, p. 77) : « Une problématique initiale peut, grâce à l'observation, se modifier, se déplacer, s'élargir. L'observation n'est pas le coloriage d'un dessin préalablement tracé : c'est l'épreuve du réel auquel une curiosité préprogrammée est soumise. Toute la compétence du chercheur de terrain est de pouvoir observer ce à quoi il n'était pas préparé (alors qu'on sait combien forte est la propension ordinaire à ne découvrir que ce à quoi l'on s'attend) et d'être en mesure de produire les

données qui l'obligeront à modifier ses propres hypothèses. ».

Les observations m'ont permis de suivre les trajectoires de 17 femmes migrantes de l'Afrique subsaharienne. Je me suis attachée à observer les séances de consultation de médecine de la reproduction, à voir quelles étaient les démarches administratives préalables à l'admission par l'équipe pluridisciplinaire, comment se passait la prise de rendez-vous, et l'échéance pour avoir un autre rendez-vous que les couples trouvaient problématique. Pour l'ensemble des observations, j'ai pris des notes descriptives qui se sont transformées par la suite en un carnet de bord. Ces notes reprennent les faits les plus importants qui ont nourri la réflexion, tout au long de la phase de recherche. Ma position d'observatrice externe dans le centre, au début du stage, m'a permis de m'interroger sur la relation couple/médecin et sur ce qui se passait au sein de cet échange.

3.2.2. L'entretien de recherche

L'entretien clinique de recherche se distingue de l'entretien clinique à visée thérapeutique. Ce sont plus particulièrement la finalité et la provenance de la demande qui les différencient. L'entretien de recherche ne comporte pas certaines caractéristiques que possède l'entretien clinique, à savoir la dynamique particulière des échanges entre le thérapeute et le patient. Selon Pedinielli et Fernandez (2007)⁸⁷, l'entretien clinique est un outil privilégié de la recherche clinique dans la mesure où la subjectivité s'actualise par les faits de paroles dans une adresse à un clinicien. Il s'agit donc d'une technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, sentiments, émotions, représentations), témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. L'entretien clinique se base sur l'observation fine de l'individu et vise à définir sa singularité. C'est la valeur du cas qui sera le critère de pertinence et non la dimension quantitative. Il identifie et repère ce qui est de l'équation personnelle du sujet, tout en laissant le clinicien chercheur à l'écoute de ses mouvements intimes. Il s'appuie essentiellement sur la position de rencontre et ses enjeux, avec notamment une attention particulière accordée aux mouvements transféro-contre-transférentiels.

L'intersubjectivité rend possible l'accès au psychisme du sujet et reste l'instrument principal du chercheur. C'est par lui que le matériel recueilli est traité, aussi, il ne peut exister de signification en dehors de l'écoute qui peut en être faite (Revault d'Allonnes,

⁸⁷ Pedinielli, J.L. et Fernandez, L. (2007). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Armand Colin, p. 128.

1989)⁸⁸

L'entretien de recherche, selon Kim et Derivois (2012), est une méthode de recherche qui privilégie la relation interpersonnelle. Il s'agit d'une rencontre intersubjective dans le sens où le déroulement de l'entretien se détermine par l'interaction intervieweur/interviewé. Ce sont des sujets humains qui se trouvent dans une situation donnée, avec une histoire de vie propre à chacun, et par conséquent, avec leur propre subjectivité. L'homme à étudier se place dans une société, tout comme le chercheur, qui lui-même est un homme en situation et un sujet clinique et social. En effet, ce n'est pas seulement le chercheur qui cherche à connaître, à comprendre, à interpréter les propos et les représentations de l'interviewé. L'attitude, l'intention et la parole du chercheur sont également observées, saisies, estimées et interprétées par celui qui est censé être l'« observé ». C'est là que l'aspect intersubjectif de l'entretien peut être souligné.

Kim et Derivois (*ibid.*) ajoutent que lorsqu'un chercheur migrant étudie une population particulière, notamment appartenant à la même communauté culturelle que ce dernier, la réflexion sur la dimension interculturelle de la rencontre devient indispensable. Du terme « l'interculturalité » défini par Clanet (1993), nous saisissons plus particulièrement la complexité des processus nés d'interactions et la réciprocité des échanges qui répondent tout aussi bien à des caractéristiques de la rencontre clinique. En effet, toute rencontre clinique est d'une certaine manière une rencontre interculturelle, compte tenu des interactions et de la réciprocité entre les deux interlocuteurs. L'ensemble des processus « interculturels » à plusieurs niveaux (psychiques, relationnels, groupaux, institutionnel) montre une véritable complexité.

Mener un entretien clinique de recherche consiste donc à recourir à une technique d'entretien de recherche (non directive ou semi-directive) tout en adoptant une attitude clinique dans la relation au sujet (Bénony et Chahraoui, 1999). L'entretien clinique semi-directif à visée de recherche utilise l'attitude non directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien chercheur a donc recours à un guide thématique qui sera l'outil essentiel et visera secondairement un travail d'étude de cas, dans un mouvement engageant afin d'analyser la situation dans une position « méta ».

Widlöcher (2003) développe l'idée de la mise en perspective de l'activité intrapsychique de chacun dans la rencontre engendrée par l'entretien. Au-delà de la transmission de « l'expression de la pensée (en incluant sous ce terme non seulement les

⁸⁸ Revault D'Allonnes, C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris : Dunod.

contenus représentations mais aussi les affects et la force des investissements) », une partie de l'activité intrapsychique est identifiable dans la rencontre, tant du côté du participant que du côté du chercheur. S'y opèrent des processus psychiques d'ordre transférentiel, bien sûr, mais aussi des phénomènes projectifs, identificatoires, en fonction de la trajectoire de chaque interlocuteur (Kim et Derivois, *op. cit.*, p.362). Ainsi, le cheminement même de la recherche, à savoir le choix du sujet, la population concernée, la démarche épistémologique et méthodologique, montre ce qui participe à l'univers psychique du chercheur. De ce fait, le chercheur ne peut (ne doit) pas ignorer la relation qu'il entretient avec le sujet, qui, selon Blanchard-Laville (1999), « fait elle-même partie de la recherche ». L'existence des processus intrapsychiques et intersubjectifs dans la rencontre demande inévitablement au chercheur un travail d'analyse et d'auto-analyse à propos du transfert et du contre-transfert ainsi que de son implication subjective afin de se rendre compte de la façon dont s'opère le sens et d'écarter d'éventuelles interprétations incongrues.

Donc, l'implication du chercheur favorise « l'accès à l'analyse », et l'objectif de cette recherche sera la prise en compte du discours latent et l'implication des phénomènes inconscients chez nos sujets et nous-mêmes. C'est dans cette optique que Devereux (1980)⁸⁹, argue qu'au lieu d'étudier ce qui se passe à l'extérieur, l'observateur doit étudier les événements auprès de lui-même, en tenant compte des répercussions sur ses instruments d'observation. Et, il peut examiner ces signes soit auprès de l'observé, soit auprès de lui-même, observateur. Cela revient, au cours de notre recherche, à travailler les éléments transférentiels et les contre-attitudes du chercheur au moment de la recherche.

3.2.3. Difficultés de la recherche

La question de l'anonymat s'est avérée problématique pour les femmes migrantes. Elles étaient réticentes face à l'entretien de recherche et l'enregistrement. Cela est dû à la crainte que tout ce qui sera dit en entretien soit divulgué au sein de la communauté. De ce fait, les femmes étaient très vigilantes, voire sur la défensive, quant à ma prise de notes ou à l'enregistrement, qui étaient quelquefois refusés. J'ai rencontré une femme en entretien qui m'a dit : « *Pourquoi toutes ces questions ? C'est sûr que c'est pour votre recherche sur la PMA ? La prochaine fois, je ne suis pas prête à parler des raisons de ma venue en France.* ». Puis, j'ai fini par comprendre que ce qui était en cause dans mon dispositif, ce

⁸⁹ Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode*. Paris : Aubier, 474 pages.

n'était pas moi, en tant que migrante ayant des représentations, mais mon écrit. Car ces femmes ne savent pas ce qui va être écrit, à quel public il s'adresse, qui va le lire ; ne vont-elles pas être identifiées ?

La crainte vient du fait de ne pas savoir ce qui va être fait de leurs confidences. J'arrive à conclure qu'elles ne croient pas au secret, ce qui peut être culturel, dans la mesure où les histoires de couple se règlent généralement en famille. Et lorsqu'une personne de l'entourage familial est au courant, par extrapolation, c'est l'ensemble du groupe qui l'est. Donc, dans la migration, les référentiels en matière de commérage sont de mise en milieu africain. Les femmes craignent qu'étant africaine, je ne respecte pas le secret professionnel et que j'aie divulgué des choses qui peuvent être dommageables pour leur réputation. De plus, la rumeur est beaucoup plus importante et dommageable pour la réputation du couple. Durant la période d'observation, ma place de migrante s'est avérée être quelquefois un obstacle pour ma recherche, car certaines femmes craignaient la question des commérages. J'ai rencontré une compatriote qui venait en consultation pour un second désir de maternité, et le médecin lui a demandé la permission pour que j'assiste à la consultation. Une fois qu'elle a découvert que j'étais originaire du même pays, elle a catégoriquement refusé que je participe à la consultation. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elle craint le commérage au sein de la communauté et peut-être d'être identifiée par un de ses membres, qui aurait des liens filiatifs ou affiliatifs avec elle. De ce fait, j'ai essuyé plusieurs refus, certains adressés directement lors de la consultation de biomédecine, et d'autres plus ou moins voilés, à travers des rendez-vous manqués, des oublis ou des prétextes que je ne comprenais pas dans l'après-coup.

La relation duelle s'est avérée difficile à établir lors des premiers entretiens, vu le contenu et les thèmes abordés, qui sont très embarrassants pour les femmes. Cela m'a permis de ne pas rester dans une posture de fausse neutralité ; j'ai plutôt opté pour une approche tirée de la consultation transculturelle groupale qui consistait à aborder mes propres représentations de la maternité et de l'AMP. Ce qui impliquait pour les femmes, lors de l'entretien de recherche, de répondre en miroir et de déposer une parole vraie, codée culturellement. Cela a nécessité que j'aborde moi-même mes propres représentations culturelles. Au départ, il y a peut-être eu un vécu intrusif de venir interroger ce désir de maternité, comme si je le remettais en cause. De plus, ma position de migrante pouvait me desservir car certaines femmes pouvaient craindre les commérages. Les femmes ont du mal à se confier sur des sujets sensibles qui concernent leur intimité aux personnes qu'elles fréquentent au sein de la communauté, afin d'éviter les commérages qui sont nombreux.

Bougerol (1997) aborde la question des commérages au sein de la communauté antillaise comme une logique provocatrice dans cette communauté. Mais il ne s'agit pas de commérages au sens ordinaire, mais plutôt de commérages pernicieux. Qu'il s'agisse de commérages ordinaires évoqués par les patientes de mon étude ou de commérages qui aboutissent à des conflits physiques, l'anonymat du sujet ou du coupable n'est pas protégé.

En somme, le choix de travailler avec deux outils de recherche, l'un ethnographique et l'autre purement clinique, est lié à un souci de complémentarité, au sens de Devereux (1972), vis-à-vis du terrain de recherche et des théories auxquelles je faisais référence dans ce processus inductif qui est au centre même de la recherche. Concilier observation et entretien n'a sûrement pas été chose facile, car il a fallu s'adapter aux changements qu'implique une observation dans une problématique de recherche, car je n'avais pas prévu certains aspects qui sont apparus après ma recension des écrits.

3.3. Méthode de traitement et d'analyse des données

3.3.1. Le complémentarisme de Devereux

Si de nombreuses conditions épistémologiques et historiques ont instauré les premiers liens entre psychanalyse et anthropologie, Devereux (1908-1985) en est le précurseur. Il sera anthropologue avant de devenir psychanalyste, aux États-Unis puis en France. Dans son article intitulé « Culture et Inconscient » (1955), publié dans l'ouvrage *Ethnopsychanalyse complémentariste* (Devereux, 1972), il définit ainsi, en trois points, les bases d'un rapport de complémentarité entre la psychanalyse et l'anthropologie : « L'unité psychique de l'humanité, unité qui inclut une capacité de variabilité extrême. Le principe des possibilités limitées. Le fait qu'un item qui, dans une société donnée, existe à découvert et se trouve même actualisé culturellement, est souvent refoulé dans une autre. ». À partir de ces trois postulats, il formule la conclusion suivante : « Si tous les psychanalystes dressaient une liste complète de toutes les pulsions et de tous les désirs et fantasmes mis au jour en milieu clinique, cette liste correspondrait point par point à une liste de toutes les croyances et de tous les procédés culturels connus établis par les ethnologues. Cette conclusion est nécessairement valable, puisque tant les fantasmes que les items culturels sont des produits de l'esprit humain, et donc, en dernière analyse, de l'inconscient. » (Devereux, *ibid.*, p. 75-76). Georges Devereux est reconnu comme le père fondateur du complémentarisme, impliquant des relations entre l'anthropologie et la psychanalyse à partir de la double uniformité de la culture et de la psyché humaine.

Toutefois, il précisera que « le complémentarisme n'est pas une “théorie”, mais une généralisation méthodologique. Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable, il les coordonne » (Devereux, *op. cit.*, p. 27). Ainsi, les phénomènes humains résideraient dans le fait qu'ils nécessitent, de façon obligatoire mais non simultanée, le discours de la psychanalyse et celui de l'anthropologie. Il s'agirait donc d'« une pluridisciplinarité non fusionnante, et non simultanée » (p. 14). Selon l'auteur, « un fait brut n'appartient d'emblée ni au domaine de la sociologie ni à celui de la psychologie. Ce n'est que par son explication (dans le cadre de l'une ou de l'autre de ces deux sciences) que le fait brut se transforme en donnée, soit psychologique, soit sociologique [...]. Le principe de complémentarité semble donc jouer au niveau de la transformation du fait brut en donnée relevant de l'une ou l'autre de ces sciences » (p. 23). C'est ce que proposent Baubet et Moro (2009). Moro (2002, 2007) tend à associer les principes de la psychanalyse et de l'anthropologie, mais également, d'autres disciplines dont l'histoire et la politique, dans une complémentarité. Fierdepied (2015) pense que Devereux met en place la méthode complémentaire afin de permettre une investigation chez le sujet de la dimension intrapsychique, interpersonnelle et collective. Elle peut être, comme le rappellent Gesine Sturn et *al.* (2010), définie comme « une stratégie de triangulation pour les projets de recherche disciplinaire, où différents points de vue sur le matériel de recherche sont combinés ».

Ma recherche, qui s'intéresse à l'itinéraire et au vécu de l'AMP en contexte migratoire chez les femmes migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne, tient à la fois du domaine des sciences sociales (psychologie, psychanalytique, anthropologie et sociologie) et du domaine médical. Je suis donc au carrefour de plusieurs champs théoriques, dont je souhaite tenir compte afin de parvenir à une compréhension plus fine de la question et de ne pas m'enfermer dans un seul champ théorique.

J'utilise le complémentarisme dans la seconde phase de ma recherche, au niveau de l'analyse longitudinale de cas, et lorsque l'élément théorique issu de la psychologie ne m'apportera pas plus d'éclairage sur la question, je me tournerai vers d'autres disciplines telles que l'anthropologie et la sociologie. L'idée étant de découvrir d'autres perspectives pour permettre une fine compréhension concernant les catégories finales que j'aurai choisies lors de l'analyse.

3.3.2. La Grounded Theory

Barney Glaser et Anselm Strauss (1967) ont présenté la *Grounded Theory* comme une méthodologie générale qui permet de générer de nouvelles théories en sciences humaines et sociales. Les auteurs cherchent à trouver un moyen de partir du matériel, de le faire « parler », pour découvrir des concepts et des hypothèses qui seraient passées inaperçues avec la méthode déductive. Elle est une approche inductive dont la finalité est de générer des théories. Elle vise à cet effet un résultat et propose des procédures pour y parvenir. La GT a pour objectif principal de générer des théories « enracinées » dans les données de terrain et en croissance à partir de celles-ci. Elle repose sur le postulat selon lequel il n'existe pas de vérité unique, car il y a plusieurs façons de voir le monde. Mais, il existe plutôt de multiples vérités et des façons bien différentes de définir un phénomène en fonction du temps, du contexte, du lieu et du point de vue de l'enquêteur (Corbin, 2012).

Une distinction est faite sur le plan de sa fonction en science. Elle envisage l'exploration de situations, l'identification de concepts pertinents et la génération d'hypothèses. Sa finalité est de saisir la variabilité et la complexité du comportement humain. Ainsi, la GT est définie en opposition contre les approches hypothético-déductives dans lesquelles les chercheurs partent de postulats *a priori* pour les explications des phénomènes. Les données empiriques ne servent que d'« exemples » dans un processus d'application des théories existantes. Au contraire, la GT est présentée comme une approche inductive par laquelle l'immersion dans les données empiriques sert de point de départ au développement d'une théorie sur un phénomène, et par laquelle le chercheur conserve toujours le lien d'évidence avec les données de terrain. L'originalité de cette méthode dans l'analyse des données est le retour constant à la comparaison entre les produits de l'analyse et les données empiriques. Non seulement l'analyse prend comme point de départ les premiers épisodes de collectes de données, mais elle se poursuit dans un processus de validation qui consiste à revenir constamment soit aux données déjà collectées, soit à de nouvelles données. Ainsi, au lieu de forcer des théories sur les données empiriques pour les interpréter, le chercheur s'ouvre à l'émergence d'éléments de théorisation ou de concepts qui sont suggérés par des données de terrain, et ce, tout au long de la démarche analytique. Cependant, la GT propose un certain nombre de procédures : la suspension temporaire du recours au cadre théorique. La GT envisage un processus dit circulaire partant de la première phase de terrain, suivie d'une analyse des données, puis d'un retour pour une seconde phase de recueil de matériel, mais cette fois plus ciblé.

Selon ses fondateurs, la méthode par théorisation enracinée est une approche

inductive. Au contraire des approches hypothétiques déductives, elle a pour objectif la construction d'un cadre théorique à partir des données recueillies sur le terrain (Glaser et Strauss, 1965). Pour Glaser (1992), cela signifie qu'aucune recension des écrits ne devrait être faite avant la collecte de données, afin d'éviter de se laisser influencer par ses conceptions déjà établies. D'autres auteurs tels que Corbin et Strauss (2008), Strauss et Corbin (1990, 1994, 1998, 2004) et Suddaby (2006) nuancent la position de Glaser en prétendant que le chercheur ne doit pas nécessairement s'abstenir de recenser les écrits pertinents avant de commencer sa collecte de données, car ses connaissances scientifiques et professionnelles lui permettent d'augmenter sa sensibilité théorique, c'est-à-dire sa capacité à déceler les subtilités et les nuances à l'intérieur des données qui peuvent influencer le sens qui leur est accordé (Corbin et Strauss, 2008). Wuest (2000) affirme que la connaissance que le chercheur acquiert en consultant les écrits théoriques, pratiques, et scientifiques est un apport dans le processus circulaire collecté d'analyse de données, qui permet d'adapter la théorie existante aux données récoltées.

La *Grounded Theory* vise la production de théorie à partir de matériau empirique. Il ne s'agit pas d'une théorie mais d'une méthode dont le programme conjugue deux règles impératives :

- Rendre compte du matériau empirique.
- Créer une nouvelle théorie.

La première est la règle de l'ancrage, qui consiste à se référer à ce que vivent les acteurs et à le restituer fidèlement. Rendre compte du vécu des personnes rencontrées interdit évidemment de « forcer » le matériau pour le forcer à rentrer dans des cases préexistantes (Lejeune, 2014).

Pour ce travail de thèse, je m'inscris dans la logique straussienne, selon laquelle il est pertinent de réaliser une recension des écrits préalables sans nécessairement qu'elle soit exhaustive, entre autres afin de s'assurer que la démarche entreprise permettra l'acquisition de connaissances nouvelles. Cependant, tous sont d'accord pour dire que la recension des écrits ne doit pas contraindre l'analyse, car la théorisation doit d'abord s'enraciner à même les données recueillies (Deslauriers et Kérisit, 1997 ; Wuest, 2000). C'est d'ailleurs pour cette raison que Guillemette et Luckerhoff (2009) préfèrent souffler les écrits après avoir fait la collecte et l'analyse des données. Dans le cadre de mon étude, la recension des écrits a été un processus continu qui a commencé au moment de l'élaboration du projet de recherche et qui s'est poursuivi pendant la collecte des données et l'analyse de celle-ci, ainsi qu'au moment de la rédaction du rapport final.

La seconde particularité de la méthode par théorisation enracinée est son échantillonnage qui se réalise de manière à favoriser l'émergence d'une théorie. Elle doit atteindre une certaine représentativité sémantique plutôt qu'une représentativité statistique, comme dans les approches hypothétiques/déductives (Guillemette et Luckerhoff, *ibid.*; Laperrière, 1997a et b). Ainsi les éléments qui constituent l'échantillon sont sélectionnés en fonction de leur capacité de construction de la théorie finale.

Une autre particularité de la méthodologie par théorisation enracinée est le principe de circularité. Celle-ci permet de décrire le mouvement de va-et-vient entre la collecte et l'analyse des données (Glaser, 2001 ; Glaser et Strauss, 1967 ; Guillemette et Luckerhoff, 2009 ; Suddaby, 2006). Les deux opérations se réalisent de façon simultanée. Cela place donc le chercheur dans une perspective constructiviste qui exige que la méthodologie soit suffisamment flexible pour s'adapter au fur et à mesure que l'échantillonnage théorique se précise (Charmaz, 2006).

Selon Guillemette et Luckerhoff (2009), la théorie n'apparaît pas de manière naturelle à la suite d'un simple coup d'œil aux propos des participants à l'étude. Au contraire, elle se construit en utilisant les données brutes pour valider les concepts créés par le chercheur et les énoncés théoriques qu'il formule à la suite de la catégorisation de ces concepts (Laperrière, 1997a ; Suddaby, *op. cit.*). Ce concept se nomme *emergent-fit*. Celui-ci influence également toutes les étapes de la recherche, à savoir le choix des outils de collecte de données, la façon d'analyser puis de présenter les résultats. Ainsi, pour ce principe, il peut être difficile pour un chercheur d'élaborer tous les aspects méthodologiques de son étude avant de commencer la collecte de données, puisque l'analyse de celle-ci peut l'inciter à prendre une direction plutôt qu'une autre et ainsi l'amener à adapter les outils de collecte de données. Cette rigueur des processus d'élaboration de la théorie permet d'en assurer une plus grande pertinence, car le fait de confronter la théorie à la réalité empirique permet d'en assurer la validité (Laperrière, 1997b).

L'association de deux méthodes au sein d'une même recherche *Grounded Theory* et complémentarisme de Devereux n'est pas le fruit du hasard. L'intérêt de la *Grounded Theory* est de laisser la place au discours des sujets concernés par une situation, et ce, d'autant plus chez les individus dont la parole est très peu ou pas représentée. De plus, la théorie ancrée permet de laisser parler le matériau, en essayant de tirer des résultats les plus fidèles possible grâce au discours des sujets que nous rencontrons. Cependant, la subjectivité du chercheur ne peut être niée, et c'est le cas de toute recherche, qu'elle soit quantitative ou qualitative. Aucun chercheur ne peut échapper à sa propre subjectivité.

J'espère qu'en prenant en compte cette notion tout au long de l'analyse du matériau, je contribuerai à en atténuer les effets. La théorie ancrée comme le complémentarisme m'ont permis de penser, d'analyser, d'élaborer ma recherche tout en me découvrant des affiliations théoriques fortes, et de me positionner par rapport à des auteurs.

3.4. Le traitement de données : QSR Nvivo 10

Le logiciel QSR Nvivo a été conçu par une sociologue australienne, Lyn Richards, et son mari informaticien, Tom Richards, dans les années 1980. La logique fondamentale du logiciel est une démarche d'induction dont le but est d'assister la recherche qualitative. On rentre les données au sein du logiciel et ensuite on les code. Ici, ce n'est pas le logiciel qui fait l'analyse ; il aide plutôt le chercheur à faire l'analyse. La version que j'ai utilisée pour cette recherche est la version 10, mise sur le marché en 2014. Ce logiciel permet de traiter de très nombreuses données et de les organiser. Ces données peuvent être traitées à partir de supports très divers : photographies, vidéographies, enregistrements et retranscriptions.

Avant la formation sur la méthodologie par théorisation enracinée (MTE) et l'utilisation du logiciel QSR Nvivo (10), j'ai suivi quelques tutoriels sur la prise en main du logiciel, puis, une demi-journée de formation avec une post-doctorante qui avait utilisé la version 9. Le but était de connaître les fonctionnalités dudit logiciel et de pouvoir commencer le codage. Mais, j'ai ressenti une certaine difficulté au bout de quelques entretiens. J'avais du mal à me retrouver dans la masse de données et les différents codes. J'avais au départ effectué une analyse entretien par entretien, et cela était vraiment laborieux.

Après la formation, j'ai pu mieux réorganiser mes données, les classer et ensuite commencer l'analyse. J'ai créé des dossiers (entretiens, journal de codage et journal théorique). Puis, j'ai importé les entretiens, ce qui m'a permis de mieux gérer mes données, les classer et les retrouver plus facilement. Suite à cette formation, j'ai appris que lorsque les données disent les mêmes choses, il n'est plus nécessaire de les coder, ce qui voudrait dire que je suis arrivée à saturation théorique.

3.4.1. Le codage ouvert

C'est le premier contact avec le matériau. Il s'agit d'identifier ce qui caractérise le phénomène étudié (Lejeune, 2014). À cette fin, le chercheur ouvre un maximum de pistes de recherche. À ce stade de la recherche, rien n'est écarté. Même les idées invraisemblables doivent être prises en compte.

C'est le point de départ de la *Grounded Theory* ; il faut dégager, relever, nommer, résumer, ligne par ligne, les propos développés à l'intérieur du corpus. Il s'agit ici d'une lecture attentive des notes de terrain, des retranscriptions. Puis, on tente de qualifier, par des mots ou des expressions, les propos d'ensemble. On doit se poser les questions suivantes : qu'est-ce qu'il y a ici ? Qu'est-ce que c'est ? De quoi est-il question ? Dans mon travail, le matériau principal comporte des retranscriptions des entretiens ; j'ai choisi l'annotation *in vivo* qui ne procède donc pas à l'imposition des mots de l'analyste. Cette annotation reste proche du matériau, elle se borne à expliciter le contenu du témoignage des informateurs. Elle « colle » à ce qui est dit, elle est ajustée. J'ai sélectionné des mots pertinents dans les entretiens retranscrits ; ces mots m'ont permis de rester près du texte, rejoignant donc l'exigence de l'ancrage (Meliani, 2013).

Cependant, j'ai joué un rôle déterminant dans le choix et la sélection des mots des acteurs qui constituent, selon moi, une bonne étiquette. Les codages proposent une description du phénomène mais j'y ajoute une lecture beaucoup plus clinique. En effet, je ne me suis pas arrêtée à cette description factuelle qui met en avant la question suivante : de quoi est-il question ?

J'ai choisi, avec chacun des codes rédigés, un mémo dans le journal qui a été ensuite codé. Cela m'a permis de mettre en mots tout ce à quoi me faisait penser ce passage lors de la codification, les liens que je pouvais faire avec d'autres entretiens. Ce qu'il faut éviter à ce niveau de codage, selon Glaser et Strauss (1967) puis Corbin et Strauss (1990), c'est la mise en perspective théorique. Donc, les éléments théoriques qui sont apparus à ce moment du codage ont été mis dans un journal dit théorique.

Voici un exemple de codage ouvert d'entretien

« Mais franchement, depuis... en fin d'année j'étais un peu stressée et puis je n'étais pas loin des 35 ans, je stressais beaucoup. Maintenant je suis en train de nous pousser à profiter de ce que j'ai, de profiter de ma vie actuelle. **Ne pas trop me focaliser que sur ça.** Mais cela m'a fait vachement du bien de me dire que je fais une pause...donc je me dis **il ne faut vraiment pas que je me focalise là-dessus.** Je profite de ce que la vie m'offre là, tout de suite, et je ne vais pas tout de suite m'acharner. »

Codage ouvert : ne pas se focaliser

Mémo

Elle se retrouve dans une période de doute face au traitement. Cette année, elle a décidé de se détacher de la prise en charge qui pour elle semble très lourde et n'apporte pas forcément les résultats escomptés. Elle a beaucoup stressé par rapport aux échecs et donc a décidé de se donner le temps de vivre, partir en vacances, profiter de sa famille. Car l'on constate dans son discours que lorsqu'elle fait la PMA, elle met sa vie entre parenthèses, ne vit que pour avoir un enfant. Elle essaie malgré l'âge de ne pas trop y penser.

3.4.2. La catégorisation

C'est la seconde étape qui consiste à coder à nouveau le corpus, cette fois avec un outil beaucoup plus riche : la catégorie. Il faut relire les codes, les regrouper, les comparer, les questionner voire les classer.

On peut se demander si certains codes peuvent être regroupés de façon à signaler un phénomène ou une idée plus large: ce sont les codes chevilles.

Ensuite, on vérifie si certains codes paraissent avoir plus d'importance que d'autres (codes centraux), ce qui indique déjà une piste intéressante dans les données.

Enfin, j'ai repéré des codes qui ne semblaient mener nulle part ou même être hors de propos (codes réserves), mais qui pourraient être utiles (Lejeune, 2014).

Le but ici est d'enrichir l'analyse, en créant des catégories supérieures de plus en plus abstraites. L'on porte l'analyse à un niveau plus conceptuel, en nommant de façon plus riche et plus englobante les phénomènes, les événements qui se dégagent des données.

Lorsque les regroupements auront été réalisés avec un premier entretien, les entretiens suivants seront ensuite décomposés en codes ouverts qui seront par la suite soit intégrés

aux catégories préexistantes, soit utilisés pour la création de nouvelles catégories. Au fur et à mesure, certaines catégories pourront fusionner entre elles afin de s'enrichir, créant ainsi des catégories de niveau supérieur, qui seront de plus en plus abstraites.

Nom de la catégorie : « Itinéraire thérapeutique »

Elle est composée de plusieurs sous-catégories tirées du corpus, c'est-à-dire des 17 entretiens. J'ai comme sous-catégories : « **Itinéraire thérapeutique pré-migratoire** », « **Le cumul thérapeutique dans la migration** », « **Itinéraire biomédical** ».

3.5. Processus de recherche

3.5.1. Échantillonnage théorique et saturation théorique.

La première étape d'analyse est celle que Glaser et Strauss (1967) ont appelée codage ouvert. Ici, l'analyse commence par l'utilisation de catégories proches du texte, dites *in vivo*, reprenant les formulations proposées par les sujets. L'idée est de synthétiser la signification des passages analysés afin de permettre une première interprétation de ce qui s'énonce. Il s'agit donc de fractionner les données en les codifiant, sachant que le « codage correspond à une transformation qui, par découpage, agrégation et dénombrement, permet d'aboutir à une représentation du contenu, ou de son expression » (Bardin, 1977, p. 134). Ainsi, au fur et à mesure de la lecture et de la relecture du discours retranscrit, j'ai pu relever et noter un certain nombre de catégories récurrentes : « Itinéraire », « Migration », « Infertilité », « Vécu », etc. Ensuite, vient le temps du codage conceptuel, correspondant à une sorte de début de « cartographie » qu'il s'agit de créer à partir « de liaisons entre les catégories et leurs sous-catégories » (Lepper et Riding, 2006, p. 124). Progressivement, des relations plus complexes et des catégories de plus en plus abstraites émergent par des recoupements de plus en plus généraux : « Itinéraire thérapeutique », « Traumatisme psychique : angoisse et dépression », « Infertilité et infertilité contrainte », « Désir d'enfant », etc. La catégorisation s'enrichit des nouvelles données et le système catégoriel se clarifie. Comme le souligne Paillé (1994, p. 164), il s'agit d'« un contexte explicatif plus large et plus significatif ». La catégorisation incarne « l'attribution même de la signification » (Paillé et Mucchielli, 2003, p. 234). Elle a pour fonction de « hisser la compréhension d'un comportement, d'un phénomène, d'un événement ou d'un élément

d'un univers psychologique ou social » (Paillé, 1994, p. 160). Alors que la catégorisation est une tentative de mise en « sens », l'analyste doit se placer, lui, en « témoin, traducteur et interprète » (Paillé et Mucchielli, *ibid.*, p. 168). Enfin, vient le temps du codage sélectif, qui correspond à l'identification d'un nombre restreint de catégories principales (Glaser, 2001). La fin de l'analyse correspond à ce qui est appelé « le point de saturation ». Ce point, relatif, est atteint lorsque plus rien de nouveau ou de consistant ne semble émerger de la collecte des données. Il reste, bien évidemment, un idéal abstrait qui ne reflète pas entièrement la réalité d'une recherche. Il s'agit, plutôt, d'un moment où la pertinence des catégories centrales n'est plus remise en question par les entretiens que l'on analyse. Ce dont « il s'agit est de juger du moment où l'analyse sera fiable au point que le chercheur acceptera d'en répondre devant le lecteur éventuel » (Paillé, 1994, p. 167). J'ai décidé que j'étais arrivée à saturation lorsque les données recueillies ne m'apportaient plus d'informations nouvelles.

Les femmes migrantes de l'Afrique subsaharienne qui constituent notre échantillon théorique, les lieux (en institution hospitalière, au domicile ou dans un parc) dans lesquels j'ai recueilli les données empiriques ont été choisis en fonction de leur capacité à favoriser l'expression des sujets autour de la question du vécu de l'AMP et les représentations qui en découlent. L'échantillonnage théorique (*theoretical sampling*), démarche méthodologique décrite par Glaser et Strauss (1967), n'a pas pour but d'obtenir un panel de participants représentatif de la population, mais d'interroger des participants supposés concernés par la théorie émergente. Cet échantillon s'est transformé au cours de la recherche et la problématique s'est précisée. Le projet de travailler avec le couple s'est révélé plus difficile, car dans la réalité de l'entretien, les hommes avaient le monopole de la parole lorsqu'une question était adressée à la femme. Elle attendait l'autorisation du mari pour nous répondre. De plus, au fil des consultations de médecine de la reproduction, j'apprenais que l'infertilité au sein de ces couples était d'origine masculine et que le fait de ne parler qu'avec l'autorisation du mari était dû à un souci de loyauté afin de ne pas exposer ce dernier au sein de la communauté ; c'est ainsi que je ne pouvais, à ce moment de l'entretien, le représenter. Enfin, la question de savoir ce qui devait être fait de nos recherches restait un frein à la libre parole des couples, suite à ces difficultés d'obtenir du matériel qui ne soit pas biaisé pour moi. Pour ces différentes raisons, j'ai choisi de travailler uniquement avec les femmes, car tous les traitements étaient réalisés sur elles. Au fil de l'entretien de recherche a émergé une autre donnée que je n'avais pas prise en compte lors du choix de notre échantillon théorique : le risque viral.

L'idée est donc d'adapter constamment la définition de l'échantillon en fonction des questions qui émergent. Il s'agit de combiner la recherche d'un groupe relativement homogène avec l'introduction de variations sur des facteurs susceptibles de faire une différence. Mon échantillon se compose de femmes infertiles et de femmes ayant une double indication, qui nécessite une prise en charge en AMP, à savoir infertilité primaire et/ou secondaire et risque viral. Vient ensuite la phase de l'analyse de données, après 12 entretiens semi-directifs qui, au fil de l'étude, ont donné lieu très vite à une saturation théorique⁹⁰. Le tableau qui suit détaille le codage fait durant cette première phase d'analyse et les premières catégories émergentes qui, comme le précise la *Grounded Theory*, ont pu être modifiées au cours de l'avancée de la recherche.

3.5.2. Premier recueil de données et analyse du premier corpus après 12 entretiens de recherche

Catégories	Sous-catégories
1/Aléas de la polygamie	1- Séparation 2- Relation conflictuelle avec la belle-famille
2/AMP et risque viral	1- Parcours de soin 2- L'annonce et le report de la prise en charge en AMP
3/Conséquence de l'infertilité sur la vie personnelle et/ou celle du couple	1- Souffrance psychique 2- Angoisse 3- Conjoint apaisant
4/ Découragement	
5/ Découverte de l'infertilité	1- Dans la migration/en Afrique 2- Infertilité masculine : loyauté et endosser la responsabilité par la femme 3- Infertilité féminine : culpabilité
6/ AMP	1- Espoir 2- Idéalisation

⁹⁰ C'est lorsque aucune donnée nouvelle ne vient modifier la théorie construite. Strauss et Corbin (1998) font remarquer que le jugement sur la saturation théorique est d'abord le fruit d'une évaluation de la qualité et de la richesse des résultats, mais qu'il est aussi relatif à d'autres considérations telles que les ressources dont dispose le chercheur en temps, en nombre de personnes pouvant participer à la recherche.

	<ul style="list-style-type: none"> 3- Avantages/inconvénients 4- Amélioration 5- Détachement
7/Secret des démarches d'AMP	<ul style="list-style-type: none"> 1- Mère mise dans la confiance 2- Refus de parler de la prise en charge
8/ Migration	<ul style="list-style-type: none"> 1- Les raisons 2- Les avantages
9/ Parcours du combattant	
10/ Le regard des autres	
11/ L'itinéraire thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> 1- Médical 2- Traditionnel 3- Cumul thérapeutique
12/ Dépendance et passivité	<ul style="list-style-type: none"> 1- Dépendance aux techniques d'AMP 2- Passivité face à la prise en charge
13/Peur	<ul style="list-style-type: none"> 1- Arrêt de la prise en charge 2- Du diagnostic 3- Résultats
14/Refus du don d'ovocyte	<ul style="list-style-type: none"> 1- Don d'enfant 2- Don d'ovocyte
15/ Mariage	<ul style="list-style-type: none"> 1- Difficulté au sein du couple 2- Représentation de l'enfant 3- Relation avec la belle-famille
16/ Religion pour apaiser la souffrance	
17/Vécu des protocoles	<ul style="list-style-type: none"> 1- Angoisse 2- Désespoir 3- Dépression
18/Désir d'enfant	<ul style="list-style-type: none"> 1- Besoin d'enfant 2- Désir pour combler un vide 3- Comme norme sociale du genre 4- Pour consolider le couple
19/Représentation de l'AMP	<ul style="list-style-type: none"> 1- Double discours de la part de l'équipe médicale 2- Espoir/incertitude/doute 3- Parcours du combattant

20/ Itinéraire thérapeutique en Afrique	1- Traditionnel 2- Médical 3- Cumul thérapeutique
21/ Histoire de l'infertilité	
22/ Histoire familiale	1- Deuil non élaboré
23/Incompréhension face au diagnostic	
24/Perte de la trompe	
25/Rejet mutuel de la faute de l'infertilité	
26/ Relation avec la figure paternelle	

Tableau 1 : codage ouvert après 12 entretiens de recherche avec le logiciel QSR Nvivo 10

3.5.3. Réorganisation du corpus après 17 entretiens de recherche

Catégories	Sous-catégories
1/Migration	1- Les raisons de la migration 2- Le vécu de la migration 2-1- Difficultés d'adaptation 2-2- La solitude
2/AMP	1 Avantages 1-1- Espoir 1-2- Idéalisation 1-3- Recherche de soin de qualité 1-4- Recours ultime/chance 2- Inconvénients 2-1- Rupture de l'intimité 2-2- Colère/impatience 2-3- Dépendance aux techniques 2-4- Passivité (manque de prise de décision) 2-5- Longueur de traitement et des rendez-vous 2-6- Découragement/abandon 2-7- Parcours du combattant
3/Vécu des traitements	1-Les échecs 2- Angoisse 3- Désespoir

	<p>4- Culpabilité</p> <p>5- Refus du don (enfant et ovocyte)</p>
4/Itinéraire thérapeutique	<p>1- Itinéraire médical</p> <p>2- Itinéraire traditionnel</p> <p>3- Cumul thérapeutique</p> <p>3-1- Médical/religieux</p>
5/Annonce de l'infertilité	<p>1- Infertilité masculine</p> <p>1-1- Surprotection du partenaire</p> <p>1-2- porte la responsabilité et non la culpabilité</p> <p>2- Infertilité féminine</p> <p>2-1- Vécu traumatique même si redouté</p> <p>2-2- Incompréhension et culpabilité</p> <p>3- Masculin/féminin</p> <p>3-1- Rejet mutuel de la faute</p> <p>3-2- Couple soudé dans l'épreuve</p>
6/Relation avec l'équipe médicale	<p>1- Rassurance</p> <p>2- Confiance totale</p> <p>3- Dépendance et passivité à la figure du médecin</p>
7/AMP et risque viral	<p>1- Parcours de soins</p> <p>2- Annonce de HBV ou HBC et report de la prise en charge</p>
8/Peur	<p>1- Peur des échecs de traitement</p> <p>2- Peur de l'arrêt des traitements</p> <p>3- Peur des résultats</p>
9/Regard des autres	<p>1- La belle-famille</p> <p>2- L'entourage</p>
10/Tabou de l'AMP	<p>1- Refus d'en parler/honte</p> <p>2- Mère mise dans la confiance</p>
11/Conséquence de l'infertilité	<p>1- Sur la vie personnelle</p> <p>1-1- Souffrance psychique</p> <p>1-2- Stress/angoisse</p> <p>2- Sur le couple</p> <p>2-1- Couple soudé dans l'épreuve</p>

	2-1- Séparation
12/Histoire de vie et familiale	1- Histoire de vie 2- Mariage

Tableau 2 : essai de catégorisation des 17 premiers entretiens avec le logiciel QSR Nvivo 10

Cette première phase d'analyse du corpus des données a été réalisée après la retranscription des 12 entretiens. Mais au fil de l'analyse, j'ai remarqué que les données d'entretiens ne m'apportaient pas de connaissances nouvelles, comme si j'avais atteint la « saturation théorique », c'est-à-dire que les données de terrain ne fournissent plus de nouvelles informations, tout cela dès la première phase de recueil du matériel. Puis, une seconde phase de recueil de données a été effectuée, avec cinq participantes supplémentaires. Cela m'a permis d'avoir un second corpus et de démarrer une seconde phase d'analyse et de catégorisation finale.

3.5.4. Catégories finales et sous-catégories retenues dans l'analyse par théorisation ancrée

Catégories	Sous-catégories
1/Désirs d'enfants entre continuité et éloignement des normes sociales	1.1. Désir d'enfant comme désir d'accomplissement social 1.2. Ambivalence du désir : entre émancipation et ancrage social 1.3. Désir programmé
2/ Infertilité	2.1. Infertilité contrainte 2.2. Infertilité d'origine masculine : surprotection du partenaire 2.3. Infertilité d'origine féminine : anticipation, culpabilité et lutte antidépressive 2.4. Infertilité conjointe 2.5. Secret des démarches d'AMP : mère mise dans la confiance 2.6. Diagnostic traditionnel et mise en sens de l'infertilité

3/ Migration et vécu de l'AMP	3.1. Les raisons de la migration 3.2. Le vécu de la migration 3.3. Représentation et vécu de l'AMP en contexte migratoire
4/ Itinéraires thérapeutiques	4.1. Itinéraire thérapeutique pré-migratoire et « exil procréatif » 4.2. Itinéraire biomédical 4.3. Cumul thérapeutique : entre ambivalence et pluralisme médical
5/ Traumatisme psychique	5.1. Infertilité et dépression 5.2. Infertilité, traumatisme et blessure narcissique

Tableau 3 : catégories finales et sous-catégories émergentes

Le chapitre suivant montre de façon détaillée comment j'ai utilisé la théorie ancrée pour faire l'analyse des catégories finales retenues lors de ma recherche.

III. PARTIE CLINIQUE : ANALYSES DES RESULTATS

III. PARTIE CLINIQUE : ANALYSES DES RESULTATS

1. ANALYSE TRANSVERSALE DES CATÉGORIES FINALES ET SOUS-CATÉGORIES PAR THÉORISATION ANCRÉE (TABLEAU 3)

1.1. Désirs d'enfants entre continuité et éloignement des normes sociales

1.1.1 Désir d'enfant comme désir d'accomplissement social

Avoir des enfants reste, pour les migrantes subsahariennes, une donnée fondamentale dans le processus d'épanouissement familial et d'intégration. En effet, lorsque j'aborde la question du désir de maternité, ces femmes disent qu'elles sont à l'origine de la demande d'enfant et qu'elles souhaitent en avoir pour différentes raisons.

La prise en compte de la situation matrimoniale reste importante chez les femmes en situation migratoire car elle met en avant la complexité des situations et les conséquences sur le désir d'enfant. On constate que les femmes qui rejoignent leur époux dans le cadre d'un regroupement familial, qu'elles soient issues d'un milieu urbain ou du milieu traditionnel, adoptent un discours normatif en ce qui concerne le désir d'enfant. Ces femmes veulent un enfant pour consolider le couple, satisfaire les familles et éviter les risques de polygamie. Ainsi, pour ces femmes, avoir un enfant dans ce processus de migration revient à assumer leur rôle de femme en référence au pays d'origine, qui prône la maternité dans le mariage. Elles sont encore prises dans cette vision traditionnelle de la femme en tant qu'épouse et mère. Une fois qu'elles ont rejoint leur mari, elles envisagent rapidement concevoir : « *J'ai désiré un enfant depuis mon arrivée en France! On a essayé, cela n'a pas marché. Du coup, quand j'ai eu mes papiers en 2007, on a commencé les inséminations.* » (Martine, 37 ans, Malienne). « *J'avais envie de tomber enceinte depuis je ne sais plus quelle année au Sénégal car, moi je suis ici depuis 2011 [...]. Pour moi, comme je n'étais pas mariée, je ne me faisais aucun souci. On n'a pas de relations sexuelles avant le mariage, donc ce n'est vraiment pas inquiétant pour une femme de ne pas avoir d'enfants si elle n'est pas mariée. [...] Je ne pouvais pas savoir ; ce n'est qu'après le mariage que j'ai attendu un an aussi, et je suis allée voir un gynécologue. [...] Comme on le sait, dans notre tradition africaine, l'enfant étant le socle*

du couple et celui qui vient pour consolider la famille. » (Micheline⁹¹, 41 ans, Sénégalaise).

Pour ces femmes, elles sont mariées, donc elles doivent prouver leur fécondité comme gage de l'inscription au sein de la famille du conjoint. À ce propos, pour Héritier-Augé (1985b, p. 242-243), le désir d'enfant en Afrique est en fait un désir d'accomplissement social. L'enfant « n'est pas voulu comme objet de pur désir et d'appropriation, comme bien de consommation et d'investissement affectif du couple ou de l'individu, [...] ». Il semble qu'on puisse parler davantage d'un désir de descendance et d'un désir d'accomplissement plutôt que d'un désir d'enfant, et de la nécessité d'accomplir un devoir envers soi-même et la collectivité plutôt que la revendication d'un droit à posséder. Désir et devoir de descendance, ne pas transmettre la vie, c'est arrêter là une chaîne dont nul n'est l'aboutissement ultime, et c'est par ailleurs s'interdire l'accès au statut d'ancêtre ». Pour cet auteur, c'est par la maternité qu'une femme accède au statut d'ancêtre et au respect des vivants. De ce fait, le mariage et la procréation sont des devoirs envers ceux qui nous ont précédés dans l'existence (Héritier-Augé, 1985a). L'individu fait partie d'une lignée et n'est rien sans elle. Les femmes étant au service de la lignée, l'individu doit procréer (Héritier-Augé, 1985b, p. 5). Cela est vu en termes de « dette » envers les parents et les ancêtres. « Se pose alors la question de l'acquittement d'une dette transgénérationnelle, celle que l'on doit à ceux qui nous ont donné la vie. La dette de vie, qui lie entre elles les générations [...]. » (Cailleau, 2006, p. 92). Il s'agirait donc, pour chaque individu, de rendre la vie qui lui a été donnée en mettant un enfant au monde. Ainsi, chacun doit s'acquitter de sa dette transgénérationnelle pour vivre en parfaite harmonie avec l'entourage familial.

Pour ces femmes qui cherchent absolument à procréer, la souffrance réside dans le fait de ne pas pouvoir s'acquitter d'une dette transgénérationnelle. Delaisi de Parseval (2008, p. 43) explique : « [...] avoir un enfant est bien souvent moins un désir qu'un devoir, devoir de donner des petits-enfants à ses parents, de les rendre grands-parents. Devoir aussi de perpétuer la lignée familiale, devoir enfin vis-à-vis de l'espèce, c'est-à-dire du genre humain ; mettre des enfants au monde, c'est en somme s'acquitter de la dette qu'on a contractée en naissant (on a reçu la vie, il faut la transmettre à nouveau afin d'éviter de mettre fin à la lignée) ». Ainsi, dans ce groupe de femmes, le désir d'enfant s'apparente à un devoir de procréation ; il est vécu par ces femmes comme une obligation

⁹¹ Les prénoms des femmes ont été changés afin de préserver l'anonymat. Avant chaque entretien, elles ont signé un formulaire de consentement éclairé. Toutefois, l'autorisation de l'enregistrement était demandée avant chaque début d'entretien. Pour celles qui s'y opposaient, une prise de notes était faite.

sociale de perpétuer la lignée et de s'affirmer comme femme. Même si les critères de motivation pour avoir un enfant varient selon les contextes historiques et culturels, il s'avère que malgré la migration, ces femmes font référence à leur univers culturel pour expliquer une volonté d'enfantement et les raisons de ce choix, que je qualifierais comme étant inscrites dans une norme sociale.

1.1.2. Ambivalence du désir : entre émancipation et ancrage culturel

Pour les femmes qui ont migré pour des raisons socio-économiques, la question du désir d'enfant reste ambivalente. Il est question pour elles d'autonomisation, et elles apparaissent tiraillées entre leurs désirs d'émancipation et le besoin de maintien de leur appartenance au groupe social dont elles sont issues. Le bouleversement migratoire va entraîner, chez ce groupe de femmes qui migrent pour trouver une vie meilleure, une instabilité et la nécessité de composer, de négocier entre la culture d'origine et la culture du pays d'accueil, de concilier le profit de la modernité et le respect des valeurs traditionnelles. Étant en couple, elles n'envisagent pas de faire un enfant tout de suite, elles s'occupent d'abord de leur ascension sociale. Cela montre dans quelle mesure ces femmes, tout en étant contraintes par les normes sociales et culturelles relatives au mariage et à la reproduction (la pression de la belle-famille quant à une demande d'enfant), les manipulent (avec la prise d'une contraception et le refus d'un projet d'enfant), voire les remettent ouvertement en cause aux fins de développer et d'accomplir des projets de vie plus individualisés. Par ailleurs, que représente la réussite sociale ?

Cependant, il arrive un moment où la pression dans le couple devient forte. Les femmes adhèrent alors partiellement au projet d'enfant, elles envisagent de reconsidérer leur position, afin de contourner le système social qui, même dans la migration, favorise la polygamie et la répudiation. Ainsi, Nathalie me dit les propos suivants : « *Au départ, je ne voulais pas d'enfant, je n'étais pas prête. Mais avec la famille qui était tout le temps sur notre dos, on a décidé d'en faire. Au bout de deux ans de relations, sa famille a commencé à critiquer, comme quoi j'étais stérile, que j'étais incapable de donner un enfant à mon conjoint. C'était encore plus compliqué parce que sa famille vit ici avec lui. La famille se plaignait beaucoup (soupir), bah c'est ça, la famille africaine.* ». Elle ajoute: « *Les Africains, c'est toujours comme ça, on vous oblige à avoir des enfants. Moi-même, je n'étais pas prête. Et quand cela ne vient pas, c'est tout un problème avec le conjoint et la*

famille. Je lui avais dit et j'ai aussi parlé avec sa maman que je n'étais pas prête à avoir un enfant. Et sa mère m'a répondu : du moment où vous vivez avec mon fils, faut avoir des enfants [...] Quelque part, je voulais avoir un enfant mais pas si tôt, car on s'est connu en 2000, déjà en 2002, il commence à me dire qu'il voulait un enfant, que je fasse mes preuves. » (Nathalie, 34 ans, Congolaise). Cela vient confirmer l'envie de Nathalie de s'émanciper de cette obligation de faire un enfant à tout prix pour la belle-famille, de perpétuer la descendance. Mais de fait, elle ne se sent pas prête, elle se retrouve tiraillée entre l'envie de faire plaisir à sa belle-famille et l'envie de s'émanciper de cette norme sociale. Mais elle se ravise, au risque de perdre son conjoint ou de vivre une situation de polygamie. La pression d'autant plus forte de la belle-mère, qui vit aussi en migration, fait que Nathalie change d'avis.

De plus, ces femmes vont pouvoir s'affirmer comme telles auprès de l'entourage, en passant du stade d'enfant des parents qui les ont précédées à celui de parent. Selon Bydlowski (1997), il s'agit de passer du stade de crédeur à celui de personne capable de régler sa dette d'existence. Cette demande d'enfant reste quelque chose dans lequel elles ne s'inscrivent pas au départ; ce besoin d'enfant est la continuité de la réalisation professionnelle et est influencé par l'entourage. Lorsqu'un diagnostic d'infertilité est posé, elles se réapproprient ce désir comme un besoin de « réparation narcissique » (Canneaux, 2009, p. 13). Cela rejoint l'idée de certaines femmes que j'ai rencontrées, pour qui le désir d'enfant n'était pas un désir personnel et réfléchi, mais était plutôt vécu comme une norme sociale à respecter pour passer du statut de fille à celui de mère et combler le manque dans le couple. Cela met en avant l'ambivalence des femmes migrantes, entre des aspirations personnelles et leur besoin de continuer à respecter les normes sociales fondamentales de leur société d'origine.

1.1.3. Désir programmé

Pour une autre minorité, le désir d'enfant semble quelque chose de programmé, avec une envie de vivre à l'occidentale, le projet d'enfant étant souhaité dans un but de réalisation individuelle. Les femmes veulent d'abord avoir une stabilité financière et se projeter en tant que parent potentiel. Pour cela, elles font appel au planning familial en utilisant la contraception. Même si ce désir d'enfant se présente souvent comme une démarche consciente, raisonnable, voire programmée, s'intégrant dans un plan de vie lié aux idéaux sociaux, culturels et familiaux.

Le désir d'enfant n'est pas souhaité par ces couples comme une norme sociale mais plutôt comme un choix du couple qui se concertent et décident de construire une famille. De plus, la rencontre avec cette société individualiste et l'instruction de ces couples font qu'ils privilégient la stabilité financière avant de vouloir un enfant. Donc, ce désir est planifié et plus que jamais réfléchi ; cela rejoint l'idée de Francine qui me parle du cheminement de son projet de vie et des divers temps qui ont marqué l'arrivée de ce projet d'enfant : « *Quand je suis arrivée, on ne cherchait pas à avoir des enfants parce que je devais finir mes études. J'ai continué mes études pendant trois ans. C'est quand j'ai eu mon premier Contrat à Durée Indéterminée, c'est à ce moment qu'on a pensé à avoir des enfants.* » (Francine, 34 ans, Sénégalaise). La procréation reste une norme différée, les couples ont d'autres facteurs de satisfaction. Pour ces jeunes, il y a d'abord l'envie de vivre pleinement le début de l'âge adulte, d'avoir une situation professionnelle bien établie, avant d'envisager d'avoir un enfant. On pourrait penser qu'il y a, chez ces jeunes, une organisation temporelle bien définie: d'abord la concrétisation professionnelle, et ensuite la maternité. Diane m'affirme qu'elle veut un enfant car elle est désormais prête « *avant, je n'avais pas encore trouvé la personne avec qui je devais faire un enfant. En plus, il n'a pas d'enfant aussi, cela nous a tous motivés. Et puis, je prends de l'âge, c'est pourquoi je veux le faire* ». (Diane, 35 ans, Ivoirienne).

La question de l'âge et du choix du conjoint peut aussi être ce qui motive le temps de la maternité chez les femmes, dans cette forme d'émancipation des normes et traditions en lien avec la culture. Charton (2009, p. 10) divise la maternité en trois types de temporalité : le « temps biologique qui fixe les potentialités et les limites de la procréation », le temps du « choix » qui est celui « des significations que revêt un désir d'enfant/une naissance dans un parcours de vie », et le temps biographique dans lequel « s'organisent et interagissent les parents conjugal, familial et professionnel ».

En somme, dans les différents cas observés en ce qui concerne le désir d'enfant, il y a une frontière mince entre désir et besoin d'enfant. D'abord, la question du désir renvoie à la quête, à ce qui nous donne envie, et le besoin, quant à lui, renvoie à la nécessité (Dayan, Trouvé, 2004). Pour ce qui est des femmes infertiles de mon étude, le désir d'enfant devient un besoin vital, une fois que l'annonce de l'infertilité est établie. J'ai pu constater, que le désir d'enfant et ses motivations, il en découle trois catégories de femmes : celles qui sont venues pour des raisons matrimoniales et qui sont ancrées dans la vision de la maternité genrée et normée ; puis, les femmes qui sont tiraillées entre le besoin d'émancipation, et les normes sociales. Il s'agit en grande majorité de femmes qui ont

migré pour des raisons socio-économiques et qui mettent en avant la réussite professionnelle. En effet, pour ces femmes, c'est la réussite professionnelle qui détermine leur condition de migrantes et leur statut au pays. Enfin, une dernière catégorie est celle des femmes qui migrent pour rejoindre un ascendant, qui s'émancipent complètement de la norme sociale, privilégient la réussite professionnelle et décident du temps de la maternité dans un projet de vie programmé.

1.2 Infertilité

1.2.1 Infertilité contrainte

L'infertilité peut avoir diverses origines (contrainte par le risque viral, masculine, féminine ou conjointe) ; elle peut être découverte avant ou pendant la migration. Certaines femmes que j'ai rencontrées affirment être suivies en AMP dans la mesure où une découverte de risque viral a été établie. On peut ainsi, parler d'infertilité « contrainte » que je définirais comme une infertilité imposée par la maladie (hépatite virale B ou C et VIH). De ce fait, les couples sont orientés vers un service d'AMP qui traite du risque viral⁹². Cela permet éviter les risques de contaminations mère-bébé d'une part, et d'autre part entre conjoint lorsque l'un des membres du couple n'est pas infecté par l'hépatite virale B ou C ou le VIH. Les couples sont obligés de passer dans des centres d'AMP spécialisés dans le risque viral ou le protocole d'insémination est différent. L'équipe doit s'assurer avec l'aide de l'infectiologue que le partenaire infecté ait trois charges virales inférieure à un certain seuil durant six mois afin de débiter les inséminations ou la FIV. Toutefois, cette obligation alourdit la prise en charge surtout chez les patients inobservants dans les traitements administrés. La découverte de la maladie dans ce contexte de migration, est souvent vécue comme un choc. Le trauma de la rupture avec le « contenant culturel » (Nathan, 1986) est à peine élaboré ou en cours d'élaboration qu'elles doivent déjà faire face à une nouvelle forme de dépossession, celle de la fonction reproductive. Ces femmes doivent gérer un double choc et trouver rapidement des solutions pour surmonter ce traumatisme.

⁹² Il faut préciser que tous les centres d'AMP ne sont spécialisés dans le traitement des personnes atteintes de maladie telles que l'hépatite B ou C et le VIH/ sida. Actuellement en Ile de France, il en existe cinq.

1.2.2 Infertilité d'origine masculine : surprotection du partenaire

Le plus souvent, les femmes se sentent porter la responsabilité de l'infertilité masculine. Elles ont suivi des traitements en amont dans le pays d'origine, donc, la phase de choc a déjà été élaborée; elles quittent leur pays d'origine et elles abandonnent tout pour avoir des soins de qualité. Différents traitements (médicaux et traditionnels) ont été mis en place face à cette « matrice vide » (Herry et *al.*, 2008) qui ne répond à aucun traitement. Elles envisagent l'AMP comme la phase ultime pour accéder à la grossesse. Elles sont capables de tout quitter pour s'installer en Europe afin d'obtenir l'objet de leur désir. Lorsque l'infertilité est d'origine masculine, la femme est dans une sorte de « surprotection du partenaire » (Cauvin, 2007).

L'annonce de l'infertilité masculine lors de la prise en charge en France, est en même temps associée au fait qu'en cas d'absence de grossesse, les femmes portent la responsabilité de l'infertilité auprès de la famille. Ces femmes, avant l'annonce de l'infertilité, sont dans une phase d'anticipation du diagnostic (masculine ou féminine). Une fois le diagnostic établi et après la phase de « choc », elles soutiennent le mari en le surprotégeant auprès de la famille. La femme garde le silence et assume la responsabilité de l'infertilité auprès de la famille. Elle fait appel à ce que Labib-Sami (2015) qualifie de « *partie masochiste de son psychisme* » pour continuer de subir la réprobation sociale propre à son univers culturel. Les femmes n'ont pas le droit de se défendre contre les accusations émises à leur encontre, car elles sont désignées d'office comme responsables de l'infertilité. Dans ce cas de figure, elles ne mettent pas en avant leur bonheur individuel, mais portent le couple comme un tout qu'il faut protéger. Elles sont les garantes de l'infertilité du couple et donc mettent tout en œuvre pour apaiser la belle-famille en la gratifiant d'un enfant. Une participante me dit : « *On cherchait à avoir un enfant, finalement, il y a un truc qui bloque pour moi, il fallait passer à autre chose. Il y avait une solution qui se présentait à nous ICSI,⁹³ il fallait tout de suite envisager cette option-là.* » (Francine, 34 ans, Sénégalaise). Cauvin (*ibid.*) suggère que la surprotection du conjoint infertile par l'autre a pour but de contre-investir l'agressivité générée par l'infécondité du partenaire. De la même façon, le conjoint fertile peut exprimer qu'il aurait préféré être touché par l'infertilité afin que l'autre ne souffre pas. L'agressivité peut par ailleurs être projetée sur d'autres sphères telles que l'équipe médicale.

⁹³ L'ICSI ou injection intracytoplasmique de spermatozoïde est une technique de fécondation *in vitro* (FIV) dans laquelle le spermatozoïde est injecté dans l'ovocyte. Cette technique est envisagée lorsque l'infertilité est d'origine masculine.

En somme, il y a chez ces femmes le poids de la responsabilité de l'infertilité auprès de l'environnement familial, sans aucune forme de culpabilité. Au contraire, l'annonce de l'infertilité masculine vient restaurer la femme dans son identité féminine et réparer la blessure narcissique liée à l'anticipation du diagnostic d'infertilité. Ainsi, Vaillant (1992) a décrit l'anticipation comme un mécanisme de défense adaptatif visant à réduire ou à annuler les effets désorganisant des dangers réels ou imaginaires face à l'indétermination de l'avenir en voie d'élaboration. Toutefois, Vaillant (*ibid.*) parle de mécanisme de défense adaptatif permettant d'envisager de manière réaliste des réponses ou des solutions alternatives.

1.2.3 Infertilité d'origine féminine : anticipation, culpabilité et lutte antidépressive

Lorsque l'infertilité est d'origine féminine, le choc est présent mais moins lourd, dans la mesure où les femmes avaient déjà anticipé ce diagnostic. Cette anticipation de l'origine de l'infertilité fait que les femmes se préparent à l'éventualité d'une prise en charge, d'une réprobation sociale et à un risque de polygamie. Cette crainte favorise une demande urgente. On peut faire l'hypothèse que, la demande en urgence a pour fonction la lutte anti-dépressive. En effet, la demande en urgence doit être associée au choc de l'annonce du diagnostic et à la culpabilité qu'elle engendre, car les femmes mettent tout en œuvre pour pallier à cette infertilité.

Lorsqu'on aborde la question de l'anticipation chez les femmes migrantes, c'est pour faire part de l'état d'esprit avec lequel elles partent consulter un médecin. C'est souvent avec l'idée qu'elles sont responsables, car *de facto*, la culture les désigne comme telles. Ainsi, Sutter et Berta (1991) élargissent le concept d'anticipation qu'ils nomment « l'inconscient du futur ». Ils définissent l'anticipation comme le fait de créer son propre avenir ; de pratiquer une greffe de l'avenir dans le présent. Dans cet élan d'anticiper l'éventualité d'une infertilité féminine, les femmes essaient de faire baisser, leur angoisse en s'adaptant et en recherchant des solutions auprès des équipes médicales capables de répondre à leur demande d'enfant. Les femmes migrantes pour qui l'origine de l'infertilité est féminine, l'anticipation diminue le traumatisme de l'annonce et la culpabilité qui en découle, et permet aux femmes de se concentrer sur les solutions qui peuvent être proposées par l'équipe médicale.

1.2.4 L'infertilité conjointe

Un autre cas de figure est celui où l'infertilité se potentialise, c'est-à-dire que l'homme et la femme ont une part de responsabilité dans l'origine de l'infertilité. Il y a, à ce moment, une incompréhension du discours médical et un refus de porter le lourd tribut de la responsabilité de l'infertilité. Comme si, ces femmes attendaient que le médecin, dans sa fonction de « toute-puissance », attribue un rôle à chacun. Toutefois, il faut comprendre que les hommes ont tendance à nier leur part de responsabilité et à penser que la femme en est la seule responsable. Cela peut être à l'origine de la recherche d'une seconde épouse qui serait capable de prouver la virilité du conjoint. Il faut rappeler qu'il y a une confusion entre « impuissance » et « infertilité masculine » chez les couples africains.

Squires et *al.* (2008), dans leur article, développent que dans les infertilités inexplicables, des déficits mineurs existent chez les deux membres du couple, se potentialisent et se conjuguent, alors qu'avec un autre partenaire, une grossesse pourrait survenir. Il ne s'agit pas forcément, d'une infertilité inexplicable, car la médecine donne des raisons médicales. C'est le cas de Pauline⁹⁴ et son conjoint, à qui on a diagnostiqué une obstruction tubaire pour elle et une insuffisance spermatique pour lui. Cela montre combien les anomalies biologiques des deux membres du couple peuvent empêcher l'accès à la maternité, et qu'avec un autre partenaire, une grossesse spontanée peut advenir là où il y avait un accès impossible à la maternité. De plus, Pauline se vit comme victime, subissant l'infertilité du conjoint. Elle se vit comme le « bon objet » par opposition à son conjoint qu'elle voit comme le « mauvais objet ». Mais, la grossesse qui survient avec un autre conjoint quelque temps vient restaurer Pauline sur le plan narcissique ; ses trompes ne sont plus défailtantes car il y a de la vie embryonnaire. À travers cette grossesse, elle se dégage de cette responsabilité de culpabilité et se réhabilite comme femme à part entière. C'est désormais sur son ex-partenaire que repose toute la culpabilité. C'est en quelque sorte une réparation de la blessure narcissique, elle a désormais la chance de s'inscrire dans ce processus de filiation, de reconstruire son image sociale auprès de l'entourage et de la famille.

⁹⁴ C'est une femme de 28 ans, originaire de la Guinée-Bissau, que j'ai rencontrée en entretien et pour qui le médecin avait décidé d'interrompre le traitement car le couple était en instance de divorce.

1.2.5 Secret des démarches d'AMP : mère mise dans la confiance

La question du secret lié à l'infertilité reste un facteur de vulnérabilité chez les couples. Il n'est pas question pour eux d'en parler aux proches (familles, amis), il faut gérer le problème en couple. Cela apparaît lors des entretiens avec Francine, lorsqu'elle parle du secret lié aux démarches de l'AMP : *« En tout cas, il m'a fait comprendre qu'il n'a pas forcément envie d'expliquer aux gens les choses, ce qui est normal. Il ne veut pas se mettre à expliquer que c'est dur, voilà ce qu'on fait, voilà ce qu'on ne fait pas depuis tant d'années, il ne veut pas vraiment rentrer dans les détails. [...] Au début, non, car on a entamé nos traitements pour voir ce que cela allait donner, et quand cela a marché du premier coup, on n'a pas jugé vraiment nécessaire d'en parler autour de nous. C'est récemment que j'en ai touché un mot à mes parents à moi (mère). Mais du côté de mon mari, on ne leur a rien dit. Ils ne savent pas. [...] Mais moi, j'ai jugé nécessaire d'en parler à ma mère. Et j'ai dit à mon mari que j'en ai parlé à ma mère et voilà, il l'a bien pris. Si quelqu'un doit en parler à sa famille, ce sera à lui de le faire. Mais, de toute façon, pour ma mère, la seule chose qu'elle sait, c'est qu'on a du mal à avoir des enfants. Qui n'arrive pas, qui est malade, elle ne sait pas non plus. Cela, on le garde quand même pour nous. »* (Francine, 34 ans, Sénégalaise).

Peut-on penser comme l'affirment Hatt et Hauswirth (2009), que si le silence implique la forclusion et donc exclut toute possibilité de penser les événements et leurs conséquences, ou bien, garder le secret augure un choix dont le but est de préserver la vie privée. Pris dans ce sens, le secret n'est pas chargé de honte ni de culpabilité mais prend une valeur positive. Paradoxalement, les effets néfastes du non-dit dans les échanges interpersonnels, et en particulier au sein de la famille, semblent pouvoir être évités. Dans le cas des femmes migrantes, elles gardent le silence afin de préserver le couple des critiques et éviter que l'entourage familial ne puisse s'impliquer davantage. Ne pas garder le secret exposerait les couples auprès de l'entourage avec l'impression de se mettre à nu de façon perpétuelle. Ce qui favoriserait un repli sur soi et un évitement des relations sociales. Pour Tisseron (1992) ressentir la honte est une impression de mise à nu, de faille de l'enveloppe psychique, d'impossibilité de se cacher, voire d'une intention, l'impression d'être percé à jour dans ce qu'on ne veut pas montrer.

Les femmes que j'ai rencontrées lorsqu'elles se confient à leur mère trouvent chez celles-ci une confidente capable d'assurer une fonction de soutien et de réassurance. Les femmes prennent appui sur une figure maternelle investie, valorisante, contenante. En

effet, leurs mères occupent une place importante dans leur récit ; qu’elles soient proches ou éloignées géographiquement, c’est à elles que les femmes s’adressent en premier, sans pour autant donner les détails liés à l’itinéraire thérapeutique ou au responsable de l’infertilité dans le couple. Les mères, au pays, vont consulter pour leur fille ou leur conseiller d’aller voir un tradithérapeute pour faire des traitements : *« C’est ma mère qui m’a conseillé les traitements traditionnels, on m’avait déjà dit que le tradithérapeute avait fait des miracles, il avait fait en sorte que les femmes fassent des enfants. On avait une femme pas loin de chez nous, mariée depuis 35 ans, sans enfant, et c’est quand elle a fait les traitements chez le monsieur qu’elle a eu des enfants. Là, je veux aller en Afrique. »* (Gabrielle, 35 ans, Ivoirienne). Le recours aux mères semble important, car elles sont considérées comme les consolatrices capables de procéder à un *holding* sur le plan psychique, au sens de Winnicott (1960). Le fait de se tourner vers la mère peut avoir un autre sens, celui de justifier l’absence d’enfant, car, la femme ne peut régler sa dette de vie en gratifiant sa mère d’un enfant (Bydlowski, 1997, 2008), ni passer du stade de crédeur à celui de débiteur à travers cette recherche de maternité.

Aussi, l’éloignement géographique peut avoir un avantage qui est celui de protéger les secrets liés aux démarches de FIV et faire baisser, voire éviter, les pressions familiales. Mais pour d’autres, en cas de proximité familiale dans le cadre d’une migration ou d’un exil, la pression familiale peut être similaire à celle subie dans le pays d’origine, car la belle-famille est présente (physiquement et psychiquement) et scrute l’arrivée de l’enfant. Cela peut quelquefois être source de difficultés au sein du couple, ou d’une frustration de ne pas être en capacité d’expliquer les problèmes que les conjoints traversent, car ils estiment que ces démarches ne concernent qu’eux. Les couples gèrent leur souffrance dans le « silence », sans pour autant répondre à ce qu’ils considèrent comme des propos blessants qui viennent mettre à mal des personnes déjà fragilisées sur le plan narcissique. Ces femmes me confient les propos suivants : *« Parce que lui, je comprends, tous les jours il a la pression de sa famille, tout le monde pose des questions, sa mère qui dit “ tu vas avoir 40 ans, tu n’as pas d’enfant, tu t’accroches à elle, ça va marcher quand vos trucs” [...] c’est vraiment dur pour nous. Ou des amis qui vous disent en rigolant : alors toi, qu’est-ce que tu fais, qu’est-ce que vous attendez pour avoir un bébé ? Ou des réflexions comme ça, qui sont vraiment difficiles à encaisser. Il n’a pas... en tout cas, il m’a fait comprendre qu’il n’a pas forcément envie d’expliquer aux gens les choses, ce qui est normal. Il ne veut pas se mettre à expliquer que c’est dur, voilà ce qu’on fait, voilà ce qu’on ne fait pas depuis tant d’années, il ne veut pas vraiment rentrer dans les détails. »*

(Mathilde, 29 ans, Béninoise).

Pour aller dans le même sens, Mejía Quijano et *al.* (2008) pensent que les difficultés à exprimer ses vécus, allant de la simple gêne jusqu'au secret voulu et fermement maintenu, sont toujours associées à un besoin paradoxal, parfois fortement ressenti, de « révéler » ce qui a été vécu. En cherchant à comprendre les raisons de ce paradoxe, les auteurs affirment que le silence est une « trace traumatique du vécu de la stérilité, un silence qui s'oppose ainsi au secret » (Mejía Quijano et *al.*, *ibid.*, p. 39).

Le poids du silence et du secret menace le sentiment d'existence, l'unité du moi, et impliquerait que le sujet, mette en place un fonctionnement en faux self qui est une adaptation sociale qui protège le vrai self, corollaire d'un sentiment d'enfermement (Winnicott, 1960). Le risque d'isolement et de fonctionner de façon hyper-adaptée reste en vigueur chez les couples infertiles. Mais le poids du silence, l'évitement des soirées en famille ou entre ami(es), les non-dits entraînent de multiples questionnements chez l'entourage.

1.2.6 Diagnostic traditionnel et mise en sens de l'infertilité

Les femmes que j'ai rencontrées étaient dans un processus de cumul thérapeutique. Celles qui consultent des tradipraticiens⁹⁵ le font dans le but de connaître l'origine supposée de leur infertilité (sorcellerie et malédiction). D'autres, par contre, se tournent vers la médecine traditionnelle dans le but de trouver des traitements pour contourner cette « matrice vide » (Herry et *al.*, 2008). Elles vont consulter avec le diagnostic du médecin, afin de compléter cette prise en charge. En effet, Solène affirme être victime de sorcellerie de la part de son ancien conjoint. Nous sommes dans une culture où la parole peut être source de bénédiction ou de malédiction : « *Mon ancien conjoint m'a dit un jour "tu ne pourras jamais être mère". On reste en France, on a la coutume, on ne se connaît pas, je ne connais pas ce qu'il était, mais comme je crois que je sais qu'il va se passer quelque chose.* » (Solène, 35 ans, Congolaise). Le fait que Solène l'ait quitté pour refaire sa vie avec un autre l'a poussé à prononcer des paroles de malédiction à son égard. Il ne supportait pas l'affront de la séparation, ni celui de l'annonce de l'infertilité qui le rendait responsable de celle-ci, contrairement à ce qu'il laissait croire aux gens de la communauté. Sergine, pense également être victime de sorcellerie de la part de son ex-conjoint ; elle dit avoir consulté dans le but d'avoir des explications codées culturellement : « *Oui, je ne vais*

⁹⁵ *Ibid.*, page 81.

pas mentir, je l'ai déjà fait deux ou trois fois, ils m'ont dit que cela va durer un moment et que tôt ou tard je vais avoir un enfant. Ils m'ont dit de faire des sacrifices, je les ai faits. Deux personnes m'ont dit que mon ex-mari est responsable, ils m'ont dit qu'il est allé voir des gens pour pas que je tombe enceinte. Deux des trois personnes que j'ai consultées m'ont dit la même chose, que mon ex-mari était responsable, que cela prendrait du temps, mais que tôt ou tard je ferais un enfant, et j'ai fait des sacrifices. » (Sergine, 35 ans, Ivoirienne).

La sorcellerie ou la malédiction est sous-tendue par des conflits réels dans le vécu quotidien des femmes que j'ai rencontrées. En effet, durant les entretiens, les femmes abordent les conflits (divorces) avec le persécuteur désigné (le conjoint) qui serait l'auteur de la malédiction prononcée. Certaines affirment avoir fait des « *sacrifices pour apaiser la colère* » (Sergine, 35 ans, Ivoirienne), tandis que d'autres attendent la réparation divine car, selon elles, « *c'est Dieu qui donne les enfants et l'homme qu'il a créé n'est pas capable d'aller à l'encontre de sa volonté* » (Solène, 35 ans, Congolaise). Chez ces femmes, il y a deux modèles qui se côtoient, l'un religieux (Solène) et l'autre traditionnel (Sergine). C'est dans ce sens que Mallart Guimera (1981, p. 109) pense que l'acte de sorcellerie est le résultat d'un processus. En effet, la sorcellerie repose sur un monde imaginaire qui prend appui sur le réel. La sorcellerie repose sur un conflit qui commence le jour (c'est le prétexte), puis le supposé sorcier agirait la nuit sur sa victime afin de lui nuire. Les conséquences apparaîtraient ultérieurement dans l'ordre du réel. Il semble que pour ses femmes le conjoint aurait des pouvoirs de sorcellerie. Dans ses propos, Sergine s'appuie sur la puissance sacrée pour combattre la sorcellerie. Tandis que, que Solène s'appuie sur la réparation divine. De Rosny (1997) souligne que dans les sociétés en développement en Afrique, où le quotidien est à mi-chemin entre les valeurs coutumières traditionnelles et modernes, où le surnaturel et la vie des individus se côtoient, on remarque que c'est dans la religion et la tradition que les populations viennent chercher très souvent les explications pour leurs problèmes de santé. La religion et la tradition constituent ainsi pour elles des modèles explicatifs des malheurs, et elles y ont recours dans l'espoir qu'une solution. La sorcellerie permet au groupe et au sujet de symboliser, d'exprimer les angoisses et donner un sens aux difficultés (Bitsi, 2005).

Pour Comaroff (1999) la croyance en la sorcellerie s'inscrit toujours dans un cadre psychoculturel d'incertitude et d'insécurité où l'homme, devant les multiples interrogations de l'existence humaine, se donne des moyens de tous genres pour réinventer son vécu quotidien et continuer de vivre. On peut penser que, l'attitude des femmes face à la

sorcellerie est souvent une réaction naturelle contre les difficultés de tous ordres qui se posent à elles. Koumba (2013)⁹⁶ émet l'hypothèse que, la recherche de causalité du malheur est une façon pour la femme de lutter contre l'angoisse, de se dédouaner de la culpabilité et de trouver un persécuteur. Cependant, Baoulé Seke (2016, p. 98-99) affirme que dans les sociétés modernes et face à des difficultés, « la première attitude de l'Africain ne consiste pas d'abord à courir au devin et au sorcier le plus proche. Tourné vers la modernité, il tente de leur trouver une interprétation et une solution adaptées à ce contexte nouveau ». Cela se confirme chez les femmes que j'ai rencontrées durant mon étude. Avec la migration et les phénomènes d'acculturation, les femmes se tournent d'abord vers la médecine moderne pour trouver des solutions à leur difficulté. Le recours aux traitements traditionnels et aux tradithérapeutes commence à se dessiner lorsqu'en dépit des efforts de prise en charge médicale, aucune solution n'est trouvée face à leurs difficultés. Les femmes qui sont éduquées dans un contexte africain où « il est largement admis qu'une infortune de ce type peut cacher une volonté maléfique des forces occultes, [...] elles finissent tôt ou tard par s'en convaincre quelles que soient ses capacités de résistance à une telle croyance » (Baoulé Seke, *ibid.*, p. 99). Cela rejoint l'idée de Diane qui a fait ses traitements médicaux sans succès et qui commence à penser qu'un sort lui aurait été jeté. Lors de notre entretien, elle affirme n'avoir jamais consulté un tradithérapeute, mais les différents échecs des tentatives laissent une voie à la croyance en la sorcellerie : « *Je préfère la médecine moderne et voir ce que cela va donner. Mais quatre fois, c'est beaucoup, on a fait sept embryons, on a mis deux embryons à chaque fois pour avoir plus de chances, sauf à la première tentative. Mais rien, ce que je me dis, c'est qu'on m'a balancé un sort, on ne veut pas que j'aie un bébé. Je m'imagine beaucoup de choses dans ma tête. Tout est possible en Afrique, hein.* » (Diane, 35 ans, Ivoirienne). Cette dimension sera abordée plus en détails dans la catégorie « Itinéraire thérapeutique ».

En conclusion de cette catégorie, la découverte de l'infertilité provoque des perturbations et empêche les couples de se projeter dans l'avenir ; avec cette annonce, il est impossible de donner la vie qui nous a été transmise. C'est une atteinte narcissique portée à l'image de la féminité chez la femme. Selon Bourdet-Loubère et *al.* (2012) chez l'homme, l'impossibilité de devenir père vient signifier l'incapacité à transmettre un capital génétique, un nom, une culture familiale. C'est également pour le père, une forme de castration, un questionnement sur sa virilité symbole de l'identité sexuelle. Le maintien du secret est partagé par les couples rencontrés qui sont dans le processus d'AMP. Mais, le

⁹⁶ Mémoire de master 2, non publié.

silence n'est pas total du côté des femmes, car elles arrivent tout de même à se confier à leurs mères qui assurent une fonction contenante.

1.3. Migration et vécu de l'AMP

La migration s'inscrit dans un contexte culturel donné, et en cela, elle constitue elle-même un acte culturel Levitt et *al.* (2011). Par conséquent, il devient essentiel de tenir compte des normes sociales et culturelles au niveau individuel et collectif afin de cerner en quoi celles-ci affectent les désirs et décisions des hommes et des femmes de rester ou de partir, que ce soit dans le pays d'origine ou d'accueil. Ces normes n'étant pas statiques et évoluant à travers le temps et l'espace (Brettell, 2003), l'analyse des processus décisionnels relatifs à la migration s'avère particulièrement complexe dans le contexte du monde globalisé contemporain où les flux d'informations circulent largement à travers les réseaux transnationaux (Sassen, 2009).

1.3.1 Les raisons de la migration

Certaines femmes qui sont venues en France pour des raisons matrimoniales ; elles ont suivi ou retrouvé leur mari afin de vivre une « vie normale ». Alors que le projet des hommes est avant tout d'ordre économique ; ils sont au départ résidents en France et décident d'aller épouser une femme au pays. La destination migratoire est le plus souvent en lien avec l'ancienne colonisation. Dans ce cas, les femmes se retrouvent dans une situation de dépendance vis-à-vis de leur conjoint et du pays d'origine, car elles ne connaissent personne. Pour certaines, cela provoque un sentiment de « chute sociale » dans la mesure où elles abandonnent des activités commerciales, un travail etc, pour rejoindre leur conjoint. Aussi, le groupe familial n'est plus là pour opérer une médiation dans le couple conjugal.

Il existe une grande différence entre les femmes issues du monde rural, où le groupe social et familial est très prégnant, et celles issues du milieu urbain, dont les modes de vie se rapprochent plus du monde occidental. Si la migration peut constituer, pour certaines femmes, une chance de sortir du carcan familial, des traditions, et de bénéficier de lois françaises favorables à l'individualisme, elle en place d'autres en situation de grande difficulté car elles ne peuvent s'adapter au pays d'accueil et à une modernité qui peut paraître brutale.

Le bouleversement migratoire va entraîner une instabilité et la nécessité, pour le migrant, de composer, de négocier entre la culture d'origine et la culture d'accueil, de concilier le profit de la modernité et le respect des valeurs traditionnelles. Selon Moro (1994), très souvent, lorsque le migrant est privé de la cohérence entre la culture et la société qui rend le monde prévisible, il lui faut chaque jour rencontrer le monde de manière traumatique, c'est-à-dire sans protection, sans intermédiaire. C'est ce que Moro (*ibid.*) appelle « le traumatisme à petite dose ». Même s'il y a une perte des repères culturels d'origine dans la migration, la recherche de maternité peut être vue en termes de potentialité créatrice. Donc, désirer un enfant dans la migration a une valeur très importante pour le couple. L'arrivée d'un enfant ponctue la constitution d'une vraie famille et donne un sens au mariage. Par ailleurs, pour les femmes, la maternité est un investissement pour le futur et un moyen d'échapper à l'isolement. Pour les couples, la naissance d'un enfant confère aux femmes une stabilité et un enracinement dans le pays d'accueil qui vient solidifier le projet migratoire.

On a le groupe des femmes qui migrent pour des raisons socio-économiques, pour obtenir de meilleures conditions de vie. On peut les comparer aussi à ce qu'Étiemble (2002) nomme les mandatés et qui ont pour mission de devenir le soutien de la famille restée au pays. En effet, les femmes qui arrivent pour des raisons socio-économiques ou politiques ont une mission implicite de prendre en charge sur le plan financier la famille restée au pays. On peut ainsi faire référence à la classification faite par Étiemble (2002, p. 62) sur les mineurs non accompagnés qui sont mandatés par la famille afin de la soutenir : « Ils sont incités à partir par leurs proches afin d'échapper à la misère. Dans un premier cas, le mineur a comme "mandat" de se rendre en Europe pour y travailler et envoyer de l'argent à sa famille restée au pays etc. ». Diane me dit, lors de notre entretien, être venue en France à cause de « *la crise, pour mes frères* ». Étant l'aînée de la famille, elle porte la lourde responsabilité et le mandat de prendre la place de ses parents qui sont décédés afin de soutenir ses jeunes frères restés au pays. Malgré ce mandat, l'ambition professionnelle reste le fil conducteur de cet itinéraire. Toma et Vause (2013), dans leur étude basée sur les données de l'enquête MAFE (2011, 2013)⁹⁷, démontrent qu'un nombre important des femmes qui migrent vers l'Europe ont l'ambition d'un accomplissement professionnel.

⁹⁷ MAFE (migration entre l'Afrique et l'Europe) en 2011-2013. Cette enquête démontre en effet la difficulté de distinguer les motifs de la migration comme étant de l'ordre du travail ou liés au regroupement familial (Toma et Vause, 2015). Ainsi, bien que près de 30 % des migrantes sénégalaises disent partir pour des raisons professionnelles, contre environ 67 % pour des raisons familiales, il faut garder en tête qu'en Italie, l'accès au marché du travail est facilité pour les personnes immigrantes en tant que membre de la famille.

Ainsi, mieux cerner leurs désirs et stratégies migratoires s'avère crucial afin de comprendre comment elles sont amenées quelquefois à défier l'environnement normatif (en termes de mariage, de maternité...) dans lequel elles sont nées et appelées à reproduire par une conduite bien codifiée (Dial, 2008).

Un autre groupe de femmes que j'ai rencontrées correspond à celles qui migrent pour des raisons de santé reproductive. Ces femmes entreprennent le voyage seul sans leur époux resté au pays. Un tiers d'entre elles se sont finalement installées en France en demandant une autorisation de séjour. Elles passent d'un séjour de courte durée à l'exil procréatif dans le but de continuer les traitements. Au préalable, cette mobilité pour des soins de santé n'engage pas une volonté d'immigration durable lorsque le projet d'AMP est envisagé. « *Je n'étais pas venue pour y rester, je suis venue pour consulter, et compte tenu de la situation, le médecin m'a dit que si je voulais faire un enfant un jour, il faut vraiment que je reste ici car le traitement est long et ce n'était pas quelque chose que je peux faire pendant trois mois. Donc, compte tenu de la situation, j'étais obligée de rester.* » (Grâce, 29 ans, Centrafricaine). Bonnet et Duchesne (2014, p.13) parlent à cet effet de « mobilité procréative », ajoutant que pour les femmes, « la mobilité s'avère être le seul moyen de se réaliser comme une possible future mère, et non plus seulement comme une épouse ». Le mari n'est autorisé à venir que ponctuellement, il retourne au pays tandis que leurs épouses continuent les traitements. Le risque de cette mobilité reproductive pour les femmes de l'étude est l'isolement, la répudiation, la polygamie et le sentiment d'avoir porté tout seul le projet d'enfant. Ainsi, cette recherche de maternité à long terme peut favoriser la rupture des couples. Grâce nous explique qu'elle a décidé de s'installer en apprenant que son mari allait avoir un enfant avec une autre : « *Dès que je suis venue, sa famille lui dit il ne faut pas qu'il reste comme ça, pour m'attendre, et qu'ils ne sont pas sûrs que je vais retourner un jour au pays. Du coup, il s'est remarié avec une autre et a fait des enfants. J'ai décidé de rester, ça ne sert à rien de rentrer car je n'ai plus aucun foyer, j'ai laissé mon travail et j'ai dit cela ne sert à rien.* » (Grâce, 29 ans, Centrafricaine).

Avec cette mobilité reproductive, les femmes mettent leur vie professionnelle et conjugale entre parenthèses. Les ruptures matrimoniales (divorces), vont remettre en cause le projet d'enfant, car l'AMP en France n'est pas autorisée aux célibataires. Les ruptures mettent fin à la prise en charge vu qu'en France, l'assistance médicale à la procréation (AMP) est régie et définie par la loi bioéthique (2011), et réservée aux couples hétérosexuels, stables (mariés ou pouvant justifier d'au moins deux ans de vie commune), dont la femme est en âge reproductif et dont l'infertilité est diagnostiquée.

1.3.2 Vécu de la migration

J'ai ainsi pu observer trois modalités d'adaptation de la migration. Cependant, la question primordiale est de savoir comment elles vivent cette migration. Certaines diront que cela a été plus facile pour elles car elles avaient déjà de la famille sur place ; elles sont généralement issues du milieu urbain, elles ont vécu à la capitale et ont un bon niveau d'instruction. Elles arrivent facilement à s'adapter dans ce pays qui est tout de même différent de ce qu'elles ont connu. Les difficultés abordées restent néanmoins l'absence de la famille et les déplacements d'un endroit à un autre, avec les multiples démarches administratives : « *La France, c'est le pays des papiers, il faut tout justifier.* » (Nadine, 39 ans, Nigérienne).

Pour d'autres, issues de milieux ruraux, l'adaptation s'avère plus compliquée ; elles sont plus isolées, elles n'ont personne avec qui discuter quand le mari part au travail, d'autant plus qu'elles sont habituées à vivre en communauté et qu'ici, la solitude est difficile à vivre : « *Ce fut difficile au début car je ne croyais pas qu'on allait faire tout ce temps-là, à la base je venais le rejoindre, parce que nous étions mariés, il finissait ses études et nous devions rentrer au pays. C'est dur de rester aussi longtemps. En plus, je n'ai pas de famille ici, je suis toute seule.* » (Martine, 37 ans, Malienne). « *Quand je suis arrivée, le fait que je ne connaissais personne, je vivais seulement avec lui [...], j'avais beaucoup de stress. Des fois, je faisais toute la journée sans manger. Je n'avais pas d'appétit.* » (Sergine, 35 ans, Ivoirienne). « *Mais j'avoue que c'était dur pour moi de quitter ma famille, mes sœurs et frères qui sont encore jeunes. Mais il fallait que je vienne retrouver mon mari, cela faisait partie de mon devoir : [...] pas facile du tout, tu te trouves dans un pays où tu ne connais personne [...], mais mon problème majeur, c'était les déplacements en transports en commun, c'était franchement un supplice.* » (Annie, 25 ans, Sénégalaise). Il y a, chez ces femmes, la joie d'avoir rejoint le conjoint, mais elles font tout de même face à des difficultés inhérentes à la vie loin de l'environnement familial et de tous les repères culturels. À cela s'ajoute la situation d'irrégularité (sans-papiers) qui exacerbe la solitude et l'isolement ; ces femmes craignent d'être rapatriées si elles se font contrôler par la police.

Il se pose aussi la question des difficultés d'adaptation liées à la langue, au mode de vie et aux démarches administratives qui peuvent être particulièrement angoissantes et stressantes pour ces femmes issues du milieu rural (il s'agit de femmes qui n'ont pas un bon niveau d'éducation ou bien qui sont analphabètes). Elles ont l'impression d'« être

jetées dans quelque chose où on leur dit de se débrouiller »⁹⁸, malgré les explications qu'elles n'arrivent pas à assimiler. Ces difficultés liées à la compréhension de la langue font que les femmes, lors de la prise en charge, font souvent des erreurs dans la dose de produit à s'injecter au domicile, ce qui peut avoir pour conséquence de suspendre le traitement pour attendre le prochain cycle. Ces femmes évoquent des sentiments d'angoisse, de tristesse, de douleur et de nostalgie, contraire aux attentes pré migratoire et « illusions encourageantes », que chaque migrant emporte avec lui lors du départ du pays d'origine (Grinberg et Grinberg, 1986). À la souffrance de la séparation d'avec le monde et la culture qui nous ont bercés, viennent s'ajouter parfois la désillusion et la désorientation dues à la confrontation aux réalités du pays d'accueil, lorsque l'on se rend compte que les référentiels sont différents, les catégories utilisées également, et que les repères vacillent (Moro, 1998), faisant écho à une désorientation existentielle chez le sujet migrant.

1.3.3 Représentations et vécu de l'AMP en contexte migratoire

Pour toutes ces femmes dont la découverte de l'infertilité a été faite pré-ou post-migration, la représentation de l'AMP reste similaire. Elles l'envisagent comme une possibilité, une forme d'espoir de contourner la « matrice vide » et comme la technique idéale (Herry et *al.*, 2008). L'entrée dans les protocoles ouvre un espoir de solution pour ces femmes. En effet, c'est l'espoir de prouver sa capacité à enfanter à l'entourage familial, mais c'est aussi l'espoir, d'une filiation qui reste tout de même l'occasion de nouvelles souffrances.

Au départ, les femmes sont portées par « le temps de l'espoir médicalement assisté » (Alméida et *al.*, 2002, p. 56) qu'elles occultent et ne se représentent pas les échecs. Elles sont dans une phase d'idéalisation où l'échec est inenvisageable et les techniques sont investies d'une forme de « toute-puissance ». Les femmes laissent le médecin décider à la fois des dates et de la façon dont vont se dérouler les protocoles. Elles se concentrent uniquement sur les techniques, les cycles les traitements, la vie sociale est suspendue au profit du désir d'enfant. Ce désir est revendicatif, dépressif, il devient un besoin impérieux face à l'atteinte de la capacité naturelle à procréer. Les femmes considèrent avoir de la chance d'avoir accès aux soins dans la migration car si elles étaient restées en Afrique, elles n'auraient pas pu profiter de la prise en charge.

⁹⁸ Aminata, 25 ans, Sénégalaise.

Francine me dit je cite : « *C'est une chance, on aurait pu être en couple dans un village perdu et on n'aurait pas du tout accès à cela. Et comme la plupart des personnes qui sont dans des coins reculés en Afrique et qui n'ont pas accès et ils n'auront éventuellement jamais d'enfant. Pour moi, cela aurait été fatal* ». (Francine, 34 ans, Sénégalaise). L'accès à ces techniques dans la migration nourrit l'espoir de ne pas mourir « stérile », comme elles s'imaginaient l'être au pays. Donc, l'AMP, à travers les techniques, ouvre un champ des possibles, favorise l'imaginaire des femmes quant à une possible maternité.

Cependant, après plusieurs échecs et la souffrance liée ceux-ci, les femmes deviennent prudentes lorsqu'elles évoquent les traitements. Elles sont passées de la phase d'illusion optimiste des débuts de la prise en charge à celle de la désillusion liée aux échecs : « *Dès que vous faites une prise de sang, on faxe les résultats directement et ensuite on vous appelle. Des fois, on ne vous appelle pas le jour même. Des fois, c'est deux jours après. On vit dans l'angoisse, on ne dort pas. On se demande : est-ce qu'il faut que j'aille acheter un test de grossesse à la pharmacie ? Mais cela, je n'osais pas le faire car je me disais, au cas où c'est négatif, je vais me sentir très mal que je ne pouvais pas assumer.* » (Mathilde, 29 ans Béninoise). Les femmes vivent la temporalité liée aux résultats médicaux comme un temps suspendu, marqué par l'angoisse, où se jouent l'imaginaire et la rêverie d'une éventuelle grossesse. Toutefois, l'absence de grossesse viendrait mettre un terme à cette rêverie. Ces échecs, peuvent être vécus sur un mode traumatique chez les femmes, dans la mesure où elles sont dans une rêverie maternelle et que ces échecs y mettent un terme.

Elles décrivent des conditions de transfert d'embryons qui mettent à l'épreuve la pudeur des femmes : « *On est dans une salle éclairée, avec trois intervenants, quatre, des gens qui sont... il y en a qui ne servent à rien. Je trouve que c'est un peu [...] Je n'étais pas du tout à l'aise pour les deux transferts parce qu'il y avait trop de monde et cela s'est soldé sur deux échecs.* » (Francine, 34 ans, Sénégalaise). Ces femmes passent de l'intimité du lit conjugal, dans un processus de désir de grossesse naturelle, à une déssexualisation de l'acte procréatif avec une équipe médicale où « tout n'est que technique ». La présence de plusieurs personnes lors de la ponction ou du transfert d'embryon serait autant de preuves qui visent à renforcer l'idée selon laquelle l'acte sexuel reproductif n'a jamais eu lieu. L'AMP vient certes offrir aux femmes une possibilité d'accès à la maternité, mais elle réinterroge la place de la sexualité d'autant plus que la pudeur de la femme est mise à mal. De plus, en faisant des liens, Francine pense que ces tentatives n'ont pas abouti à une

grossesse car il n'y avait aucune intimité dans l'acte. Contrairement à la première tentative qui avait été une réussite et avait abouti à une grossesse⁹⁹.

D'autres représentations négatives sont évoquées par les femmes, elles qualifient l'AMP comme quelque chose de « *militaire* » (Solène, 35 ans, Congolaise), « *d'industriel* » (Nathalie, 32 ans, Congolaise), sans forme de compassion, et une absence d'empathie de la part de l'équipe médicale. « *Quand cela ne marche pas [...] cela n'a l'air de rien, mais ça pèse sur le moral. Lorsqu'on fait la prise de sang et que c'est négatif, des fois, on n'a pas de suite [...], des fois, ils ne nous appellent que le lendemain ou le soir. C'est juste : "Allô Madame, cela n'a pas marché, ben prenez rendez-vous pour la prochaine fois." [...] il n'y a pas de compassion, de "je suis désolée", c'est comme si c'était à la chaîne, ça ne marche pas, vous revenez.* » (Mathilde, 29 ans, Béninoise). Tout ceci témoigne du vécu douloureux des femmes face aux échecs des tentatives. Cela engendre souvent des phases de découragement et parfois une pause dans la prise en charge car certaines femmes ont recours à la médecine traditionnelle qui maintient l'espoir d'une grossesse sans lequel les femmes feraient le deuil de la maternité.

Il s'avère que ce n'est pas l'arrêt définitif de la prise en charge médicale, mais le plus souvent une pause, car les femmes rencontrées reprennent toute la prise en charge médicale. En effet, la mise à distance de l'AMP avec cette pause permet à certaines femmes de reprendre les traitements avec une autre dynamique, car au départ, leur vie ne tournait qu'autour de l'AMP. Je constate que, ces femmes s'enfermaient dans une routine de vie où seul était important l'accès à la maternité, et elles ne s'autorisaient plus à vivre pour elles. Avec la prise de distance, elles se mettent dans un processus d'élaboration des échecs, qu'elles finissent par accepter : « *Si, aujourd'hui, on m'appelle pour me dire viens faire tes examens, je le fais, mais si on ne m'appelle pas, je ne vais pas me focaliser là-dessus parce qu'à force de beaucoup penser, cela peut jouer ou bloquer car tout est là, dans la tête. Si ça ne marche pas dans la tête, tout ce que tu fais comme traitement, cela ne va pas marcher.* ». Elles reviennent dans le processus d'AMP, avec l'idée de changer de stratégies, c'est-à-dire de ne pas s'empêcher de vivre tout en faisant l'AMP, car elles sont à même d'accepter les échecs. « *Maintenant, je suis en train de nous pousser à profiter de ce que j'ai, de profiter de ma vie actuelle. Je ne veux pas trop me focaliser que sur ça. Mais cela m'a fait vachement du bien de me dire que je fais une pause. Et puis, je me dis qu'il y a des gens qui n'ont pas d'enfants et moi j'ai une fille alors que tu en as qui n'en ont pas du*

⁹⁹ Dans le cas de Francine, il s'agit d'une infertilité d'origine masculine, un premier enfant est déjà né d'une première tentative de FIV. Lorsque que je rencontre Francine, elle vient pour un second désir de maternité.

tout. » (Francine, 34 ans, Sénégalaise). « Je préfère retarder et me sentir bien dans ma tête, penser à autre chose et revenir avec plus de conviction que de partir parce qu'il faut partir alors que le cœur n'y est pas. Le corps est bien quand la tête aussi. Ne pas penser à cela, je pense que ça me redonne plus de force de reprendre la suite des traitements. » (Mathilde, 29 ans, Béninoise). La mise à distance de l'AMP permet à certaines femmes d'envisager un retour vers les thérapies traditionnelles. Mais, cette mise à distance a aussi une fonction ponctuelle de lutte contre la dépression.

Représentation de l'AMP en contexte Migratoire

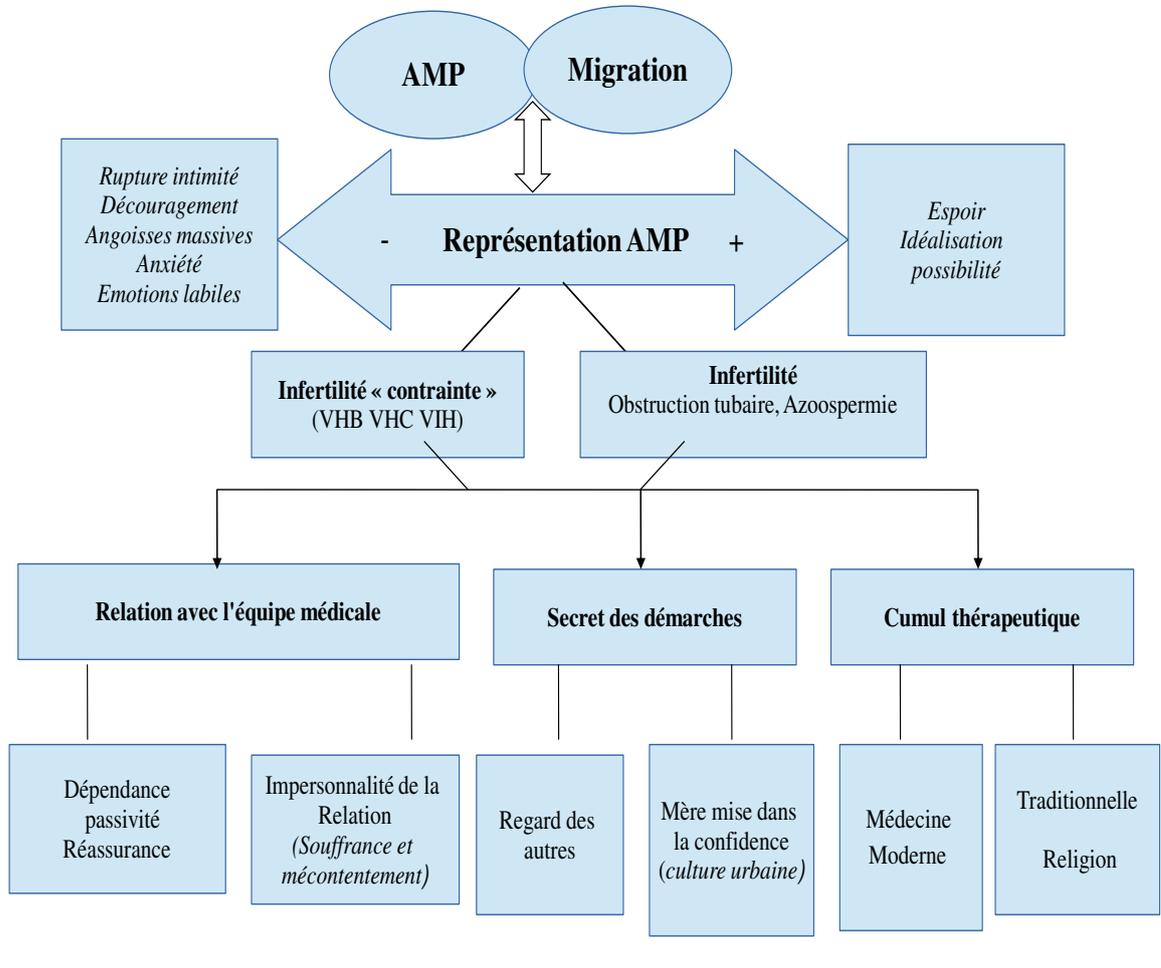


Figure 1 : représentation de l'AMP en contexte migratoire

Ce schéma résume le parcours des couples et particulièrement des femmes. Il montre comment elles se représentent l'AMP et comment leurs représentations évoluent une fois qu'elles sont rentrées dans les protocoles de FIV. Pour toutes les femmes de mon étude, les soins d'AMP représentent un espoir, des techniques idéales et des possibilités pour pallier une infertilité (féminine ou masculine ou contrainte par un risque viral ou conjointe). De plus, elles considèrent l'équipe médicale comme réassurante et dépendent complètement de celle-ci, les femmes restent passives dans la prise de décision lors du choix des techniques, c'est le médecin qui coordonne tout. En cas d'échecs, les représentations deviennent ambivalentes, les femmes laissent libre court à leur vécu douloureux (la pudeur qui est mise à mal lors des inséminations, les résultats des tentatives qui sont transmises par téléphone etc). À cela s'ajoute les relations avec l'équipe médicale qu'elles disent manquer d'empathie, de compassion en cas d'échec, et/ou elles sont partagées entre diverses émotions labiles (tristesse, crise de larmes et joie). Lorsqu'elles se confient à leur mère, elles leur proposent systématiquement des thérapies traditionnelles afin de trouver des solutions et permettre à leur fille de devenir mère à leur tour.

1.4. Itinéraire thérapeutique

1.4.1 Itinéraire pré-migratoire et « exil procréatif »¹⁰⁰

La question des itinéraires thérapeutiques **pré-migratoire** reste une donnée fondamentale dans cette recherche. Pour celles qui n'ont pas assez de moyens financiers pour aller faire des traitements à l'étranger, elles vont souvent associées des traitements biomédicaux et traditionnels. D'autres vont associées dans un pluralisme thérapeutique des traitements biomédicaux, traditionnels et des pratiques religieuses (prières, jeunes etc) dans le but d'avoir un enfant. Même si, avec la modernité, les conceptions traditionnelles quant à la place de l'enfant et les soins liés à l'infertilité sont quelque peu remis en cause mais n'ont pas totalement perdu leur importance.

Pour les femmes qui migrent pour des raisons de santé reproductive, il y a en amont dans le pays d'origine un itinéraire thérapeutique qui allaient des soins médicaux aux soins traditionnels. Ces femmes sont issues d'un milieu socioprofessionnel de cadre moyen ou supérieur, leur quête de maternité les amène dans un premier temps à consulter un médecin

¹⁰⁰ Inhorn et Pascale (2009), pense que « l'exil procréatif » explicite les contraintes et les difficultés que rencontrent les couples. Avant, il utilisait le terme « tourisme procréatif » car selon eux, cette expression évoquait des voyages de loisirs et ne correspondait pas à l'expérience des couples amenés à se rendre à l'étranger.

gynécologue qui prescrit des pilules pour favoriser la fertilité. Le manque d'efficacité de ses traitements favorise une orientation vers les traitements traditionnels. Koumba (2013), pense que les femmes sont dans l'alternance entre soins médicaux et soins traditionnels. Les premiers traitements sont mises en place pour pallier une infertilité du couple qui est imputé à la femme dans le contexte africain. Ces femmes se tournent vers les thérapies traditionnelles soit pour rechercher un sens codé culturellement du trouble, soit pour favoriser l'efficacité des traitements biomédicaux et non les annulés.

Lorsqu'elles s'engagent dans un **exil procréatif**, les femmes abandonnent leur foyer, leur travail afin de réaliser un désir de maternité. Une patiente me dit avoir « *juste consulté trois gynécologues, là-bas, ils m'ont affirmé qu'il n'y avait aucun problème, j'avais juste les trompes bouchées, ils m'ont fait l'hystérocopie¹⁰¹ pour déboucher les trompes. J'arrivais à tomber enceinte sans problème, sans prendre de traitement, le problème est que je n'arrive pas à mener une grossesse à terme [...] j'étais venue en France en 2012 et quand je suis allée voir un médecin, il m'a fait faire des examens, il a juste fait le diagnostic des synéchies¹⁰² au niveau de mon utérus, et il m'a orientée vers la PMA. Je n'étais pas venue pour y rester, je suis venue pour consulter, et compte tenu de la situation, le médecin m'a dit que si je voulais faire un enfant un jour, il faut vraiment que je reste ici car le traitement est long et ce n'était pas quelque chose que je peux faire pendant trois mois. Donc, compte tenu de la situation, j'étais obligée de rester.* » (Grâce, 29 ans, Centrafricaine). Dans cette situation, le parcours médical a été entrepris sans succès au pays et l'exil procréatif s'est prolongé car certaines femmes sont restées en France afin de bénéficier à long terme des soins de biomédecine.

¹⁰¹ C'est un examen de la cavité utérine qui consiste à introduire un hystéroscope à travers le col utérin permettant d'exploration visuelle de la cavité utérine, de ses surfaces et orifices tubaires. On distingue deux types d'hystérocopie: hystérocopie diagnostique et une hystérocopie opératoire.

¹⁰² C'est une adhésion partielle ou complète des parois utérines. Les synéchies peuvent concerner différentes parties de l'utérus : corps utérin, isthme et canal cervical. Les synéchies ont un impact majeur sur la fertilité, ils sont à l'origine d'un défaut d'implantation de l'embryon, notamment quand elles touchent le fond utérin.

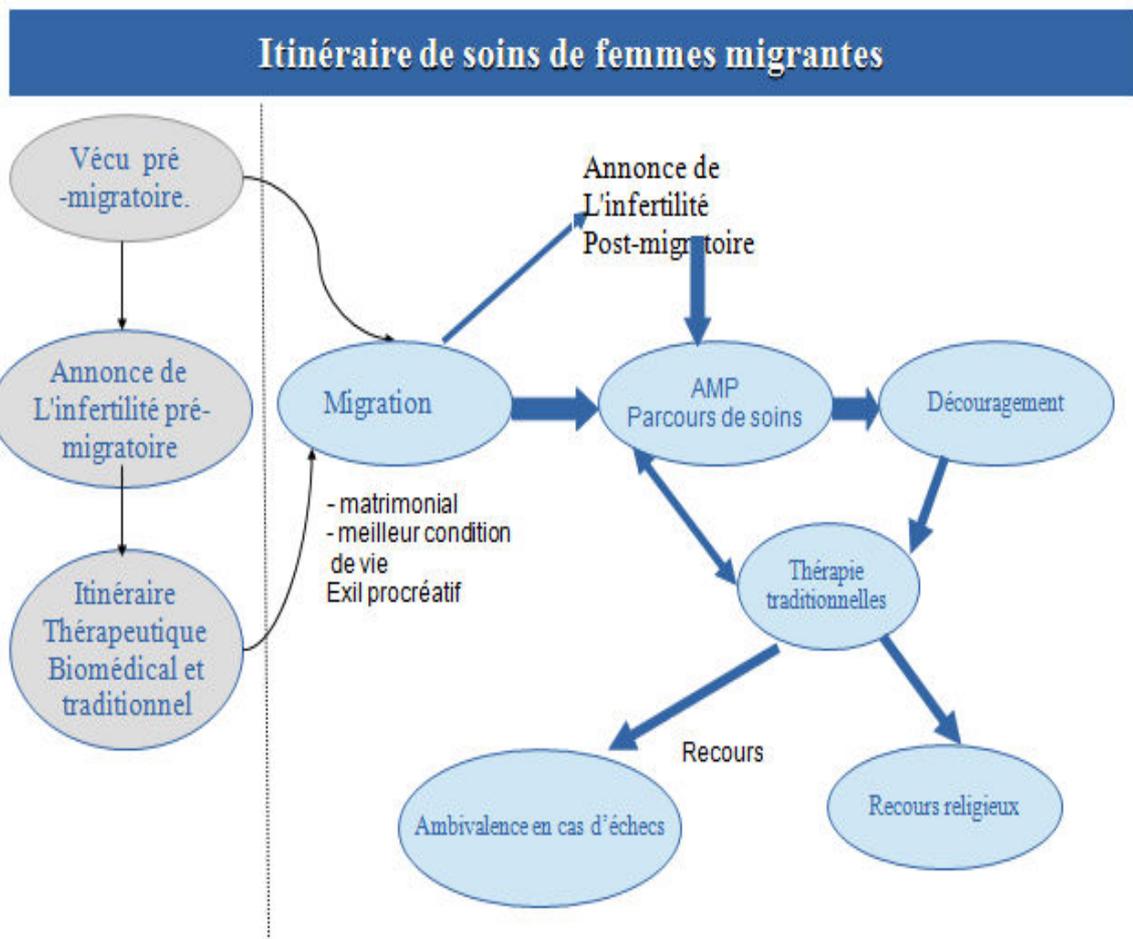


Figure 2 : itinéraire de soin de femmes migrantes

Ce schéma résume le parcours des femmes que j'ai rencontrées. Il y a celles qui ont migré pour des problèmes de santé reproductive et dont l'infertilité a été diagnostiquée dans leur pays d'origine. Ces femmes abandonnent leur projet de vie pour tenter de trouver des solutions adéquates à l'étranger. Cependant, lorsqu'elles viennent, elles n'envisagent pas de rester, mais la longueur de la prise en charge fait qu'elles se voient dans l'obligation de s'installer, de demander une autorisation de séjour. Pour ces femmes, le traumatisme de l'annonce de l'infertilité semble être moindre car elles pensent être responsable de l'infertilité et qu'une première prise en charge a été entreprise dans leur pays d'origine, même si celle-ci n'a pas aboutit à une grossesse. Elles semblent moins déprimés et

affrontent le nouveau parcours biomédical en France avec sérénité car elles estiment avoir la chance de bénéficier des traitements adéquats. De plus, elles ont l'espoir de ne pas rester dans ce statut de femmes sans enfants, qui est très stigmatisé en Afrique.

Par contre, pour les femmes qui migrent pour des raisons matrimoniales, l'annonce de l'infertilité est vécue comme un second traumatisme. Il y a d'abord le traumatisme de la migration, avec la perte de l'enveloppe culturelle, la solitude. Mais, lorsqu'elles veulent se placer du côté de la transmission de la vie, l'infertilité pourrait les renvoyer à « la mort sociale » et cela est vécu de façon douloureuse. Les recherches de solutions sont vite envisagées, les prises en charges proposées par l'équipe médicale sont rapidement investies par les femmes. La difficulté reste la multiplication des échecs qui favorisent une phase dépressive, un désinvestissement des traitements médicaux et un retour vers les thérapies traditionnelles chez certaines. Ainsi, la pause n'est pas définitive et permet aux femmes d'élaborer et de mettre à distance la souffrance liée aux échecs. Mathilde pense qu'annuler un traitement et prendre son temps est important « *En fait, annuler des rendez-vous retarde mais, mais moi je dirais que cela me fait du bien. Le temps durant un mois ou deux de ne pas penser à cela. Cela me redonne plus de force. Je préfère retarder un mois ou deux et me sentir bien dans ma tête, de penser à autre chose et revenir avec plus de conviction que de partir parce qu'il faut partir alors que le cœur n'y est pas. Partir sans conviction et ne pas être motivé. Ne pas penser à cela, je pense que ça me redonne plus de force de reprendre la suite des traitements* ». (Mathilde, 29 ans, Béninoise). Francine va aussi dans le même sens, « *Cette année j'ai annulé deux rendez-vous j'ai annulé parce que ce n'était pas propice en fait. Il ne me reste pas beaucoup de tentatives, vous savez c'est un peu limité pour la prise en charge de la sécurité sociale [...] j'ai énormément stressé, pour [...] des échecs et tout et je me suis dit je faire une pause. Et puis cette année je me suis dit, on va tout petit peu profité se relaxer, tout mettre de côté. Et puis j'ai décidé de prendre rendez-vous avec notre psychologue gynécologue pour un autre problème* ». (Francine, 34 ans, Sénégalaise).

Le schéma permet de supposer un impact traumatique et dépressif chez les femmes qui migrent pour des raisons matrimoniales, contrairement à celles qui migrent pour des questions de santé reproductive. En effet, pour celles qui viennent pour des raisons matrimoniales, elles restent ancrées dans les considérations culturelles pour lesquelles l'enfant reste le socle du mariage. C'est le cas le plus souvent pour les femmes qui avant la migration vivaient en milieu rural. Toutefois, le fait de vivre loin de l'environnement familial, et surtout de la belle-famille qui attend la descendance pour la continuité du nom,

permet de réduire la pression qu'elles auraient vécue si elles étaient restées proches de la famille.

1.4.2 Itinéraire biomédical

Au sein du groupe de femmes que j'ai rencontrées, certaines ne s'inquiétaient pas de l'infertilité quand elles étaient au pays « *car mon mari n'était pas là, il venait en vacances une fois par an et ce n'était pas possible de faire un bébé dans ces conditions* » (Micheline, 41 ans, Sénégalaise). En effet, ces femmes étaient mariées et restaient au pays le temps d'entreprendre toutes les démarches liées au regroupement familial. Ainsi, en l'absence du mari, ces femmes n'étaient pas inquiètes quant à leur fertilité vu la longue absence du conjoint. Mais, une fois dans le pays d'accueil, ces motifs n'existent plus, le projet d'enfant renforce et permet aussi d'acquérir une identité de mère et de femme. Alors, quand se pose le diagnostic d'infertilité, cela peut être vécu comme un traumatisme. Elles intègrent directement un parcours médical sans pour autant avoir réfléchi sur d'autres choix de soins, elles se laissent guider par l'équipe médicale. Cela rejoint l'idée de Marcellini et *al.* (2000), qui ont étudié les itinéraires thérapeutiques en société contemporaine. Les auteurs pensent que la médecine biomédicale est idéalisée et remplit une fonction de réassurance pour le patient. Cela rejoint les propos des femmes migration pour qui la prise en charge médicale était « sommaire » dans leur pays d'origine. Dans la migration, elles ont accès à tous les soins, peu accessible et coûteux dans leur pays d'origine. Contrairement, en Europe l'AMP est le plus souvent financièrement prise en charge par la sécurité sociale lorsque l'infertilité est avérée.

Dans un premier temps, dans la migration, les femmes se focalisent sur la biomédecine car elles sont convaincues que cette médecine moderne occidentale leur permettrait d'aboutir à la maternité. Dès qu'elles entreprennent le parcours d'AMP, elles se considèrent comme privilégiées et pensent avoir de la chance. L'accès aux soins leur permettait de sortir de cette condition de femme « incapable de... », et leur redonnerait une place au sein de l'entourage familial. Cela marque la première phase qui est celle de l'espoir médicale et de l'idéalisation de la prise en charge. Cette phase permet aux femmes de se projeter dans une filiation naturelle, de s'imaginer porter une grossesse. L'espoir d'une maternité biologique aidée médicalement reste le fil conducteur de ce parcours chez les femmes migrantes.

1.4.3 Cumul thérapeutique : entre ambivalence et pluralisme médical

Inscrites dans un projet de maternité assisté depuis un certain temps, et vu le nombre d'échecs des tentatives, certaines femmes n'envisagent pas un cumul thérapeutique. Lorsqu'un membre de la famille ou un ami leur propose un traitement traditionnel, elles refusent, car elles pensent que cela peut être source de difficultés supplémentaires. Elles se concentrent sur la médecine moderne en qui elles fondent tout leur espoir. Après plusieurs échecs, ces femmes passent de la phase d'idéalisation, d'espoir, à celle de découragement. Cela favorise la mise en œuvre de soins traditionnels et religieux, mais en même temps, elles gardent un certain scepticisme vis-à-vis de ses pratiques. Donc, elles s'adonnent à toutes sortes de propositions de remèdes, quelle qu'en soit la source. « *C'est ce que j'envisage de faire cet été, j'ai une voisine qui m'a parlé de traitement qu'on pouvait faire au pays [...]. Elle m'a dit qu'elle rentre du Mali, que son père est tradi-praticien, qu'elle a des potions à boire, elle m'a remis des potions à boire. Tous les matins avant de manger, tu ne parles à personne, tu bois, les médicaments sont très amers, tu les bois, cela nettoie le ventre et les ovaires. Elle m'a dit qu'il faut prendre cela, j'ai prescrit ça à des femmes qui sont tombées enceintes [...]. Je suis tellement à la recherche de bébé que si quelqu'un propose des feuilles je vais boire, car on me dit que des fois, ça marche.* » (Carine, 38 ans, Ivoirienne). La source du remède à ce moment n'étant plus la préoccupation, le résultat visé est qu'une grossesse advienne. « *J'avais tout arrêté à l'hôpital, je faisais les traitements traditionnels, ici en France, les médicaments partaient de la Côte d'Ivoire pour ici [...]. Je ne suis pas traditionnelle, cela ne veut pas dire que je n'ai pas confiance, mais je crois en Dieu et si jusqu'à maintenant cela ne marche pas, c'est la volonté divine. Tout dépendra du bon embryon, c'est vrai que les médecins font leur travail. Le jour où cela va marcher, c'est que c'est le bon Dieu qui l'a voulu.* » (Sergine, 35 ans, Ivoirienne). La patiente évoque à la fois son scepticisme par rapport aux traitements traditionnels, mais aussi son attachement au religieux. À cet effet, Rougemont et Brunet-Jailly (1989) affirment que les malades tendent donc à utiliser tous les recours qui leur sont accessibles et suivent, dans la mesure de leurs moyens, un peu de chacune des prescriptions reçues, sans conviction, sans adhésion préalable. Ce pluralisme médical est une des conséquences de la persistance de l'infertilité. La représentation que les femmes ont du traitement en cours change systématiquement ; et alors, l'itinéraire de soins change aussi, elles semblent utiliser les différents systèmes de soins avec une confiance limitée. Ainsi, Herry (2008) émet l'hypothèse selon laquelle la technologie moderne offerte par

l'AMP est complémentaire des soins du pays d'origine : l'une et l'autre constituent un « *double protecteur* »¹⁰³ s'enrichissant mutuellement d'une dialectique complexe. Ce qui signifie qu'il faut tenir compte du fait que les personnes venues d'ailleurs disposent de plusieurs réseaux de soins qui se potentialisent et que « c'est dans cette dynamique que s'inscrivent les prises en charge transculturelles dont bénéficient les femmes de l'AMP » (Herry et al., *op. cit.*, p. 164).

L'utilisation par ses patients du pluralisme médical favorise les incompréhensions car les femmes peuvent abandonner les traitements médicaux pendant des mois, elles restent sans donner de nouvelles à l'équipe médicale et réapparaissent sans aucune explication. Pairault (1991), souligne l'existence de ses malentendus, ses comportements sont à l'opposé du message médical du médecin. Le malentendu s'articule de façon significative dans la relation soignant/ soigné. D'un côté, les soignants ne comprennent pas l'attitude des patients qui ne viennent plus au rendez-vous. De l'autre côté, il y'a des patientes qui sont dans l'urgence d'une demande de soin et qui estiment la temporalité liée à la prise en charge médicale trop longue source de frustration et de souffrance psychique.

On constate souvent une ambivalence de ces femmes par rapport au soin traditionnel. On peut faire l'hypothèse que leur séjour et leur parcours biomédical favorise un processus d'acculturation et de l'ambivalence. On entend, dans leur discours, une dévalorisation, des soins traditionnels qui peuvent être à l'origine de difficultés diverses et variées sur la santé reproductive. C'est ce que Mathilde pense lorsqu'on aborde les traitements traditionnels « *moi je ne suis pas très traitement traditionnelle parce que j'ai peur. Les racines et toutes les choses qui mélangent je n'ai pas trop confiance en cela j'hésite. [...] on nous a envoyé des racines pour nettoyer le ventre apparemment. J'en ai pris mais je m'arrête là parce que j'ai peur [...]. Je n'ai pas envie d'aggraver mon cas parce que je ne connais pas la composition, je ne connais pas la composition et qu'est-ce que cela fera sur mon corps* » (Mathilde, 29 ans, Béninoise).

Cependant, les femmes laissent entrevoir une possibilité de prise en charge traditionnelle au cas où la biomédecine ne favorise pas une grossesse. Ces femmes sont sceptiques face à ses traitements traditionnels et pourraient les utiliser sans conviction aucune. La possibilité d'une utilisation de ses traitements reste prise dans une sorte de « persévérance médicale » ou les femmes veulent tomber enceinte. Les femmes ne sont plus dans le choix de l'itinéraire qui semblerait idéale. Elles sont dans la recherche effrénée de solution et acceptent toute sorte de proposition thérapeutique. Malgré le processus

¹⁰³ Karine Herry, Mémoire du Diplôme Universitaire de Psychiatrie Transculturelle non publié.

acculturation induit par la durée du séjour, la vulnérabilité des femmes induit chez elles un parcours de soins traditionnels en alternance avec les soins biomédicaux. Cette alternance entre soins médicaux et soins traditionnels obéit à la nécessité de multiplier les démarches thérapeutiques pour répondre à un problème de santé reproductive, à comprendre l'origine supposée du malheur et aboutir à la maternité. C'est le cas de Solène et Sergine¹⁰⁴ qui sont toutes les deux convaincues d'être victimes d'une malédiction de la part de leurs anciens conjoints respectifs. En plus de la biomédecine, les choix thérapeutiques traditionnels sont différents. La première se tourne vers les soins religieux, elle va faire des séances de prière de délivrance, de jeûne et de lecture biblique afin de « *briser les liens* »¹⁰⁵. Tandis que la seconde se tourne vers la médecine traditionnelle où elle a consulté, et il lui a été conseillé de faire des sacrifices afin de briser le sort. Cependant, la croyance à la sorcellerie (malédiction) ne fait pas obstacle aux possibilités de soins médicaux, ni à toute autre possibilité causale (obstruction tubaire), au contraire, elle contribue à renforcer les traitements qui sont mis en place par l'équipe médicale, car il arrive que certaines femmes partent avec le diagnostic médical afin de trouver des médicaments adéquats, tout cela, dans un souci d'alternance.

Pour ces femmes, les itinéraires thérapeutiques se vivent dans un contexte de pluralisme médical, d'alternance où les types de traitements et les ressources sont multiples (Csordas et Kleinman, 1996). Les divers soins ne sont pas exclusifs les uns par rapport aux autres, et il est fréquent de voir qu'une personne a recours de façon complémentaire et combinée à différentes ressources afin de venir à bout d'une maladie. Ces itinéraires sont généralement caractérisés par des allers-retours entre biomédecine et médecine traditionnelle. « Aussi, les migrants font appel pour se soigner ou rester en santé, non seulement à des ressources formelles et informelles [...], mais également à des ressources situées au pays d'origine ou d'ailleurs dans le monde. Dans leur itinéraire, le rôle du réseau de parenté des amis apparaît clairement. » (Le Gall et Montgomery, 2009, p. 3)¹⁰⁶.

Massé (1997), quant à lui, parle de « cheminement thérapeutiques » pour inviter à l'analyse des conditions de coexistence et de recours à diverses formes de savoirs, de logiques et de rationalités en anthropologie de la maladie. En effet, comme le font remarquer Gonzague et al. (1986), les itinéraires thérapeutiques ne se réduisent qu'exceptionnellement à une seule étape. Il s'agit habituellement d'une séquence de

¹⁰⁴ Femmes que j'ai rencontrées durant la période de recueil de données empiriques.

¹⁰⁵ Propos tiré de l'entretien avec Solène.

¹⁰⁶ Le Gall et Montgomery. (2009). Itinéraires thérapeutiques des nouveaux arrivants du Maghreb au Québec : entre le local et le transnational. Communication orale du colloque Amades 2009, Santé et mobilités au Nord et au Sud : Circulation des acteurs, évolutions des pratiques.

demandes de soins, formulées de façons diverses, s'adressant à des personnes ou à des institutions qui, elles-mêmes, ne se définissent pas toujours comme des soignants.

1.5. Traumatisme psychique

1.5.1 Infertilité et dépression

Dans cette sous-catégorie, il s'avère que pour les femmes que j'ai rencontrées, la dépression est plus forte chez celles qui rentrent dans le processus de FIV, et pour qui la durée de l'infertilité connue date d'une année ou plus ; on constate qu'il y a de l'angoisse face à cet inconnu qu'est le processus d'AMP et ses techniques, tout en pensant rapidement tomber enceintes. Cela rejoint l'idée de Domar et *al.* (1992) qui mettent en évidence la présence d'un syndrome dépressif plus intense les premières années. Ainsi, Oddens (1999) va dans le même sens que ce qui est énoncé en amont : l'auteur affirme que les femmes infertiles auraient quatre fois plus de symptômes dépressifs que le groupe contrôle. Certaines femmes me font part de l'état dépressif dans lequel elles se retrouvent durant les premières années du processus de FIV « *Mais depuis l'annonce de la nouvelle, j'ai perdu du poids, je suis triste [...]. Je pleure tous les jours dans la maison mais de façon discrète* » (Carine, 38 ans, Ivoirienne) ; « *La première fois j'ai pleuré j'ai beaucoup pleuré. Durant cette période des fois je passe toute la journée à pleurer* » (Mathilde, 29 ans, Béninoise).

Par contre, chez les femmes qui ont une durée d'infertilité de plus de trois ans, et dont les FIV échouent, il y a une sorte de résignation. Elles ont vécu plusieurs échecs et remettent la réussite des prochaines tentatives dans « les mains de Dieu » qui décide de tout : « *Je me confie à Dieu plutôt qu'à quelqu'un qui ne peut pas un jour changer mon statut. Je préfère beaucoup plus me confier à Dieu, dans la prière. Que ma mère et deux de mes sœurs qui sont au courant.* » (Grâce, 29 ans, Centrafricaine). Les échecs provoquent une prise de distance psychique et émotionnelle, chez ces femmes qui semblent mieux préparer à ses échecs. Francine, me dit : « *Cette année, j'ai annulé deux rendez-vous, j'ai annulé parce que ce n'était pas propice en fait. Il ne me reste pas beaucoup de tentatives, vous savez, c'est un peu limité pour la prise en charge de la sécurité sociale... j'ai énormément stressé, pour... des échecs et tout et je me suis dit : je vais faire une pause. Et puis, cette année, je me suis dit, on va un tout petit peu profiter, se relaxer, tout mettre de côté.* » (Francine, 34 ans, Sénégalaise) La mise à distance de la prise en charge, la pause prend une fonction de lutte antidépressive ; Francine dit que l'arrêt lui a permis de mettre à distance le stress que favorise l'AMP. Elle veut passer du temps en famille sans se focaliser

exclusivement sur l'AMP. La pause, permet aux femmes de revenir dans le processus d'AMP avec le sentiment d'être capable de surmonter les échecs.

Après de multiples échecs de FIV et d'inséminations, l'arrêt de la prise en charge imposé par la sécurité sociale. Il peut-être proposé à certaines femmes un don d'ovocyte ou une adoption. Mais, les femmes n'envisagent aucune des deux options. C'est dans ce sens qu'Annie affirme refuser le don d'ovocyte et l'adoption « *le docteur, nous a dit qu'elle a des contacts au Sénégal pour qu'une autre femme nous donne un enfant. Mais, nous on ne veut pas. On veut un enfant à nous. Parce que quand j'étais au Sénégal mes belles sœurs m'ont proposé de prendre un de leur enfant, mais j'ai dit non, je veux un enfant à moi pas pour une autre. En plus, elle va porter notre bébé, non. Je préfère que mon mari aille prendre une autre femme* » (Annie, 25 ans, Sénégalaise). Selon elle, ce don engage une dette à l'égard du donneur. En plus, l'enfant issu du don n'aura aucun lien filiatif avec l'un des membres du couple. Cependant, avec l'arrêt de la prise en charge, les femmes replongent dans un état dépressif, vu qu'elles n'ont pas été préparées à cette éventualité. Le plus douloureux pour les femmes restent cette annonce de l'arrêt de la prise en charge qui favorise une « errance médicale ». « *Le docteur dit qu'elle peut pas me faire l'insémination, je lui dis que je peux signer la fiche de responsabilité en cas de problème, parce qu'elle dit qu'il y a un risque pour ma santé. Je vais demander à avoir une autre personne, je sais que j'ai le droit de changer* » (Carine, 38 ans, Ivoirienne).

En somme, la dépression serait plus forte les premières années de la prise en charge. Elles sembleraient s'atténuer car face aux échecs les femmes mettraient de la distance émotionnelle et psychique. Toutefois, la dépression serait réactivée lors de l'annonce de la prise en charge imposée par la sécurité sociale. C'est ainsi que, Revidi et Beauquier-Macotta (2008) révèlent que les femmes sont davantage déprimées à partir de la deuxième ou troisième année d'infertilité (55 %) qu'elles ne le sont à six mois ou un an après le diagnostic. Les auteurs constatent que le degré de dépression dépend à la fois de la durée de l'infertilité, des échecs des tentatives de FIV et de la décision de l'arrêt de la prise en charge. Par conséquent, les soignants qui dépiste une dépression chez les femmes devraient les inciter à consulter un psychologue afin d'élaborer les souffrances à l'infertilité et au vécu de l'AMP.

1.5.2 Infertilité, traumatisme et blessure narcissique

La découverte de l'infertilité chez les femmes attaque le projet d'enfant porté par le couple, l'annonce d'une infertilité touche plusieurs niveaux : l'individu, le couple et la famille. L'infertilité attaque le narcissisme des femmes et leur capacité à s'inscrire dans la lignée « *Je ne comprenais pas pourquoi, je n'avais jamais eu des problèmes avant. C'était trop dur d'apprendre que j'avais une insuffisance ovarienne. Je pleurais tout le temps, j'avoue que c'est dur pour moi. Je suis encore jeune, j'ai 25 ans et je ne comprends pas* ». (Annie, 25 ans, Sénégalaise). Pour la femme touchée par l'infertilité, il s'agit d'une attaque narcissique qui l'atteint dans son corps, dans son identité féminine, ainsi que dans sa capacité en tant que femme désirante à donner un enfant. À cet effet, Almeida et al. (2002, p. 56) affirment que la proposition d'un traitement médical viendrait recouvrir ce qui a été dévoilé par la découverte de l'infertilité, à savoir le traumatisme. Les auteurs ajoutent que la signification consciente et inconsciente que chaque membre du couple donne à l'infertilité (qu'elle soit d'origine masculine, féminine ou conjointe) peut être refoulée de façon momentanée. « C'est le temps de l'espoir médicalement assisté », disent-ils. Le recours à l'AMP serait vécu comme un moyen de renforcement du déni de la sexualité stérile et une possibilité d'accès à la maternité. Selon Mejía Quijano et al. (2008), ce recours viendrait mettre de côté la souffrance d'une absence de la maternité naturelle. Canneaux (2009) pense que les différents bouleversements liés à l'infertilité favorisent un recours aux traitements d'AMP qui sont alors vécus comme un déplacement du traumatisme au niveau de l'acte de transfert d'embryon. « *Par rapport aux transferts que dans la salle je ne me sens pas très à l'aise, elle est trop éclairée avec beaucoup de monde. Je n'étais pas bien vraiment pas bien du tout. Je trouve que c'est dur* ». (Francine, 34 ans, Sénégalaise). Il semble qu'à ce moment, le traumatisme lié à l'acte reste difficile à élaborer dans l'immédiat.

La prise en charge d'AMP, réactive les blessures narcissiques à cause d'un nombre répété d'échecs. La mise à distance et l'investissement dans les démarches de FIV ne suffisent plus. Les femmes vont, à ce moment, investir l'AMP de façon quasi obsessionnelle, et passer du désir d'enfant adressé au début de la prise en charge à un besoin d'enfant avec un désinvestissement de toutes les sphères de la vie, et investir seulement celle qui porte sur cette prise en charge (Canneaux, *ibid*). Francine (34 ans, Sénégalaise) me dit que « *C'est la tentative, les résultats et surtout l'attente, c'est cela le plus dur. Il faut attendre 2 semaines pour savoir si ... Dans ta tête t'es enceinte ou pas. Lorsque nous entamons une procédure de PMA nous faisons rien d'autre, je ne me projette*

pas partir en vacances dans les mois qui suivent. Franchement je sais que depuis que je réessaye d'avoir un enfant, tout est calculé sur ça ». Jaoul (2011)¹⁰⁷, pense aussi que les échecs des tentatives réactivent la blessure narcissique chez les femmes ; l'enfant est attendu au sens du comblement, c'est la douleur de cette incomplétude qui tiendra souvent la plus grande place, à côté de celle de ne pas recevoir de son compagnon le « cadeau » d'un enfant, substitut de celui attendu du père dans l'enfance.

Les femmes en AMP passent d'une phase d'espoir, qui caractérise les débuts de la prise en charge qui masque le traumatisme de l'annonce du diagnostic d'infertilité, à la phase de détresse psychique. Cette détresse favorise le surinvestissement de la prise et un besoin quasi obsessionnel d'un enfant. Durant la prise en charge en AMP, les femmes que j'ai rencontrées font face à divers traumatismes infertilité, traumatisme migratoire, échecs et l'arrêt de la prise en charge. Mais face à ces traumatismes, les femmes mettent en place des stratégies palliatifs comme la mise à distance et l'alternance thérapeutique afin d'aboutir à une maternité.

1.6. Synthèse des catégories, sous-catégories et hypothèses tirées des données empiriques

Les 17 entretiens effectués auprès des femmes migrantes qui entreprennent une prise en charge en AMP ont été soumis à différentes phases d'analyse. La première analyse s'effectue après 12 entretiens semi-directifs dont 26 catégories dont 304 codages ouverts et 529 références. J'ai souhaité compléter par cinq nouveaux entretiens. La totalité des 17 entretiens génèrent des réorganisations du corpus. Les 26 catégories de départ sont réduites à 11. Puis, j'ai choisie cinq catégories qui me paraissaient pertinentes, ce choix ne nie pas l'importance des autres catégories. Ainsi, les catégories retenues sont les suivantes : « Désirs d'enfants, entre continuité et éloignement des normes sociales » ; « Infertilité » ; « Migration et vécu de l'AMP » ; « Itinéraire thérapeutique » ; « Traumatisme psychique: angoisse, dépression et blessure narcissique ».

La première catégorie, « **Désirs d'enfants, entre continuité et éloignement des normes sociales** », regroupe diverses sous-catégories telles que : « Le désir d'enfant comme besoin d'accomplissement social », « Ambivalence du désir : entre émancipation et

¹⁰⁷ Monique Jaoul (2011), Vécu psychologique des couples ayant recours à l'AMP. Revue ADSP (actualité et dossier en santé publique), n° 75. Consulté à l'adresse : http://www.academia.edu/800324/_vecu_psychologique_des_couples_ayant_recours_a_lAMP_revue_ADSP_actualite_et_dossier_en_sante_publique_n_75_Juin_2011_Haut_conseil_de_la_sante_publique.

ancrage culturel », et « Désir programmé ». La question du désir dépend à la fois des raisons de la migration et de la situation matrimoniale.

Pour les femmes qui migrent pour des raisons socio-économiques, le désir d'enfant reste ambivalent ; elles restent tiraillées entre leur désir d'émancipation des normes sociales et le besoin de maintien de leur appartenance au groupe social qui prône la maternité. Pour d'autres qui migrent pour rejoindre un ascendant (mère) à l'étranger, le désir devient programmé dans le but d'une réalisation individuelle. Pour ce qui est du désir d'enfant trois catégories de femmes : celles qui sont venues pour des raisons matrimoniales et qui sont ancrées dans la vision de la maternité normée ; celles qui sont tiraillées entre le besoin d'émancipation, d'individualisation, et les normes sociales de leur culture. Il s'agit d'une grande majorité des femmes qui ont migré pour des raisons socio-économiques et qui mettent en avant la réussite professionnelle dans un projet de vie programmé. En effet, la réussite professionnelle détermine leur condition de migrante et leur statut au pays. Enfin, une dernière catégorie concerne des femmes qui migrent pour des raisons de santé reproductive et qui s'installent définitivement afin de bénéficier des soins de santé.

Les données empiriques m'amènent à poser l'hypothèse selon laquelle le processus d'acculturation induite par la durée du séjour en France, l'origine géographique (milieu rural ou urbain) et les raisons de la migration ont une incidence sur les représentations du désir d'enfant et de l'infertilité. Ainsi, l'expérience de ces femmes révèle en effet le paradoxe d'un parcours d'émancipation sociale, elles sont déterminées de se libérer des normes sociales et des étiologies traditionnelles quant à l'origine supposée de l'infertilité. Malgré leur degré d'émancipation, elles restent dépendantes des normes de procréatives propres à leur culture.

Dans une hypothèse préalable à la recherche, il s'avère que le mariage qui a lieu dans le pays d'origine avant la migration des femmes induit plus de pressions sociales lorsqu'un enfant tarde à venir après le mariage. Tandis que, les mariages qui ont lieu en migration, le plus souvent avec le conjoint de même culture aurait moins de pression à cause de l'éloignement géographique de la famille. Les données empiriques soulignent une modulation : la première situation est celle où le mariage a eu lieu dans le pays d'origine et où les femmes migrent après. Il s'avère que la distance géographique a un effet bénéfique pour ces couples qui se sont mariés au pays, dans la mesure où la pression familiale est moindre. Cette distance géographique a une fonction protectrice pour le couple car les parents s'imaginent que les conjoints ont décidé de « vivre à l'occidentale ». Cela n'empêche tout de même pas la famille proche de s'inquiéter et de faire part de cette

inquiétude au couple lors de ses séjours au pays ou lors des conversations téléphoniques. J'ai constaté que la pression est induite par les femmes elles-mêmes, car elles ont peur de ne pas pouvoir fonder une famille, de s'inscrire dans une identité de femme et de remplacer les femmes qui les ont précédées. La pression qu'elles s'affligent reste liées à une crainte de polygamie, et à l'absence de grossesse qui favoriserait une recherche effrénée de solution.

La seconde situation, est celle ou les mariages à lieu dans la migration. Cette migration induirait plus de pression sociale et familiale, uniquement lorsque la belle-famille est présente. On constate que ces familles restent ancrées dans les croyances propres à leur univers culturel, où la fertilité reste une histoire de femme et où, en cas d'absence d'enfant, c'est elle qui est mise en cause. En effet, les anthropologues ont montré combien l'infertilité avait des conséquences sociales profondément genrées : présomption de stérilité portant uniquement sur la femme, accusation de sorcellerie à l'adresse de l'épouse, incitation à la répudiation ou à la polygamie de la part de la famille du mari (Inhorn, van Balen, 2002). Dans ces travaux, l'étude de l'expérience féminine de l'infertilité a été privilégiée, délaissant celle des hommes, pourtant confrontés, eux aussi, à l'épreuve de la stérilité (Journet, 1981, 2008 ; Moussa, 2012). La belle-famille (la belle-mère) s'implique dans le foyer et elle propose des solutions palliatives de l'infertilité (répudiation de la conjointe « infertile » ou choix d'une nouvelle conjointe). Vu le secret qui entoure la question de l'origine de l'infertilité (dans ces cas, l'infertilité est d'origine masculine), les femmes n'ont pas le droit de se défendre et subissent les railleries des belles-mères.

La deuxième catégorie, « **Infertilité** », regroupe les sous-catégories suivantes : « infertilité contrainte » ; « Infertilité masculine : surprotection du partenaire » ; « Infertilité féminine : anticipation et lutte antidépressive » ; « Infertilité conjointe » ; « Secret des démarches d'AMP : mère mise dans la confiance » ; « Diagnostic traditionnel et mise en sens de l'infertilité ». Il y a des femmes qui font la découverte de l'infertilité post-migration et qui vivraient aussi un traumatisme de la migration et de la fonction reproductive. Puis, il y a celles qui migrent pour des raisons de santé reproductive (Inhorn, 2011 ; Bonnet et Duchesne, 2014), et pour qui l'infertilité a été diagnostiquée dans le pays d'origine ou le plus souvent; le traumatisme a été élaboré ou est en cours d'élaboration psychique. Elles se focalisent sur les soins d'AMP tout en faisant face au traumatisme migratoire. Elles ont tout abandonné au pays pour cet « exil procréatif » qui oblige parfois les femmes à prolonger leur séjour afin de bénéficier davantage des soins

d'AMP.

Aussi, l'origine de l'infertilité (contrainte par le risque viral, masculine, féminine ou conjointe) engendre un comportement de l'un ou l'autre membre du couple. Quand l'infertilité est d'origine masculine, il y a une surprotection du partenaire, et la femme endosse la responsabilité. Lorsque l'infertilité est d'origine féminine, il y a un mécanisme d'anticipation qui permet à la femme d'envisager tout de suite une prise en charge médicale. C'est la crainte de rester dans cette impasse généalogique qui favorise l'urgence de la demande de soins, et le pluralisme médical. Dans le cas où l'infertilité est conjointe et que les raisons de l'infertilité se potentialisent, on constate un rejet mutuel de la faute de la part de chacun des membres du couple, cela est dû à l'incompréhension du discours médical. Le conjoint cherche à prouver sa virilité en contractant un second mariage ou en répudiant l'épouse « infertile ». Les démarches de soins biomédicaux se font dans le secret, mais les femmes se confient à leur mère qui cherche des solutions de soins traditionnels pour le couple.

La catégorie « **Migration et vécu de l'AMP** » comprend des sous-catégories telles que : « Les raisons de la migration » ; « Vécu de la migration » et « Représentations et vécu de l'AMP ». Celles-ci indiquent que les raisons de la migration sont diverses et variées, et que la décision de partir n'est pas forcément la décision de la personne qui migre. Aussi, le vécu de l'AMP reste singulier en fonction de l'histoire migratoire et personnelle de chaque femme. Lorsque les raisons sont d'ordre socio-économique, ces femmes migrent avec l'idée d'un accomplissement professionnel, au risque de défier l'environnement normatif (mariage et maternité) dans lequel elles sont nées et appelées à représenter par une conduite bien codifiée (Dial, 2008). D'autres femmes migrent car elles sont mandatées par la famille afin de la soutenir (Étiemble, 2002). Ces femmes portent la lourde responsabilité de prendre en charge les cadets restés au pays. D'autres encore migrent pour des raisons de santé reproductive; dans cette mobilité procréative (Bonnet et Duchesne, 2014), elles se retrouvent dans un exil motivé par la procréation. C'est une sorte de voyage forcé de la maison, Rozée Gomez (2015) le nomme « exil reproductif », ou de recours transnational¹⁰⁸. L'auteur pense que ce recours transnational ajoute considérablement au désespoir et à la stigmatisation de l'infertilité pour les couples

¹⁰⁸ Selon Rozée Gomez, le recours transnational à l'AMP requiert de nombreuses démarches médicales et administratives ; la mobilisation de multiples réseaux pour organiser et concrétiser le séjour, les absences au travail et la prise en charge médicale ; et beaucoup de temps, d'énergie et surtout d'argent (au moment de l'étude, un don d'ovocyte, par exemple, coûtait entre 4 000 euros en Grèce et 7 000 euros en Espagne). L'AMP transnationale semble plus accessible pour les femmes de classe moyenne et supérieure mais aussi pour celles de classe économique modeste.

originaires des sociétés où la reproduction physique est socialement obligatoire (Rozée Gomez, 2010, 2012)¹⁰⁹. Cette mobilité transnationale, pour Bonnet et Duchesne (2014), se solde souvent par un grand isolement relationnel avec une forte dépendance aux techniques reproductives. Toutefois, avec le traumatisme migratoire et l'annonce de l'infertilité post-migratoire, les femmes oscillent entre idéalisation des techniques au début de la prise en charge, tristesse et désespoir en cas d'échecs.

De façon globale, les résultats montrent que la migration au départ aurait une influence sur les représentations de l'AMP et sur les modalités de soins utilisées par les femmes. En effet, on pourrait penser que la biomédecine s'impose aux femmes comme techniques idéales, les femmes n'intégrant pas le pluralisme médical propre à leur univers culturel. Mais, lorsque les échecs des tentatives se multiplient, elles recourent aux traitements traditionnels souvent induits par le découragement. Donc, la migration aurait tendance à effacer les éléments culturels, mais ceci est contrebalancé par l'idée qu'un nombre répété d'échecs des traitements en AMP et la durée des traitements favoriseraient un recours même sceptique soit-il aux thérapies traditionnelles.

Dans la catégorie « **Itinéraires thérapeutiques** », il y a les sous-catégories: «itinéraire thérapeutique pré-migratoire et exil procréatif» ; « L'itinéraire biomédical » ; et enfin « Le cumul thérapeutique : entre ambivalence et pluralisme médical ». Les femmes qui migrent pour des raisons de santé reproductive, l'infertilité a été découverte au pays, un parcours thérapeutique de soin a été mise en place au préalable dans le pays d'origine. Les femmes qui découvrent l'infertilité post-migration, elles intègrent toutes le parcours biomédical qui, selon Marcelli et *al.* (2000), remplit la fonction de réassurance pour le patient. Les représentations sont clivées au moment du début de la prise en charge, car elles sont convaincues des avantages de la biomédecine, et elles n'intègrent pas le pluralisme médical. Cependant, au fil des échecs, elles passent du clivage au pluralisme médical. Ainsi, les malades utilisent les recours qui sont accessibles et le choix de l'itinéraire est dicté par la perception qu'il se fait des causes de sa maladie et des modèles explicatifs (Rougemont-Brunet-Jailly, 1989 ; Marcelli et *al.*, 2002 ; Legall, et Montgomery, 2009 ; Kleinman, 1980).

La cinquième et dernière catégorie, intitulée « **Traumatisme psychique : angoisse et dépression** », se compose de deux sous-catégories : « Infertilité, angoisse, et dépression », et « Infertilité, traumatisme et blessure narcissique ». Cette catégorie met

¹⁰⁹ Cette étude a été soutenue par l'attribution d'une allocation postdoctorale de l'Institut Émilie du Châtelet de la Région Île-de-France (2010-2011), et financée par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IRES-P) et l'Agence française de la biomédecine (2010-2012).

l'accent sur les niveaux d'angoisse, et de dépression des femmes qui entreprennent une prise en charge. Les femmes que j'ai rencontrées dans leur processus d'AMP ont un niveau de dépression plus élevé chez les femmes qui ont une infertilité comprise entre un et trois ans. Elles sont angoissées à l'idée d'utiliser des techniques inconnues, mais qu'elles idéalisent tout de même. Toutes les préoccupations tournent autour des cycles et des prochaines tentatives. Les échecs des premières tentatives réactivent les blessures narcissiques (Jaoul, 2011) et un vécu dépressif. Pour les femmes ayant une infertilité de plus de trois ans, on constate qu'un travail psychique d'acceptation des échecs des tentatives d'AMP a été effectué au fil des années, ce qui permet la diminution de la dépression. Face aux échecs, elles ont appris à gérer en trouvant des stratégies comme prendre de la distance émotionnelle face à toutes les douleurs physiques et psychiques qu'engendre l'AMP. Les pauses décidées par les femmes pendant la prise en charge en AMP pourraient aussi être définies comme un mécanisme de défense adaptatif pour éviter les affects dépressifs.

La dépression est réactivée chez les femmes qui sont en fin de prise en charge car elles ne sont pas préparées à cette éventualité. En effet, les études tendent, à montrer que la sévérité de la dépression après un échec dépendrait de la durée de l'infertilité et de la décision de la sécurité sociale de mettre fin à la prise en charge (Freeman et *al.*, 1985 ; Domar et *al.*, 1992 ; Revidi et Beauquier-Macotta, 2008).

La partie suivante vise à donner une analyse thématique de six vignettes cliniques afin d'essayer d'identifier comment les femmes vivent leur parcours d'AMP et quels sont les mécanismes qu'elles mettent en place afin de lutter contre l'effondrement psychique.

2. ANALYSE THÉMATIQUE

Parmi les dix sept entretiens de recherche, j'en ai retenues six dans le cadre de l'analyse thématique. Ces entretiens m'ont paru les plus emblématiques du parcours des femmes migrantes en AMP.

2.1. Diane : « partage du traumatisme »

Diane¹¹⁰ est une femme de 34 ans, assistante de vie, originaire de Côte d'Ivoire. Elle consulte pour une infertilité primaire du couple depuis cinq ans. Je rencontre le couple pour la première fois lors d'une consultation en médecine de la reproduction. Elle est plutôt souriante et surprise par ma présence à la consultation. Le médecin la rassure sur les raisons de ma présence. À la fin de la consultation, le médecin lui annonce son départ du service et lui explique qu'elle sera désormais prise en charge par une autre de ses collègues. Je suis au départ surprise car la patiente s'est mise à pleurer au moment de l'annonce. Après la consultation, je la revois pour un entretien individuel. Pendant l'entretien, elle fait état de l'inquiétude de tout recommencer à zéro avec un nouveau médecin. Elle avait établi une relation de confiance avec le médecin, Diane dit : « *Je me sens abandonnée par elle, je vais devoir tout recommencer.* » On entend dans ses propos qu'il est difficile pour elle de recréer du lien avec le nouveau médecin. Elle ressent une insécurité affective face au départ de ce médecin qui pourrait représenter un étayage maternel. Cette « dépendance » à la figure du médecin qui vient réactualiser la relation avec la figure maternelle. Diane prenait appui sur le médecin pour contenir de nombreuses angoisses dans le processus d'AMP. Merle-Béral et Rajon (2009) pensent que le malade a le droit de s'abandonner au médecin comme un enfant à un parent responsable de lui; le droit d'être passif, porté, supporté ; le droit à une « régression transitoire » dont Pierre Marty (1976) a pu montré les effets bénéfiques ; le droit de déléguer au médecin le choix de la conduite thérapeutique , objet de transfert, la charge de connaître la vérité ; le droit enfin de ne pas choisir, en particulier entre plusieurs conduites thérapeutiques. Pour Diane, la dépendance lui permettrait de déléguer dans une forme de régression qui la protège.

Durant l'entretien, et à l'évocation de son récit migratoire et des raisons de celui-ci,

¹¹⁰ Les noms des femmes présentées sont fictifs afin de respecter la confidentialité et l'anonymat.

je me suis sentie envahie par ses affects dépressif (crise de larme). Diane évoque son départ de son pays et les différents deuils qui ont marqué son existence. Après le décès de ses parents, qui coïncide avec la crise politique. Cela lui impose la responsabilité de prendre soin de ses jeunes frères confié à la famille resté au pays. L'évocation de sa solitude fait écho à ma propre solitude migratoire.

Le récit de son parcours migratoire et des raisons de celui-ci est ponctué de silences, ce qui laisse libre court à mon imaginaire. Lachal (2006) insiste sur le fait que ce qui émerge chez le thérapeute quand il n'y a pas de narration du traumatisme, ce sont les scénarios émergents qui témoignent de l'empathie du thérapeute et de la réceptivité du thérapeute. Pour l'auteur, les « scénarii émergents » (Lachal, *ibid*, p. 56) sont des réponses spontanées au récit traumatique ou non par le patient. Le récit traumatique de la migration de Diane est marqué par les silences, cela laisse libre cours à mon imaginaire.

Le désir d'enfant semble chez elle investi en fonction de son âge et des difficultés rencontrées pour tomber enceinte : « *je suis prête ; avant, je n'avais pas encore trouvé la personne avec qui je devais faire un enfant [...] Et puis, je prends de l'âge, c'est pourquoi je veux en faire.* ». L'enfant, chez Diane, est vécu au sens de l'épanouissement social et culturel, car en Afrique, l'enfant occupe une place importante dans la transmission de l'héritage et l'inscription de la femme au sein des mères qui l'ont précédée. De plus, la question de l'âge revient, il y a une crainte de ne pas pouvoir aboutir à la grossesse. Avec cet enfant qui ne vient pas, l'infertilité est vécue comme une rupture dans la chaîne générationnelle qui entrave la transmission généalogique.

Par ailleurs, je constate que la persévérance est entrecoupée de période de découragement éventuellement associé au rôle délégué par les parents avant leur décès pour prendre en charge ses jeunes frères. On pourrait dire que, le désir d'enfant chez Diane est peut-être parasité par ses préoccupations pour ses jeunes frères. Pour Bydlowski (1997), la place de l'enfant peut être occupée par son propre parent (père, mère, frères, sœurs), la priorité étant donnée aux ascendants aux dépens de sa propre descendance.

Dans mon travail de recherche, je respectais les défenses mises en place par Diane. L'empathie et la réassurance dont j'essayais de faire preuve n'ont pas permis de briser toutes les résistances et sa méfiance qui se traduisait par l'oubli des rendez-vous, et des réponses sur un mode très défensif. Ayant participé à ses consultations médicales, elle m'identifiait certainement à cette équipe. Elle me dit : « *Vous savez déjà tout sur ce qu'on fait en AMP, donc, l'entretien que vous me proposez, je ne vois pas ce que j'ai à vous dire de plus.* ». Ce que je réponds à ce moment, c'est que j'assiste aux consultations pour

parfaire ma culture médicale sur des techniques qui me paraissaient tout aussi compliquées, car la médecine n'était pas mon domaine d'étude. Mais, j'avais besoin de comprendre leur ressenti vis-à-vis de cette possibilité de maternité que représentent les techniques d'AMP dans la migration. Elle me répondait en toute modestie ne pas être capable de dire autre chose que ce que je savais déjà. Notre proximité de migrante et d'africaine pouvait paradoxalement nous éloigner l'une de l'autre. Comas-Dias et Jacobsen (1991) décrivaient la possibilité d'une observance et d'une amabilité exagérée du patient envers le thérapeute. Parfois, dans certains cas, ces réactions sont plutôt de l'ordre de la méfiance et de l'hostilité de la part du patient envers son thérapeute. Mais il peut arriver que les patients recherchent un thérapeute du même groupe d'appartenance culturelle (Spigel, 1976). Aussi, Labib-Sami (2015, p. 50) pense que ces sentiments ambivalents (méfiance, persécution et culpabilité) qui se jouent entre le chercheur et le participant semblent « normaux au sens névrotico-normal ».

Durant le second entretien, j'ai fait référence à mes inférences étiologiques concernant la question de la sorcellerie et de l'infertilité, pour l'amener à me parler de ses représentations culturelles et du vécu de l'infertilité. Elle a pu aborder avec aisance la possibilité d'être victime d'un sort jeté par un membre de la famille: « *Ce que je me dis, c'est qu'on m'a balancé un sort, on ne veut pas que j'aie un bébé. Je m'imagine beaucoup de choses dans ma tête. Tout est possible en Afrique.* » Elle fait référence, à la causalité de son malheur. Elle affirme être victime d'une malédiction, mais précise ne pas avoir consulté un guérisseur. Elle envisageait de le faire pendant les vacances dans son pays d'origine. Donc, le fait de m'entendre évoquer mes inférences culturelles a permis à Diane d'évoquer les siennes par identification. Cependant, elle était plus détendue, mais vigilante, je me sentais épiée dans ma prise de notes : elle voulait savoir ce que j'écrivais sur elle et ce que j'allais en faire, à quel public il s'adressait et si elle n'allait pas être identifiée et qu'elle avait du mal à croire au secret. Puis, j'ai fini par comprendre que ce qui était en cause dans mon entretien de recherche, ce n'était pas moi, en tant que migrante ayant des représentations, mais mon travail de thèse.

A la fin de l'entretien, sur le plan contre-transférentiel, j'avais le sentiment que le matériel était pauvre, que son regard et son anxiété me mettait mal à l'aise. Dans ces circonstances, j'ai répondu à ce malaise en annulant le rendez-vous suivant, car il m'était insupportable d'envisager une nouvelle relation duelle. Dans mon autojustification, il m'a semblé dériver vers un entretien de type psychothérapique qui pouvait être dommageable autant pour moi que pour Diane.

En somme, je peux dire que mon contre-transfert a été présent opérant tout au long de nos deux entretiens. Elle était sur la défensive mais, il me semble que quelque chose de traumatique m'a été transmis. Donc, je peux faire l'hypothèse que, ce désir d'enfant était ambivalent (besoin de maternité à tout prix) mais teinté de représentation inconsciente quant au fait que probablement, sur le plan inconscient, la place au désir d'enfant est déjà occupée par ses jeunes frères dont elle a la charge. Mon contre-transfert a été massif, ce qui a provoqué un passage à l'acte en annulant le dernier entretien.

2.2. Nathalie : maternité contrainte par la belle-famille

Nathalie est une Congolaise âgée de 32 ans, mère d'un garçon né d'une première tentative de FIV. Elle vit en France depuis une dizaine d'année. Lors de l'évocation des raisons de la migration, elle me dit être venue chercher de meilleures conditions de vie, mais malgré la guerre civile déclarée dans son pays, elle n'a pas bénéficié de l'asile politique. Elle accepte de me rencontrer à la sortie d'une consultation de gynécologie où elle devait effectuer une hystéroscopie diagnostique. Notre entretien a eu lieu dans ce cadre institutionnel. Elle arrive avec une plainte quant à la prise de rendez-vous qu'elle trouve difficile à obtenir. Elle est frustrée face à cette institution qui pour elle ne répond pas à ses besoins, et une frustration face aux échecs des tentatives qui l'obligent à revenir consulter. Cette plainte est adressée à l'AMP, qu'elle juge contraignante : « *Pour faire une échographie, il faut attendre le septième jour du cycle, et chaque fois que tu appelles, ils ne vous proposent pas de rendez-vous et il faut attendre à nouveau le cycle suivant.* ». Elle s'inquiète de l'âge qui passe et de la fertilité qui baisse, mais aussi de l'arrêt de la prise en charge qui se limite au 43^e anniversaire, avec un nombre limité de tentatives remboursées par la sécurité sociale. Elle se plaint aussi du manque d'empathie de la part de l'équipe médicale, que Nathalie qualifie comme des « *personnes qui n'ont pas de compassion pour les personnes qui les consultent* ».

En ce qui concerne la question du désir d'enfant, le projet de maternité est porté par le conjoint et sa famille qui veulent un héritier. Le désir est plutôt celui de s'aligner sur cette norme sociale qui prône la maternité dans le mariage. Nathalie, au départ, ne porte pas ce projet d'enfant, qu'elle estime être trop précoce pour le couple, privilégiant la réussite professionnelle. On pourrait qualifier ce refus d'enfant comme une forme d'acculturation, car elle souhaite s'émanciper de sa culture pour adopter les codes culturels du pays d'accueil, où la maternité n'est pas une priorité dans une union conjugale. Elle

m'affirme qu'à ce moment, elle voulait profiter de sa jeunesse, mais la pression de la belle-famille et celle du conjoint (risque de polygamie) ont fait que Nathalie a consenti à avoir un enfant. Je fais l'hypothèse que la demande d'enfant peut être qualifiée comme un besoin du conjoint d'affirmer sa virilité auprès de sa famille, et aussi de faire plaisir à sa mère qui voulait un héritier pour la famille.

La procréation n'est pas toujours un désir individuel, mais elle est parfois un désir socialement contraint ou un désir familial intériorisé. Selon Nathalie : « *Les Africains, c'est toujours comme ça, on vous oblige à avoir des enfants. Moi-même, je n'étais pas prête. Et quand cela ne vient pas, c'est tout un problème avec le conjoint et la famille. [...]. Et sa mère m'a dit : "Du moment où vous vivez avec mon fils, faut avoir des enfants." Je me suis dit : ce n'est pas grave, je vais le faire. Quelque part, je ne voulais pas avoir un enfant de sitôt, car on s'est connu en 2000, déjà en 2002, il commence à me dire qu'il voulait un enfant, que je fasse mes preuves [...]. Et puis on a essayé tout seuls, cela ne marche pas. On a décidé d'aller consulter pour nous faire aider.* » Selon Hörbst (2009), au Mali, vouloir des enfants n'est pas un désir personnel, mais un désir familial. Vivre sans enfant n'est pas désirable ni acceptable pour les Maliens. Avoir des enfants est même, pour une femme, un devoir envers sa belle-famille : « Outre leur désir personnel, pour beaucoup de Maliens, les femmes et les hommes ayant des enfants représentent l'accomplissement d'un devoir envers les parents du mari, car les enfants sont reconnus comme appartenant à la famille du père. ». (Hörbst, *ibid*, p. 4). Mettre au monde un enfant serait ainsi une dette de vie envers son propre lignage et une dette d'alliance envers le lignage de l'époux. Donc, le désir d'enfant serait un besoin de reconnaissance sociale devenant vital, la famille se positionnant dans un « besoin d'enfant » (Bessoles, 2001, p. 103).

Dans cette logique de migration, pour la belle-famille qui est restée au pays ou qui vit en France, ne pas désirer un enfant n'est pas envisageable. Les codes culturels traversent les frontières, les familles réclament un enfant rapidement. La pression est forte pour le couple qui se sent obligé d'essayer d'apporter une réponse même si le projet pour le couple n'est pas d'avoir un enfant à ce moment là. Nathalie poursuit: « *Au bout de deux ans de relations, sa famille a commencé à critiquer, comme quoi j'étais stérile, que j'étais incapable de donner un enfant à mon conjoint. C'était encore plus compliqué parce que sa famille vit ici avec lui. La famille se plaignait beaucoup (soupir). Bah c'est ça la famille africaine.* ». Ne pas vouloir d'enfant est un discours qui ne peut pas être entendu socialement. Dans le couple de Nathalie, ainsi forcé de faire la démonstration de ses capacités génésiques, la demande d'AMP s'inscrit dans un double registre : celui de

l'enfant du désir intime et personnel et celui de l'enfant « nécessaire » socialement (Cacou, 2012).

S'engage alors ce besoin d'enfant que le couple s'approprie avec deux années de recherche de grossesse spontanée, puis il décide de consulter pour une prise en charge en AMP. Commence alors un « parcours du combattant » avec des batteries d'examens qui sont effectués, et les résultats annoncent une infertilité masculine. C'est le choc pour le couple et particulièrement pour le conjoint, car l'infertilité masculine en Afrique est une atteinte à la virilité ; elle est souvent perçue comme une forme d'impuissance et même niée, car la cause est attribuée à la femme puisque tout le traitement est entrepris sur elle. Nathalie porte toujours la responsabilité de l'infertilité de son mari aux yeux de la belle-famille ; il y a une forme de surprotection du partenaire qui fait que la femme porte officiellement le poids de la responsabilité pour ne pas exposer son conjoint auprès de la famille.

Ainsi, la notion de secret reste inséparable de l'infertilité, et les démarches liées à l'AMP sont protégées dans l'espace du couple. « Leur divulgation constitue des conditions de ruptures, le couple ne servant plus de contenant au problème de l'infécondité. Ce vécu commun constitue un ciment et plusieurs de nos patientes acceptent ainsi de porter, malgré les bons résultats de leurs analyses, le blâme social de l'infécondité du couple. Elles estiment cette situation moins grave que celle où l'homme est accusé. Cette magnanimité tacite qui le protège des quolibets et médisances est assortie cependant de l'obligation, tout aussi tacite pour l'homme, de trouver les moyens de la thérapeutique. » (Cocou, *op. cit.*, p. 6). Dans cette situation où l'infertilité est d'origine masculine Nathalie n'a pas le droit de se défendre auprès de la belle-famille pour qui elle est désignée d'emblée comme responsable de l'infertilité.

Durant l'entretien qui s'est déroulé à l'hôpital, je n'étais pas préparée, car c'est au détour d'une consultation qu'elle a proposé qu'on puisse se voir après plusieurs tentatives infructueuses. J'ai été prise de court, mais j'ai perçu une demande que je ne pouvais pas refuser. Au début de l'entretien, après lui avoir réexpliqué les raisons de ma demande, elle refuse l'enregistrement que je propose, mais se montre méfiante par rapport à ma prise de note. Ce qui m'empêchait de penser, d'élaborer sur les explications qu'elle me fournissait concernant sa prise en charge. Il m'a semblé qu'étant migrante comme elle, elle craignait que je ne sois à l'origine des commérages. À la fin de l'entretien, je me suis posé la question de savoir quelle était la place de son désir à elle. Car son désir de maternité semble lié à une norme sociale et à la pression de la belle-famille. Mais, on y décèle aussi

une forte ambivalence entre cette maternité contrainte par les normes sociales, la pression de l'entourage, lié à l'image corporelle et au fait de profiter de la jeunesse.

2.3. Solène : le vécu traumatique des ruptures

Solène¹¹¹ est une femme de 35 ans qui revient en aide médicale à la procréation pour une seconde prise en charge. Les raisons de cette nouvelle prise en charge restent le risque viral doublé d'une infertilité secondaire¹¹² suite à une fausse couche. Solène avait déjà effectuée une première prise en charge avec son premier mari d'avec qui elle divorce pour des raisons d'infertilité masculine. En effet, son mari l'accusait d'être responsable de cette infertilité. Lors de la première consultation à laquelle j'assiste, Solène semble plutôt réticente par rapport au traitement proposé par le médecin. Il y a effectivement une tension palpable que le médecin m'explique après coup comme une sorte de refus du traitement car, nous dit-elle, la patiente prend d'autres médicaments qui ne sont pas autorisés durant la fécondation *in vitro*, car ils engendrent des kystes, favorisant ainsi l'arrêt des traitements d'AMP. Solène est mécontente de ses interruptions qu'elle dit ne pas comprendre.

Lors de notre entretien effectué à son domicile. Solène m'a accueillie avec entrain, tout en discutant de mon origine et de la proximité de nos pays de naissance. Elle ajoute avoir de la famille dans mon pays, ce qui n'est pas surprenant, car la guerre a favorisé le déplacement de beaucoup de ses compatriotes dans les pays voisins. Au cours de l'entretien, elle aborde la relation avec son médecin, qu'elle qualifie de tyran, et compare l'AMP comme une « formation militaire » où il manque de la compassion, de l'empathie et où la culture institutionnelle prime sur les représentations culturelles et le ressenti des patients après un échec de tentative : « *Ce n'est pas la compassion qui fait que les traitements marchent, mais je la trouve durant la consultation trop distante.* » C'est pour elle un manque de communication authentique soignant-soigné, car selon Richaudeau (1974, p. 8), « sans un peu d'empathie, pas de communication vraie ». Lorsqu'elle parle de la relation distante, elle fait référence « à la distance relationnelle », cela peut être une position évoqué par les soignants. Une distance excessive met le bénéficiaire des soins à

¹¹¹Lorsque je rencontre Solène, elle vient pour une seconde prise en charge. En effet, elle avait déjà effectuée une première prise en charge avec son ex mari d'avec qui elle divorce pour des raisons d'infertilité masculine.

¹¹²Incapacité à concevoir à nouveau pour un couple dans lequel une grossesse est déjà survenue, ne serait-ce qu'une fausse couche, une interruption volontaire de grossesse ou une grossesse extra-utérine. Bydlowski (2008), précise par ailleurs, que l'on parle de stérilité secondaire, lorsqu'une grossesse, voire une naissance, a déjà eu lieu, mais peine à se renouveler.

l'écart et empêche cette confiance de s'établir, ce qui entraîne inévitablement une diminution des échanges et donc un frein dans la relation et la prise en charge. Cette distance relationnelle favorise un repli sur soi de la part de Solène, qui n'arrive pas à évoquer ses hypothèses quant aux raisons de sa fausse couche car elle estime que le médecin ne comprendra pas. En effet, Solène est tombée enceinte de façon naturelle, mais cette grossesse s'est soldée par une fausse couche suite à des complications. Elle me dit n'avoir pas compris toutes les complications qui sont survenue subitement : hypertension artérielle, pré-éclampsie. Ce bébé avait déjà été investi sur le plan fantasmatique et imaginaire par sa mère : « *C'était une fille, j'avais déjà préparé la chambre du bébé, et tout est arrivé trop vite, je n'ai rien compris.* ». Solène m'évoque une théorie étiologique traditionnelle de malédiction : elle pense que son ancien mari, lui aurait lancé un sort à travers des paroles: « *Tu ne pourras jamais être mère.* » Cette malédiction serait à l'origine de cette fausse couche, ce sont ces paroles qui sont à l'origine des complications durant la grossesse. Mais, la prière et Dieu lui servent d'espoir, voire de consolation, et elle est convaincue qu'il y a « *autre chose et que Dieu est au-dessus de toutes choses ; en plus, je prie tous les jours pour que ça change* ». En effet, elle se fie à Dieu à travers la prière. On peut entendre dans son discours une diabolisation de références culturelles et la mise en avant des croyances religieuses qui lui servent de contenant pour canaliser ses angoisses face à l'absence de grossesse et sa culpabilité d'avoir perdu son bébé.

À la suite de cela, elle évoque le vécu traumatique, lié à la guerre, aux nombreuses fausses couches et au parcours migratoire. En évoquant les raisons de sa venue en Europe, elle donne comme cause la guerre civile qui a favorisé son départ de son pays. Sans nouvelles de ses proches durant des années, elle se réfugie dans un pays voisin avant de venir s'installer en France où elle demande l'asile politique qui lui est accordé. Elle vit l'asile de façon douloureuse car elle n'a pas de nouvelles des siens, puis, quelques années plus tard, elle retrouve le contact de ses parents et leur annonce qu'elle vit dorénavant en France. Il y a une première rupture avec l'enveloppe culturelle pour aller s'installer dans un pays voisin. Lors de cette première migration ; elle rencontre une femme qui va devenir une « mère de substitution » qui la soutien : « *Avant de venir en France, je vivais à Kinshasa, il y a une dame qui m'a beaucoup aidée et soutenue là-bas, j'étais choquée par la guerre, encore des histoires... des fois on pense que c'est fini, hélas les problèmes reviennent.* ». Puis elle décide de venir en France et s'installe chez une amie. Les répétitions ont été vécues de façon douloureuse en France, Solène dit s'intégrer en faisant une formation dans la petite enfance. Lorsqu'on aborde les raisons de son infertilité, elle

m'explique avoir contracté un premier mariage lors de son arrivée en France. Mais, son désir d'enfant a été empêché par une infertilité dont elle pensait être responsable. Elle vit une période de réprobation de la part de son mari, à travers plusieurs humiliations car, dit-elle, « *elle était accusée d'être responsable de l'infertilité* » « *Vous voyez, chez nous, les mecs pensent que si tu es stérile tu ne sers à rien.* » Elle aborde la vision africaine des représentations de l'infertilité. Tout ceci pour dire qu'elle n'avait aucun soutien de la part de son conjoint. « *Il parlait dans tous les milieux [...] que j'étais stérile.* » Puis, cette recherche de maternité, il décide de consulter ; le bilan, annonce de l'infertilité masculine avérée : « *Vous ne pouvez pas tomber enceinte de lui, nous a dit le médecin.* ». Cette annonce a été vécue par Solène comme une sorte de revanche pour toutes les situations qui l'ont fait sombrer dans une dépression. Pour le conjoint, cela a été vécu comme un effondrement, Solène demande le divorce. Elle vit la rupture avec ce conjoint avec soulagement, car durant cette relation, elle a été marginalisée, humiliée, elle se pensait infertile. L'annonce de l'infertilité masculine a engendré une forme de réparation et elle a mis un terme à ce mariage.

Au cours de cet entretien, se noue une sorte « d'alliance » autour de notre identité de femmes migrantes. Il se noue alors une sorte de proximité. Elle utilise facilement le tutoiement en parlant des difficultés rencontrées durant les traitements d'aide médicale à la procréation, ce qui a favorisé un rapprochement. Cependant, l'enregistrement a été d'emblée refusé par Solène, dans une sorte de méfiance face à l'existence de traces matérielles de son discours et de tabou de l'infertilité. Elle était également méfiante vis-à-vis des notes que je prenais, comme si toute trace écrite pouvait être dommageable au sein de la communauté. Solène est une femme pour qui j'ai développé une forte empathie, renforcée par son histoire de vie, son parcours migratoire, son vécu de l'AMP, marquée par des ruptures traumatiques.

2.4. Grâce : la figure de Sara comme « tuteur de résilience »

Grâce est une femme âgée de 29 ans, que je rencontre pour la première fois au détour d'une consultation de biomédecine. Après lui avoir présenté brièvement ma recherche, elle accepte de me rencontrer lors de son prochain rendez-vous. Lors de cette consultation qui s'est effectuée deux mois plus tard, elle m'annonce avoir une urgence de dernière minute et promet de me rappeler au cours de la semaine pour qu'on puisse se rencontrer à son domicile. Après une attente sans nouvelles, je décide de la rappeler et elle

se confond en excuses, disant qu'on se verra lors de la prochaine consultation. Au final, j'avais considéré ses actes manqués comme des refus plus ou moins voilés. J'ai compris que la démarche d'aller vers un psychologue que j'incarnais, n'est pas ancrée dans les mœurs des femmes Africaine. J'étais partie avec des *a priori* que ma position de migrante originaire de l'Afrique subsaharienne allait favoriser une identification et laisser libre cours à la parole du sujet. Mais cela ne fut pas le cas, car les femmes se méfiaient au contraire davantage de moi. J'en conclus qu'elle ne croit pas au secret ou à la confidentialité, et que la seule personne à qui elle peut se confier, c'est le pasteur qui est le prolongement de « Dieu ». Mais, ultérieurement, elle accepte un entretien à condition qu'il ne soit pas long. Je me suis sentie prise dans l'urgence de la temporalité, qui me renvoie à l'urgence de la recherche de maternité. Comme si le fait de me demander d'être brève était une demande voilée adressée à l'équipe médicale que je pouvais représenter à ce moment, à cause du port de la blouse blanche.

Dans l'entretien après la présentation de mon objectif de recherche, j'ai évoqué mes propres représentations culturelles de l'infertilité que nous connaissons toutes les deux. Le fait d'évoquer mes représentations a été ici comme « un levier thérapeutique » (Moro, 1998) qui a permis à Grâce d'avoir une parole singulière sur son vécu de l'infertilité et les représentations de l'AMP. Au début de l'entretien, fusent des plaintes sur les aspects négatifs de l'AMP, comme les rendez-vous espacés et l'arrêt des traitements pour des raisons médicales qu'elle semble ne pas comprendre hyperstimulation ovarienne¹¹³. Pour des femmes qui sont dans ce besoin d'enfant au sens de la nécessité, un arrêt imposé des traitements pour des raisons vitales ne sont jamais bien vécu. Elles sont prêtes à courir un danger vital plutôt que d'arrêter le processus d'AMP. Grâce me disait tout cela avec un sourire triste. À la suite de cela, elle reprend son itinéraire thérapeutique pré-migratoire : elle me raconte avoir fait sept fausses couches pour des raisons inconnues, l'équipe médicale n'a pu lui apporter aucune explication. Cela a été à l'origine de sa rupture avec son conjoint, qui voulait absolument avoir une descendance. On peut dire que les sept fausses couches qu'elle a subies dans son pays d'origine n'ont pas été élaborées, Grâce est restée figée dans ce processus des deuils non faits. « *Il n'y avait pas beaucoup d'écart entre les grossesses, [...] à chaque fois que je faisais une fausse couche, trois mois plus tard, je me retrouvais encore enceinte, à chaque fois, je ne voyais jamais mon retour de couches. Donc je tombais enceinte directement et quand je suis enceinte, souvent, à chaque fois que*

¹¹³ Augmentation d'activité d'un organe ou d'un tissu, par stimulation extérieure à celui-ci. C'est une complication aigüe grave des inductions d'ovulation par gonadotrophines, surtout sur des ovaires polykystiques avec œdème ovarien massif

je me rendais compte, c'était déjà à trois ou quatre mois de grossesse. Je ne pensais pas du tout à ça, je dis que chaque chose a son temps et je me disais que peut-être la grossesse précédente devait se passer ainsi. Et que pour la nouvelle, je devais positiver les choses. C'est à partir de ma dernière fausse couche que je commence à me poser des questions, à me rendre compte qu'il y avait un souci quelque part, et c'est à ce moment-là que j'ai commencé à m'inquiéter. ». Le traumatisme des fausses couches successive et le fait que son ancien conjoint l'ait « lâchée » dans cette épreuve, en prenant une nouvelle compagne seconde épouse, sont en partie à l'origine de son exil migratoire. De ce fait, comment se reconstruire face à des deuils non élaborés (deuil de l'enfant imaginaire, deuil de la relation conjugale, deuil du pays d'origine qu'elle ne voulait pas quitter), et faire de la place à un enfant dans un parcours où il me semble que Grâce est comme sidérée dans des deuils non faits.

Dans son discours, on entend une forte idéalisation des techniques d'AMP, et les échecs de ces techniques n'offrent aucun étayage, mais plutôt une certaine désillusion et du découragement. Tout ceci est vécu et engendre chez Grâce une envie de tout abandonner qu'elle exprime sur un mode dépressif car, me dit-elle, il lui arrive de ne vouloir faire aucun effort pour penser à l'avenir étant donné qu'elle ne voit pas pour qui elle le ferait puisqu'elle n'a pas de descendance. De plus, les échecs la plongent dans un état de dépression caractérisée par des crises de larmes, une absence de motivation pour les choses du quotidien : *« C'est bien de se réveiller et se dire je vais travailler pour subvenir aux besoins de mes enfants, mais moi, pour qui je le ferais ? [...]. J'ai envie de rien faire professionnellement, de rien faire du tout, je ne supporte plus de rester comme ça plus de cinq ans sans enfant. Je ne supporte plus. »*. Grâce désinvestit les activités de la vie quotidienne.

Mais, après cette phase de tristesse, elle se console avec les versets bibliques¹¹⁴ dans lesquels elle s'identifie fortement à l'image de Sara. En effet, lors de ses lectures, et par le biais de son pasteur, elle a découvert l'histoire de Sara, qui est restée stérile durant de longues années et qui par la grâce divine, a pu donner naissance à un enfant à l'âge de 90 ans. On pourrait dire qu'elle s'identifie à cette femme qu'est Sara, qui a pu enfanter malgré les obstacles liés à son infertilité. La figure de Sara se présente aussi ce tuteur de résilience. Ce tuteur de résilience a un rôle de médiateur entre ces techniques qui ne fonctionnent pas et le fonctionnement psychique de Grâce, permettant à la femme, dans une forme de résignation, d'accepter les échecs et de continuer ce « parcours du

¹¹⁴ Genèse 17, versets 15-17 ; Genèse 18, versets 9-15 ; Genèse 21, versets 1-3.

combattant », vu qu'elle semble convaincue de l'issue positive de ses traitements : « *Je sais qu'un jour Dieu va me permettre d'avoir un enfant, ce n'est qu'une question de temps.* ». Pour elle ce sont les versets bibliques qui sont qualifiés de tuteur de résilience. On pourrait parler de tuteurs implicites : c'est le sujet qui choisit, dans son environnement culturel, celui/celle à qui il attribue le pouvoir de le comprendre et de le soutenir ; il s'agit d'un tuteur qui s'ignore et qui lui permet d'attendre, d'accepter sa condition tout en gardant l'espoir d'une issue positive du dénouement de la situation, comme Sara dans la Bible.

Pour Grâce, il semblerait que seul Dieu soit capable de comprendre et de permettre un miracle, comme il l'a fait avec Sara qui n'espérait plus tomber enceinte à cause de son âge avancé. Il y a aussi la notion de la temporalité qui prend son sens dans le discours de Grâce, car l'histoire de Sara est celle de cette femme qui a eu son premier enfant à 90 ans, avec cette notion d'espoir lié au temps, comme si cette temporalité était suspendue à l'attente d'un don divin, qui représente pour elle la grossesse. C'est comme si elle avait deux temporalités entre ce qu'elle considère comme possible, en lien avec les croyances religieuses, et ce qui est potentiel, en lien avec la prise en charge médicale. La croyance religieuse et l'interprétation biblique semblent être un médiateur ou un tuteur de résilience qui aide Grâce à s'approprier psychiquement l'épreuve de la FIV par le biais de la prière. Le fait pour elle d'analyser l'histoire de Sara intègre l'infertilité et les difficultés de la prise en charge comme une sorte de test que Dieu lui adresse et dont la finalité serait, comme l'avait prédit Dieu à Sara, « qu'elle donnera naissance un fils qui s'appellera Isaac ».

2.5. Carine : traumatisme de « l'arrêt de la prise en charge » et risque de polygamie

Carine est une femme qui consulte dans le projet d'une seconde maternité après avoir eu une fille. Elle arrive en consultation d'AMP très joyeuse, car après plusieurs allers-retours pour des examens non faits dans les délais, elle va enfin pouvoir commencer une FIV. Je l'ai sentie tout excitée de « *pouvoir enfin débiter les choses* ». Mais, au début de la consultation, le médecin, ayant lu les résultats de ses analyses, lui annonce qu'elle ne pourra pas poursuivre la prise en charge en AMP à cause des risques pour sa santé. Elle est dans une totale incompréhension, elle s'effondre, car son désir de maternité vient d'être remis en cause. Cette annonce est vécue chez Carine comme une incapacité d'assumer son rôle de femme auprès de sa belle-famille et de son mari, qui attendent un héritier mâle. Il y

a beaucoup d'émotion qui émane de Carine à ce moment de la consultation. Puis, elle est restée prostrée, comme en état de choc. Elle relance la conversation avec des supplications, tentant de braver l'interdit du médecin en voulant « *signer tous les documents pour que je puisse faire cette prise en charge, il faut que je donne un enfant à mon mari, sinon, il va me quitter* ». J'en déduis que, ce désir d'enfant est contraint par un risque de rupture ou de polygamie. Le médecin ne comprenait pas, pourquoi cette femme voulait à tout prix risquer sa vie pour un second enfant alors qu'elle était déjà mère. Cette femme était prête à persévérer dans la mesure où elle vivait cet arrêt de la prise en charge comme une mort sociale.

Suite à cette consultation, j'ai téléphoné Carine pour un entretien. Elle accepte de me rencontrer à son domicile. Au cours de l'entretien elle me raconte qu'après la consultation de biomédecine, elle était dans état de détresse, qu'elle a erré durant des heures, tout en ruminant cette nouvelle insupportable. Je l'ai trouvé amaigri avec un regard triste et vide. Au cours de l'entretien, elle me dit avoir prié et elle pense que Dieu m'avait envoyée car elle avait besoin de quelqu'un avec qui partager ce secret et qui puisse la comprendre : « *J'ai fait ma prière en demandant à Dieu de m'aider à porter ce fardeau, et après j'ai reçu votre coup de fil.* ». Elle avait besoin de parler avec une personne témoin de cette annonce. Je suppose que j'étais la personne capable de comprendre sa douleur, et de son désarroi car nous étions toutes les deux des femmes africaine migrantes avec des traditions plus ou moins similaires.

Elle parle de son mariage qui selon elle ne tient qu'à cause de la promesse faite à son mari de lui donner un héritier grâce à l'AMP. Cela vient montrer combien les femmes infertiles mettent tout leur espoir dans les techniques d'aide médicale à la procréation. Elles viennent avec l'idée que l'AMP est l'ultime recours qui pourrait les aider à sortir de leur condition de femme marginalisée par la belle-famille. De plus, le mari étant au pays, elle craint qu'en lui annonçant la nouvelle de cet arrêt de la prise en charge. Il décide de prendre une seconde épouse capable de lui donner des enfants. « *Mon mari est en voyage depuis le mois de février. Donc, tu vois, l'Afrique, il va prendre une autre femme là-bas. Déjà que sa famille est favorable à cela, c'est vraiment mal pour moi. Nous n'avons qu'une fille, tu sais, les garçons africains, ils veulent toujours avoir un garçon pour garder le nom de la famille, un peu comme un héritier. Je le comprends, mais seulement pour le moment, c'est moi qui en souffre, je souffre vraiment* ».

Elle n'a encore rien dit à son mari et ce secret lui pèse. Cela favorise chez Carine une tristesse permanente, et des crises de larmes. , elle porte un lourd fardeau. Tout de

même, pour Taire le secret chez Carine, reste protecteur. Cela permet de garder l'illusion de protéger la stabilité de son foyer et d'éviter la polygamie. « *Comment vais-je dire à mon mari, vous connaissez l'Afrique, c'est vraiment compliqué. Les Africains et leur polygamie (Carine pleure à nouveau). Le médecin me dit que je ne peux plus faire des bébés, je ne sais pas comment faire, comment lui annoncer* ». Taire cette nouvelle permet à Carine pour se protéger de la belle-famille qui souhaite donner une seconde épouse à son mari.

Cependant, on peut imaginer dans son cas que, garder secret ne lui permet pas de symboliser la décision d'arrêt du processus tellement, il a été vécu de façon violente. Tisseron (2000) distingue deux types de secret (relationnel et psychique), mais celui qui définit Carine est le secret psychique, qui coupe la personnalité de son porteur en deux. Ce qui revient à parler de clivage de la personnalité autour d'un secret. Mais, elle éprouve le besoin de le partager avec moi.

Au vue de l'état émotionnelle de Carine, je peux penser que l'annonce de l'arrêt de la prise en charge n'a pas favorisé un processus de deuil chez Carine. Mais, j'ai pu identifier quatre phases non pathologiques au sens d'Élisabeth Kübler-Ross (2008). Même si, pour elle, un deuil non pathologique nécessite la traversée d'au moins cinq phases : Au vue de l'état émotionnelle de Carine, l'annonce de la prise en charge ne favorise pas un processus de deuil. Parmi les phases de deuil décrite par Kübler-Ross (*ibid.*), elle est dans la **phase de choc**, dans un processus de déni, de refus de la réalité. Elle est également dans **une phase de déni**, il lui est impossible d'accepter le diagnostic du médecin, ce qui la plonge dans une phase de sidération, puis dans un effondrement dépressif. Puis, arrive la **phase du marchandage** ou elle essaie de négocier la possibilité d'avoir accès à la prise en charge malgré les risques encourus pour sa santé. Puis, elle se rend compte qu'aucune négociation avec le médecin n'est possible. Alors, une grande angoisse se fait sentir, angoisse liée à la crainte de la polygamie et de perdre sa place privilégiée d'épouse unique au sein du couple.

Cette phase pourrait être suivie chez Carine par la **phase dépressive** qui est généralement la plus longue du processus de deuil. Elle est caractérisée par une grande tristesse, une détresse psychologique et morale importante, une longue période de remise en question. Les personnes qui traversent ce moment ont souvent l'impression qu'elles n'en sortiront jamais. Chez Carine, la phase de dépression se caractérise par une tristesse et des crises de larmes. Kübler-Ross (2008) a démontré que les phases précédemment citées peuvent survenir dans un ordre différent. Néanmoins, pour qu'un deuil soit traversé, il semblerait que ces cinq phases soient nécessaires y compris la phase d'acceptation. Chez Carine, j'ai

l'impression que les phases du deuil se chevauchent, car jusqu'au dernier entretien, elle n'avait pas encore atteint la phase d'acceptation et était dans ce déni du diagnostic qui la poussait vers cet acharnement thérapeutique.

En somme, on peut penser que l'arrêt de la prise en charge la prive de son désir et la met face à l'entourage familial dans une position de « mort sociale », de femme incapable. Vu l'état de détresse dans lequel Carine se trouvait, je lui ai proposé de prendre rendez-vous avec la psychologue du service d'AMP afin de travailler cette annonce traumatique et probablement s'engager dans un travail thérapeutique.

2.6. Sergine : de l'illusion à la désillusion

Sergine est une femme que je rencontre au service d'AMP pour. Elle accepte de me rencontrer à son domicile, mais le jour de la rencontre, alors que j'arrive au pied de son immeuble, elle me signale que l'entretien se fera dans un parc pas loin de chez elle. Est-ce pour éviter de parler de ses problèmes d'intimité devant son conjoint ? Ou est-ce une façon détournée de ne pas m'introduire dans son intimité ? Cela montre combien les couples originaires de l'Afrique ont peur des commérages. Cela rejoint ses propos quand elle m'annonce que « *mes problèmes, je préfère que cela reste entre mon mari et moi, car dans les domaines africains, je sais comment cela se passe. Ils vont raconter tes problèmes aux autres. Je n'aime pas dire mes problèmes aux gens* ».

Durant, l'entretien, Sergine aborde les raisons de la migration et les difficultés rencontrées. Elle me dit être venue en France, rejoindre le père de ses enfants (elle a deux enfants restés au pays). À son arrivée, elle se retrouve dans une situation irrégulière, enfermée dans un appartement avec la crainte d'être expulsée. Elle vit une situation de chute sociale, car dans son pays, elle avait un travail et était une femme indépendante : « *Au pays, je faisais le commerce, j'avais de l'argent, et puis mon mari a dit qu'on devait venir en France, au début j'étais sans travail, seule toute la journée quand mon mari allait au travail, c'est dur* ». Comme si Sergine était passée de l'illusion d'une vie meilleure par rapport à celle qu'elle vivait dans son pays, à la désillusion de vivre en clandestinité dans le pays d'accueil. Puis, elle se sépare du père de ses enfants et rencontre un nouveau conjoint dans la migration. De cette union naît un désir d'enfant non satisfait qui pousse le couple à consulter, ce désir à pour fonction de consolider le couple. C'est au détour des premières consultations qu'on lui annonce avoir une obstruction tubaire. Mais, le couple est dans l'obligation d'interrompre les traitements car le conjoint n'étant lui n'ont

plus en situation régulière, le couple ne peut pas bénéficier des traitements gratuits. Pour avoir accès à la prise en charge d'AMP, le couple doit avoir la sécurité sociale et bénéficier de la gratuité lors d'une infertilité avérée par un médecin. Le couple a opté pour une prise en charge traditionnelle en attendant l'accès à la prise en charge médicale. *« J'avais tout arrêté à l'hôpital, je faisais les traitements traditionnels, ici en France, les médicaments partaient de la Côte d'Ivoire pour ici, c'est ma mère qui me les envoyait. C'était des écorces de bois qu'il fallait bouillir pour boire et d'autres pour se purger avec. Et c'était durant à peu près un an. »*. Dans l'attente d'une prise en charge biomédicale, elle s'est autorisée à recourir aux thérapies traditionnelles, par le biais de sa mère qui allait consulter pour elle et lui envoyait les médicaments et la posologie à respecter. C'est ainsi que Dozon (1987) affirme que les médecines traditionnelles n'attirent pas seulement des patients issus des milieux ruraux réputés archaïques ou peu touchés par les processus de transformation, mais vivent largement des troubles et des attentes des couches sociales diversifiées des milieux urbains, à la recherche de traitement, de protection ou de réussite et, globalement, d'un sens qui rend le réel praticable et pensable. C'est pourquoi également la vitalité des médecines traditionnelles est particulièrement manifeste en milieu urbain où se multiplient les vocations thérapeutiques. Cependant, Sergine s'est servie du diagnostic médical d'obstruction tubaire pour aller consulter un tradithérapeute, qui lui a proposé un traitement en fonction de ce diagnostic. L'absence de résultat positif de soins traditionnels elle met en cause ses traitements : *« Je ne suis pas traditionnelle, cela ne veut pas dire que je n'ai pas confiance, mais je crois en Dieu et si jusqu'à maintenant cela ne marche pas, c'est la volonté divine. »*. Elle place désormais sa confiance dans la volonté divine et non dans les traitements qui sont effectués. On constate qu'en cas d'échec, Sergine est capable de passer d'un système de soins traditionnels à un choix religieux liée à la foi et à la prière. On peut penser que Sergine examine les potentialités qu'offrent tous les itinéraires qui sont une façon pour elle de mettre l'accent sur le métissage des soins. Elle est foncièrement tiraillée entre deux références sans pour autant s'inscrire ou prendre position par rapport à l'une ou l'autre.

Dans sa temporalité, il n'y a aucun lien de causalité de ces systèmes de soins, ils sont juste choisis au moment où Sergine se retrouve dans une demande acharnée de cet enfant capable de consolider son couple. *« Surtout dans les mariages africains, les hommes, ils veulent toujours des enfants, s'il y a des enfants, cela donne espoir pour faire des projets communs pour notre progéniture. »*. Selon ses propos, elle n'est pas inscrite dans la filiation de son conjoint tant qu'elle n'est pas encore capable de faire un enfant à ce

dernier. De plus, pour le moment, elle hésite à faire des projets communs avec son conjoint pour éviter que la belle-famille. Cela rejoint l'idée de Radcliffe-Brown et Forde (1953, p. 61)¹¹⁵, pour qui « une étape importante est la naissance du premier enfant. C'est par leur progéniture que le mari et la femme sont unis et que les deux familles sont unies par le fait d'avoir des descendants communs ». Dans ce sens, l'infertilité du couple ne lui permet pas de se projeter. Le passage d'un système à un autre s'installe chez cette femme comme un atout majeur pour éviter de sombrer dans le désespoir de l'arrêt total d'une prise en charge, alors qu'elle n'y a pas encore accès. À peine le diagnostic est-il posé par l'équipe médicale qu'elle est contrainte de l'interrompre. Cela a pu favoriser une attente teintée de désespoir qui a permis un recours vers les thérapies traditionnelles chez Sergine. Dans cette temporalité suspendue pour des questions administratives, l'urgence demeure. Elle envisage d'autres solutions telles que le traditionnel et l'abord religieux pour obtenir une maternité.

Après trois ans d'attente de régularisation de séjour, le couple a pu avoir accès à la prise en charge d'AMP dans sa globalité. Mais les échecs font que le découragement s'installe au sein du couple. Car lorsque les femmes arrivent en AMP, elles fantasment sur les techniques qui leur permettraient de tomber enceintes rapidement et oublient les risques liés aux échecs. Mais, au final, dans un élan d'espoir, elles finissent par associer les deux thérapies (traditionnelles et biomédicales) afin de trouver au plus vite une solution : « *Au point où j'étais à ce moment, j'aurais fait n'importe quoi pour avoir un enfant, quitte à retourner au pays voire un guérisseur.* ».

Sur le plan contre transférentiel, le fait que nous soyons assises dans un parc, me mettait mal à l'aise à la fois pour Sergine et pour moi. Dans notre cas, je devais parler de façon à peine audible au risque que les voisins de banc ne nous entendent. Il fallait faire une pause et discuter d'autres choses sur un ton léger et de façon amicale afin d'éviter que les gens n'entendent notre discussion. Il arrivait qu'on perde le fil de nos idées, le discours qui m'était transmis après ce moment de silence ou de bavardage inutile dû à la présence d'un tiers était biaisé. Je me demandais comment, à ce moment, elle pouvait être objective avec ses moments de silence et de diversion.

L'analyse du cheminement thérapeutique de Sergine montre que la combinaison de différents registres de prise en charge n'est en aucun cas vécue, dans la succession des recours thérapeutiques, comme une errance thérapeutique, mais plutôt comme

¹¹⁵ Radcliffe-Brown et Forde (1953). Ce manuel de référence est une compilation des monographies ethnologiques rédigées par des spécialistes des ethnies Swazi, les Nyakusa, les Tswana, les Lozi, les Zoulou, les Bantou du centre, les Ashanti, les Yako, les Nuba et les Nuer.

l'enchaînement de circonstances, d'explications et de soins complémentaires pour atteindre un but qui est celui de la maternité. Elle vit en réalité, dans l'alternance thérapeutique, une certaine continuité, voire un renforcement de ce qui est déjà fait. Bonnet et Duchesne (2016) pensent que les différents registres médicaux sont mis en œuvre de façon « hybride », c'est-à-dire que les femmes combinent savoirs biomédicaux et savoirs traditionnels dans un but de renforcement et afin de contourner cette « matrice vide » (Herry et *al.*, 2008) Sergine a recours à la prise en charge traditionnelle à cause du blocage administratif. Ce qui revient à émettre l'hypothèse que la présence de deux systèmes de soins dans cette quête de maternité en contexte migratoire est induite chez Sergine par l'urgence de la demande d'enfant et par les difficultés rencontrées au moment des différents temps de la prise en charge. Même si la prise en charge traditionnelle n'est pas totalement investie dans la migration, elle trouve toujours une place de choix auprès des personnes qui sont dans une situation d'impasse.

3. POSITION DU CHERCHEUR ET ANALYSE DU CONTRE-TRANSFERT CULTUREL

Le transfert désigne le processus par lequel les désirs inconscients du patient s'actualisent dans le cadre de la relation psychanalytique. Devereux (1967) élargit cette définition pour l'appliquer à l'ensemble des phénomènes survenant en situation clinique et de recherche en sciences humaines. Pour Moro (1992, p. 76), « le transfert devient alors la somme des réactions implicites et explicites que le sujet développe par rapport au clinicien ou au chercheur ». À l'inverse, le contre-transfert du chercheur est la somme de toutes les réactions du clinicien, explicites et implicites, par rapport à son patient ou à son objet d'étude. Devereux (1980, p. 75) « Le contre-transfert, c'est la somme totale des déformations qui affectent la perception et les réactions de l'analyste envers son patient ; ces déformations consistent en ce que l'analyste répond à son patient comme si celui-ci constituait un imago primitif et se comporte dans la situation analytique en fonction de ses propres besoins, souhaits et fantasmes inconscients d'ordinaire infantiles. ». Il rajoute que le thérapeute, ou le patient, a appris à se comporter et à se percevoir d'une certaine façon à l'égard d'une personne dans son histoire, et a tendance à réagir dans la relation thérapeutique avec une personne comme s'il était cette personne importante.

Selon Moro (2004), dans le contre-transfert comme dans le transfert, il y a une dimension affective et culturelle. Le contre-transfert culturel concerne la manière dont le thérapeute se positionne par rapport à l'altérité du patient, par rapport à ses manières de faire, de penser la maladie, par rapport à tout ce qui fait l'être culturel du patient. Il s'agit de ma position intérieure par rapport aux dires du patient, codés par sa culture. Le patient comme le thérapeute ont des appartenances et sont inscrits dans des histoires collectives qui imprègnent leurs réactions et dont ils doivent être conscients. « Sans l'analyse de ce contre-transfert culturel, on risque de passer à l'acte agressif, affectif, raciste, etc ». (*Ibid.*, p. 250).

Je vais, au sein de cette partie, évoquer mon contre-transfert durant la période de ma recherche. En effet, il est question d'analyser les consultations : l'attente des résultats transmis par téléphone, sans doute pour éviter l'implication, ma place de médiatrice culturelle.

3.1. Analyse des consultations de biomédecine

On peut constater une grande différence de représentation entre jeunes médecins attachés à l'efficacité thérapeutique et la prescription d'actes médicaux ne tenant pas compte du ressenti des patients. Et le docteur S.E avec une expérience africaine qui fait preuve d'empathie et de réassurance vis-à-vis des patients en détresse psychique. Cela a pour conséquence des consultations plus longues afin d'être à l'écoute de la souffrance psychique et des préoccupations qui n'étaient pas d'ordre médical. Ce médecin sensibilisé aux paramètres culturels des patients et qui pouvait comprendre un refus d'alternatives telles que le don d'ovocyte, l'IAD, même si celles-ci étaient l'unique solution pour aboutir à la maternité.

3.1.1 Analyse de la consultation avec les jeunes médecins

Au sein du service d'AMP, une partie de l'équipe avait du mal à tenir compte des paramètres culturels des personnes venues d'ailleurs. (Kleinman, 1980 ; Jenkins et Barrett, 2004). La culture des patients pouvant être vécue comme une difficulté supplémentaire par l'équipe médicale. Dans une définition de la « compétence culturelle ». Lambert et Sevak (1996), soulignent que cette notion est peu reconnue, ce qui favorise les incompréhensions de la part des médecins par rapport aux patients qui sont absents aux rendez-vous, ou d'interrompre les traitements sans explications. Ces abandons sont difficiles à accepter par les médecins.

Pour les couples africains, il existe une divergence entre les représentations des soins liés à l'infertilité en milieu hospitalier occidentale et les représentations de la maternité à tout prix, codées culturellement. Ces aspects peuvent être source de frustration et d'incompréhension dans la relation soignant-soigné. Les représentations culturelles de la place et de l'importance de l'enfant ne sont pas explicitées au médecin, ce qui impacte la prise en charge. L'enfant en Afrique occupe une place importante dans la constitution de la famille, particulièrement le garçon, afin de perpétuer la lignée. Pour Ferry (1978, p. 104) : « Que ce soit en ville ou en brousse, les enfants occupent une place centrale dans la vie de la famille. La vie du ménage est en très large mesure conditionnée, sinon déterminée par la présence des enfants. »

Cela s'illustre avec Carine qui consulte en AMP pour un désir de second enfant, malgré les risques encourus sur sa santé. L'équipe entend son désir de maternité mais ne peut pas faire abstraction des risques sur sa santé. Elle s'effondre en consultation, mais le médecin lui explique les raisons de ce refus, qu'elle a du mal à comprendre dans l'après-coup de cette annonce traumatique. Je me retrouve face à un conflit entre deux systèmes culturels : l'un traditionnel, qui prône la maternité à tout prix pour éviter les risques de polygamie et perpétuer la lignée du conjoint en lui donnant un garçon ; et l'autre médical, qui ne peut faire abstraction des risques obstétricaux que peut engendrer une grossesse. Les incompréhensions dans la relation soignant-soigné conduisent à des situations compliquées voire à des échecs, l'écart culturel dans la relation avec le patient migrant étant à l'origine du malaise ressenti par les soignants. Cette distance, lorsqu'elle n'est pas reconnue, ébranle et provoque une distorsion dans le lien au malade. La question qu'il faut se poser, selon Faure (2012, p. 266), est celle de savoir « comment entreprendre de soigner des patients originaires d'Afrique sans nous interroger sur les soubassements de leur culture... ». Il faut interroger les représentations culturelles de la place de l'enfant au sein de son groupe d'appartenance afin de comprendre les répercussions qui en découlent (polygamie, recherche d'un garçon à tout prix...). Carine m'annonce avoir une fille avec son mari, mais que leur mariage à l'état civil, contre l'avis de la belle-famille, était conditionné par la venue au monde d'un héritier mâle. Un père qui n'a pas de fils est dépourvu de l'héritier qui devrait être sa main droite (Hofmayr, 1925).

Toutefois, le médecin ne comprend pas la persévérance de certaines patientes. Le médecin doit composer avec les univers culturels de chacun, les représentations ou systèmes de représentation de la maladie, afin de saisir l'acharnement thérapeutique de certaines patientes au péril même de leur vie. Dans ses écrits sur l'anthropologie du corps, Le Breton (2005) critique vivement la vision instrumentale et mécaniste du corps mise en avant par la médecine moderne : « Dans l'élaboration graduelle de son savoir et de son savoir-faire, la médecine a négligé le sujet et son histoire, son milieu, son rapport au désir, à l'angoisse, à la mort, le sens de la maladie, pour ne considérer que le "mécanisme corporel". Ce n'est pas un savoir sur l'homme, mais un savoir anatomique et physiologique. » (Le Breton, *op. cit.*, p. 187). Selon l'auteur, la médecine occidentale reste ancrée dans « le rythme de la modernité », mettant de côté l'être humain en tant qu'être de relations et de symboles s'inscrivant dans une trajectoire sociale et individuelle. À cet égard, les positions de Carine et Solène sont intéressantes dans la mesure où elles cadrent parfaitement à ce schème d'analyse. D'un côté, elles reprochent à leur gynécologue leur

manque d'empathie et de sensibilité vis-à-vis de la détresse engendrée par leurs problèmes de fertilité, les étiologies traditionnelles (malédiction proférée par l'ex-conjoint, pour Solène) et les motivations de la prise de risque au détriment de la santé. De l'autre, elles endossent l'idée que le rôle du médecin ne doit pas se limiter au traitement des corps dans sa stricte dimension physiologique, mais faire preuve d'empathie, d'écoute et de compréhension.

Le patient qui consulte se retrouve quelquefois devant une équipe qui considère sa culture institutionnelle comme une sorte « *d'universalisme abstrait* » (Moro, 2005), avec « l'existence d'un méta code qui pourrait rendre compte de l'ensemble des codes possibles » (Nathan, 1988, p. 21). Dans la rencontre, le médecin mobilise des défenses comme le déni des différences culturelles. Ce déni s'étaye généralement sur la croyance que « tous les patients sont ou devraient être traités comme s'ils étaient tous les mêmes » (Comas-Diaz et Jacobsen, 1991, p. 400). De telles positions contre-transférentielles peuvent avoir des conséquences cliniques.

Le médecin place l'acte thérapeutique au-dessus de l'influence culturelle et politique de la société (Gorkin, (1986). Ce déni peut s'entendre comme une forme de contre-transfert à l'égard de l'altérité des patientes migrantes. C'est aussi la non-reconnaissance de ses enjeux politiques, historiques et de pouvoir dans le processus thérapeutique. C'est ce que Devereux, (1972, p. 248) qualifie de « scotomisation culturelle » en parlant de cette position contre-transférentielle en situation interculturelle. De ce fait, les représentations culturelles des causes de la maladie sont souvent non évoquées par le patient de peur de ne pas être compris par l'équipe. Les patients arrivent avec l'idée que le médecin ne comprendra pas, à juste titre. La culture devient un handicap pouvant nuire à la relation soignant-soigné. C'est le cas de Solène qui se plaint de devoir mettre ses représentations culturelles de côté. Sur le plan médical, les raisons de sa fausse couche sont une hypertension artérielle qui a provoqué une pré-éclampsie avec complication néonatale. Selon elle, ce serait dû à une malédiction « *on verra comment tu vas mener cette grossesse à terme* » de la part de son ancien conjoint qui n'acceptait pas la séparation. Ce choc des cultures reste source d'incompréhension au sein de cette relation entre patient et médecin.

Durant les consultations de biomédecine, je pouvais percevoir une perte d'intérêt face à des patients qui étaient dans l'inobservance du traitement, ou des ratés dans la prise

de médicament, ce qui avait pour conséquence une hyper-stimulation¹¹⁶. La prise en charge AMP est très lourde, elle peut durer quelque mois à plusieurs années. Les échecs donnent au médecin le sentiment d'une incapacité de trouver des solutions. Certains médecins pouvaient, sur un ton totalement détaché et avec un peu d'humour, dire à leur patiente : « *Madame [...], cela fait longtemps que je vous vois, il est temps que nous trouvions une solution, pour que je ne puisse plus vous voir. Ce n'est pas que je n'aime pas que vous veniez me voir (rire).* ». Tout cela pour dire que la douleur est partagée, peut-être pas de la même façon, mais elle se lit dans les attitudes de chacun.

3.1.2 Analyse de la consultation avec le médecin sensible à la culture des patients

J'ai pu participer à d'autres consultations avec un médecin qui avait une très grande expérience de l'Afrique, des représentations culturelles liées à la maternité et l'infertilité. Un médecin pour qui l'adhésion des patients au traitement était importante. Pour elle, il était important d'expliquer en détails les traitements, la prise en charge. Le médecin était à l'écoute de la souffrance de ses patients, et si cela nécessitait une prise en charge psychologique, elle les orientait vers la psychologue du service. Les consultations étaient plus longues, mais elle faisait preuve d'empathie et de réassurance face à ces patientes qui venaient avec beaucoup d'interrogations sur la prise en charge. Elle prenait du temps pour pouvoir expliquer les traitements, même si elle savait que cela devait être repris par la sage-femme. Il faut ajouter qu'ayant travaillé en Afrique, il était important pour elle d'établir une alliance thérapeutique, qui est primordiale dans la relation soignant-soigné et qui permet au patient d'adhérer aux traitements qui sont lourds.

On peut penser que ce médecin avait une conscience interculturelle consistant à mesurer l'importance et la variété des obstacles culturels qui vont, on le sait, bien au-delà des barrières linguistiques. Elle ne privilégie pas une attitude ethnocentrique en mettant en avant ses propres référents culturels (Benett, 1986). Cela avait pour conséquence, la capacité d'entendre les théories étiologiques et les représentations de la maladie. Nous avons reçu en binôme un couple à qui le médecin proposait un don d'ovocyte qui est l'ultime solution dans leur cas, mais le couple refuse. La femme nous dit préférer

¹¹⁶ Elle survient chez des femmes qui ont en général une stimulation forte ou très forte. Elle correspond à une augmentation très importante de la taille des ovaires et à une rétention d'eau qui peut être majeure.

l'adoption plutôt que de porter un enfant qui ne sera pas le sien. Le médecin m'explique, à la fin de la consultation, que dans la religion musulmane, ce genre de pratique est fortement réprimandé par le Coran et réinterroge le système de filiation et la place de l'enfant au sein de la famille.

Dans sa pratique, le médecin leur laisse le choix de décider de la prochaine date de prise en charge. Elle leur conseillait d'éviter de suspendre toutes leurs activités (professionnelle, loisirs) pour faire les traitements, et de continuer à vivre. Pour les couples qui font l'AMP, il y a comme une suspension de la temporalité car ils restent concentrés sur les traitements, s'arrêtant parfois de vivre. Ce qui leur rappelle le temps qui passe, ce sont les échecs liés aux tentatives, l'âge qui avance, la chute des hormones, l'âge de l'arrêt de la prise en charge, au 43^e anniversaire de la femme. Les patients déléguaient au médecin, le choix des décisions à prendre. Les dates des prochains rendez-vous comme si les patients remettaient tout dans les « *mains de Dieu* » dont elle était le prolongement. Il y a des médecins qui ne sont pas sensibles à l'altérité culturelle et sont dans un manque d'empathie. C'est ce que Bell (1978, p. 204) décrit sous trois facettes, à savoir « que cognitivement, la personne empathique adopte la perspective d'une autre personne et, pour y parvenir, elle s'efforce de voir le monde du point de vue de l'autre. Affectivement, elle fait l'expérience des émotions d'une autre personne; il ou elle ressent les expériences de l'autre. Communicativement, l'individu empathique fait part de sa compréhension et de son intérêt par des signaux verbaux et non verbaux ». On peut ainsi éviter les diverses dérives des échanges, symétrique, projective ou défensive (Muchielli, 1995).

Pour ce médecin sensibilisé à la culture de l'autre, on peut affirmer qu'elle fait preuve d'empathie interculturelle au sens de Broome (1991). C'est une approche qui implique la créativité et une productivité, au cours de laquelle plusieurs facteurs contribuent à créer une culture tierce : les significations communes sont mises en valeur ; le processus de compréhension est ouvert ; les participants améliorent leur compréhension en se rapprochant du point de vue de l'autre pendant les échanges verbaux ; un ajustement continu au point de vue d'autrui est mis en œuvre au cours de l'interaction. Cela revient globalement à considérer l'empathie comme une démarche progressive, dynamique et adaptée au changement, plutôt qu'à en avoir une vision statique et en faire une recette miracle de la communication.

3.2. Position du chercheur au sein de l'institution

Ma place de femme africaine migrante n'a pas été facile à gérer dans la mesure où il fallait faire souvent référence à mon origine culturelle pour expliquer les choses, comme si le fait d'être migrante était synonyme de tout savoir sur leur culture d'origine et leur souffrance. Il y a une forme d'identification, car pour elles, je sais ce qu'elles savent. Elles n'ont plus besoin d'explicitier les choses. Je rencontrais des femmes qui me disaient, au cours des entretiens : « *Vous saviez comment cela se passe chez nous quand on n'a pas d'enfant, je n'ai pas besoin de vous le dire [...] vous savez déjà, chez nous en Afrique, si une femme n'a pas d'enfant, ...je n'ai pas besoin de vous le dire, vous savez* » (Solène, 35 ans, Congolaise). On ne sait pas ce qu'il y a derrière ce « nous ». Il renvoie à l'implicite, de ce que nous aurions en commun. Je réponds en disant que je suis certes africaine, mais pas du même pays qu'elles, et qu'on n'a peut-être pas la même façon d'interroger les choses.

De plus, durant les entretiens en milieu institutionnel, j'étais frustrée de voir que les femmes abordaient les questions liées à l'AMP de façon superficielle, qu'elles ne s'autorisaient pas à dire les choses telles qu'elles les vivaient. Il y avait un décalage entre leur vécu et ce qu'elles pouvaient en dire. Très vite, j'ai compris que cette attitude était due au fait que nous étions en milieu hospitalier et que la blouse blanche m'identifiait à l'équipe médicale. La blouse blanche m'a permis d'être identifiée à l'équipe médicale et de favoriser chez certaines femmes une adhésion à la recherche. Ma présence interne a pu modifier voire inhiber le discours des patients. Peut-être à cause de la difficulté de faire naître un discours différents du discours médical.

Dans le cadre des entretiens à domicile, qui étaient plus fournis en matériel clinique, les patientes se sentaient en confiance et libres de se confier. Il me semble que, hors du cadre institutionnel, elles pouvaient s'autoriser à mettre des mots sur leur souffrance, leurs difficultés de l'AMP. L'idée ici serait que le centre d'AMP représente un lieu « d'espoir » où l'on dépose toutes les attentes, avec la sacralité, voire la « toute-puissance » de ce lieu, sur lequel les femmes s'appuient comme sur une béquille. Toutefois, j'étais gênée par des femmes avec qui j'avais eu des entretiens au domicile, et qui me proposaient une hospitalité propre à leur univers culturel (certaines me proposaient un repas, d'autres des cadeaux que je déclinais poliment). D'autres me remerciaient de venir les écouter et d'être cette médiatrice de leur désir auprès des médecins.

3.3. L'annonce des résultats

3.3.1. Au moment de la consultation de biomédecine

Que ce soit au détour d'une consultation ou par téléphone, l'annonce des résultats était vécue sur un mode traumatique par les couples. Lors de la consultation je suis en place d'observatrice. Toutefois, le port de la blouse blanche m'identifiait à l'équipe soignante donnant au couple l'idée que j'avais la compétence médicale sur l'infertilité. Si le médecin s'absentait de la pièce pendant quelques instants. J'étais mal à l'aise face aux questions qui m'étaient adressés ou bien face à des couples murés dans le silence. Albertine¹¹⁷, qui vient en consultation accompagnée de son conjoint. Elle explique les raisons de sa présence : son conjoint et elle désirent un enfant. Après lecture des résultats, le médecin leur annonce les raisons de leur infertilité (insuffisance ovarienne) et les différentes démarches qui sont mises en place pour leur permettre d'avoir un enfant. Puis, le médecin a dû s'absenter pour répondre à un coup de fil important et par la même occasion faire des copies des examens. Je suis restée seule avec le couple qui était en état de choc, avec la femme était en larmes et il régnait un silence pesant dû à cette annonce traumatisante. J'ai été très affectée par la douleur provoquée par l'annonce traumatique. Il aurait été important de retravailler cette annonce traumatique avec le couple après la consultation de biomédecine, mais cela n'était pas prévu.

3.3.2 Les résultats transmis au téléphone par la sage-femme

Les résultats des tentatives de FIV sont transmis par la sage-femme. L'attente des résultats peut durer une à deux semaines. C'est pour les femmes une période de grande vulnérabilité, qui oscille entre l'idée d'être enceinte (elle est à l'écoute de son corps et des moindres signes d'une éventuelle grossesse : nausée, vertige...) et la déception de ne pas l'être. Elles se retrouvent à rêver le bébé qu'elles sont susceptibles d'avoir au cas où une grossesse adviendrait. Ainsi, la mère peut parler du bébé potentiel. Pour Bydlowski (1997, 2001), le bébé imaginaire est le bébé que chaque femme vient à désirer, et qui est supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler.

Selon Labib-Sami (2015, p. 60), « le protocole de FIV a un effet sur ce bébé imaginaire,

¹¹⁷ C'est un nom fictif pour garder l'anonymat de la patiente.

qui apparaît sans doute durant le temps d'attente post-FIV de deux semaines ». Pendant, la période d'attente qui suit l'insémination Francine me dit : « *Ce sont les pires 15 jours que l'on peut passer, vous savez. On est attentif à notre corps, si j'ai ça, c'est peut-être parce que je suis enceinte, et si cela, peut-être parce que je ne le suis pas. Pendant 15 jours, c'est juste... pour les fois où j'ai eu mes règles de façon anticipée, on se dit... mais on pleure un bon coup, j'ai mal mais après on se dit au moins, cela a écourté nos 15 jours. C'est ce que je me dis souvent (sourire). [...]. Vous faites vraiment attention à tout. [...] il ne faut vraiment pas que ça lâche. La plupart du temps, on se dit, être enceinte. Voyez après s'il n'y a pas de grossesse c'est... c'est un peu comme une fausse couche en fait, c'est comme ça qu'on le vit.* ». Puis, peut s'enchaîner la phase où la femme s'imagine perdre le bébé. : « *Lorsque je vais me soulager le jour de l'implantation, j'imagine que le bébé va sortir avec les urines [...]. J'ai peur de marcher ou de courir rattraper un train car j'ai peur de faire une fausse couche* » (Francine, 34 ans, Sénégalaise). Les femmes oscillent entre phases d'euphorie et phase de tristesse durant le temps d'attente post-tentative (FIV ou ICSI).

En somme, ces femmes vivent une alternance des états d'euphorie en cas de possibilité de grossesse, et l'abattement ou la dépression, quand elles s'imaginent perdre ou ne pas concevoir ce bébé. On peut s'interroger sur la façon dont les femmes perçoivent cette information par téléphone qui met un terme à la rêverie d'une éventuelle grossesse que parfois elles avaient investit comme acquise.

Elles vivent ce coup de fil d'apparence banal comme le dénie de leur souffrance par l'équipe médicale. Mathilde me dit : « *On vous appelle et on vous dit vous n'êtes pas enceinte, prenez un autre rendez-vous pour une autre tentative, avec une absence d'humanité, comme si on venait commander un objet.* ». C'est la sage-femme qui donne les résultats après la tentative et non le médecin, dans une prise en charge qui dure de trois mois à trois ans. Mais, l'absence de grossesse peut renvoyer à leur échec face à ce corps qui ne répond pas. Cette délégation est probablement une façon de se défendre de l'implication affective.

3.4. Ma position de « médiatrice culturelle » entre les femmes et les médecins

Au sein des consultations médicales, j'avais une position implicite de *médiatrice culturelle*, d'abord auprès des médecins qui ne comprenaient pas souvent la persévérance sans limite des patientes, ou lorsque les patients disparaissaient sans donner aucune explication. En effet, les médecins ne comprennent pas l'attitude à la fois de persévérance sans limite et de découragement qui aboutit à l'abandon, comme par exemple Carine qui doit à tout prix donner un héritier à son mari. Mon rôle a parfois été de clarifier auprès des médecins les motifs culturels et sociaux des positions des patientes et de cette persévérance.

Cette attitude des patientes favorise quelquefois l'incompréhension pour les médecins pouvaient être particulièrement frustrant. Je pouvais préciser au médecin que ces femmes qui abandonnaient les traitements le faisaient à un moment où elles étaient passées de la phase d'espoir, qui caractérise les débuts de la prise en charge d'AMP, à celle de détresse psychique après plusieurs échecs de FIV. Ces femmes avaient besoin de se tourner vers autre chose pour raviver cet espoir, comme les thérapies traditionnelles proposées par un tiers ou un membre de la famille, en l'occurrence la mère, qui est mise dans la confiance. Ces thérapies sont faites au moment où la femme estime devoir faire une pause, qui a pour fonction la lutte antidépressive. Cela fait référence au propos de Sergine : *« J'étais tellement découragée par les échecs que j'ai décidé de faire une pause et une connaissance m'a parlé d'un tradithérapeute qui permettait aux femmes de tomber enceintes. Ma mère est allée le consulter pour moi, j'ai fait les traitements durant huit mois sans aucun résultat, alors j'ai décidé de repartir voir le médecin pour continuer les soins. »*. Ces abandons du processus médical ne sont pas souvent définitifs.

J'étais, au sein de ces consultations, à la fois garante de la culture scientifique auprès des patientes qui ne comprenaient pas le jargon médical, et médiatrice culturelle auprès des médecins qui, étaient dans l'incompréhension du comportement des patientes face à l'abandon des traitements. Price (1999) constate à cet effet que les cliniciens se trouvent dans une position de médiation par rapport aux équipements techniques, mais qu'ils doivent aussi servir d'intermédiaires et d'intervenants dans des types de relations pour lesquels ils n'ont pas toujours les compétences requises. Cela rejoint ma position auprès des femmes infertiles, dans la mesure où la médecine n'est pas mon domaine

d'étude et que certaines questions sont en lien avec les protocoles mis en place lors de la FIV.

Travailler avec les femmes migrantes nécessite qu'une relation de confiance soit établie, ce qui permet un accès aux représentations culturelles qui ont souvent une place très importante. Ces femmes qui en entretien de recherche me confiaient leur souffrance semblaient me donner une place de médiatrice entre elles et l'équipe de soin.

CONCLUSION ET REFLEXION

REFLEXION ET CONCLUSION

1. Éléments de réflexion

1.1. AMP et risque viral

Le risque viral est une donnée qui est apparue au moment de mon étude de terrain. Étant donné que le centre d'AMP de Bichat est l'un des centres de l'Île-de-France qui est spécialisé dans le risque viral, j'ai été amenée à rencontrer des couples qui étaient infectés par une hépatite virale ou le VIH et qui consultaient pour un désir d'enfant. Ce qui m'a permis d'approfondir la question du risque viral est le fait que les femmes n'arrivaient pas à aborder de façon spontanée les raisons de ce parcours médical dans le cadre de la recherche de grossesse. On peut penser que ces femmes avaient honte d'aborder la question de l'infection, qui est sans doute une double souffrance dans un parcours déjà difficile. Je ne me sentais pas autorisée à aborder cette question vu que ce n'était pas le propos pour lequel je les interrogeais, au risque de réveiller des souffrances mal élaborées. Aussi, puisque j'assistais aux consultations de médecine de la reproduction, il subsistait un fantasme implicite que j'étais au courant de ce diagnostic de VHB, VHC ou VIH et qu'il n'était pas nécessaire de l'aborder au cours de l'entretien. Cependant, une fois la relation de confiance installée, les femmes arrivaient à aborder la question du risque viral (VHB et VHC), mais surtout lorsqu'il était imputé au conjoint. Pour les femmes qui étaient atteintes de VIH, il était plus difficile pour elles d'élaborer autour de la question, vu les représentations qui sont liées au VIH/sida en Afrique et la crainte des commérages, qui est difficile à surmonter pour les couples. La découverte de l'infection a pour conséquence de favoriser un traumatisme supplémentaire qui vient se greffer à ceux déjà existants et d'accroître le temps de prise en charge car il faut d'abord traiter l'infection.

Il est important de voir les représentations de l'infection à VIH, VHB et VHC en Afrique afin de mieux cerner ce sentiment de honte et la souffrance psychique de ces femmes. Certains auteurs comme Michael et Czerny (2006) pensent que la souffrance psychique est marquée chez les personnes atteintes du VIH dans la mesure où l'un des modes de transmission du sida (rapports sexuels) est frappé de tabou et de honte dans certaines cultures. Aux souffrances psychiques (sentiment de perte, culpabilité, anxiété et dépression, les comportements suicidaires) s'ajoutent les problèmes sociaux tels que les pressions qu'exerce l'environnement social sur la vie des infectés, les différentes ruptures

des relations affectives et sexuelles et les problèmes de procréation qui en découlent (Desclaux, 2002 ; Desclaux et Cadart, 2008). De plus, le VIH/sida favorise chez les infectés l'ostracisme, la stigmatisation et les clichés négatifs associés à cette maladie, ce qui contribue à augmenter le stress chez les personnes atteintes (Bharat, Aggleton et Tyrer, 2002 ; Onusida, 2005).

Sorcellerie et VIH peuvent être étroitement liés dans les représentations populaires dans la majeure partie de l'Afrique centrale. Le VIH, comme d'autres maladies, et notamment celles qui sont transmissibles sexuellement, peut être attribué à des actes de sorcellerie ; c'est le cas au Cameroun, au Sénégal et au Burundi (De Loezien, 2001, p. 75). Évoquer la sorcellerie comme principale cause du VIH conduit parfois à s'orienter vers la médecine traditionnelle pour y trouver une thérapie efficace. En Afrique, lieu de pluralisme thérapeutique, l'offre de soins de la biomédecine cohabite avec celle des tradipraticiens qui proposent une « prise en charge » thérapeutique et sociale des malades, apportant des réponses diverses aux recherches de sens. Toutes ces représentations de la maladie ont une incidence sur le comportement des femmes durant les entretiens, comme le sentiment de honte et le choix de ne pas parler de sa maladie (VHB, VBC, VIH) au risque de favoriser un repli sur soi ou des ruptures relationnelles et affectives. Comme dans les démarches d'AMP, le secret est de mise afin d'éviter le stigmate et les clichés associés à l'infection. Les femmes abordent la question du risque viral comme étant « *un autre problème de santé qu'on a découvert et qui a retardé les démarches de FIV* » (Nina, 38 ans, Nigériane) sans pour autant nommer la maladie. Dans ce discours, il y a l'implicite de connaître ce qui a été découvert sans pour autant le nommer. On peut constater, face à cet implicite, une sorte d'interdit de parler de la maladie. Toutefois, ce qui me restait à faire était d'interroger le médecin sur les difficultés qui empêchaient le couple d'entreprendre les techniques de FIV. Et la réponse était le risque viral, l'inobservance du traitement et les charges virales qui n'étaient pas adéquates pour autoriser une FIV ou toutes autres techniques AMP.

1.2. AMP et religion

Il est question d'aborder les représentations de l'AMP au sein des différentes religions des femmes que j'ai interrogées. En effet, qu'il s'agisse de la religion catholique ou musulmane, l'AMP et ses différentes techniques ne sont pas autorisées au même niveau. Dans la religion musulmane, Fortier (2007) affirme que la vie humaine débute au 120^e jour, quand l'âme est insufflée par Dieu à ce qui n'est encore qu'un simple « morceau de

chair » (*Mudga*) (Fortier, *ibid*, p. 14). Ainsi, la position sunnite¹¹⁸ en ce qui concerne l'AMP consiste à autoriser toutes techniques médicales aux procréations réalisées dans un cadre intraconjugal. Mais, cette même loi interdit que ces mêmes techniques utilisent les gamètes d'une personne étrangère au couple. Dans ce contexte, il s'avère que toute forme de procréation ayant recours à un donneur tiers (que ce soit le don de sperme ou le don d'ovocyte) s'apparente à l'adultère (*Zinâ*) (Fortier, *ibid*, p. 2) et tout enfant qui naîtrait de ces pratiques est considéré comme illégitime. Donc, toute forme de don et le recours à une mère porteuse sont également interdits.

Ainsi, si, dans le droit musulman, le mari est présumé être le père de l'enfant de la mère, le fait que celui-ci ne soit pas issu du sperme du mari mais d'un tiers crée un « mélange des filiations » (*ikhtilât al ansâh*) (Fortier, 2007, p. 14) tout à fait paradoxal du point de vue de l'islam sunnite. Dans l'expression « mélange », il s'agit non seulement d'un mélange de sperme qui serait en cause, mais plus encore, de « mélanges des filiations ». L'interdit de toute sorte de dons (de sperme et d'ovocyte) se situe au niveau du mélange de ces deux types de filiations, à savoir la filiation biologique et celle sociale¹¹⁹, sans pour autant qu'elles se recouvrent ; donc, la dissociation de ces deux types de filiations n'est pas admise. Il faut que la filiation biologique repose sur la filiation sociale, et il serait impensable d'envisager l'une sans l'autre. L'islam sunnite n'admet pas que le donneur de sperme puisse être considéré comme le géniteur, car il n'est pas l'époux de la receveuse du don. Blachère (1980)¹²⁰ pense que le don d'ovocyte, comme le don de sperme, est interdit en islam sunnite, et ce, même en cas de polygamie, la plupart des auteurs sunnites refusant le don d'ovocyte entre deux coépouses. Cependant, selon l'étude d'Atighetchi (2010), le don a pu être autorisé en 1984 par le Conseil de l'académie de droit musulman de la Ligue islamique mondiale, réuni à La Mecque. Cette autorisation s'explique dans la mesure où il n'y a pas d'adultère (*zinâ*) puisque les deux femmes sont unies légalement au même homme, et qu'il n'y a pas eu de problème eu égard à la filiation paternelle de l'enfant qui revient au mari commun des deux femmes. En ce qui concerne la maternité, ce n'est pas l'épouse qui a donné son ovocyte mais celle qui a porté l'enfant et qui a accouché qui sera considérée comme la mère, pour paraphraser le principe coranique qui dit que les mères sont seulement celles qui ont enfanté. Ce même principe explique par

¹¹⁸ Position exprimée par l'université d'Al-Azhar au Caire.

¹¹⁹ Dans le cas d'une naissance « naturelle », en effet, l'inadéquation entre les deux filiations peut être réelle, mais elle ne peut être prouvée, ou très difficilement, la présomption de paternité présupposant d'emblée que les deux types de filiations se confondent.

¹²⁰ Régis Blachère (1980), *Coran* (trad.). Paris, Maisonneuve et Larose.

ailleurs que le recours à une mère porteuse soit interdit, car ce serait elle, et non la génitrice, qui serait alors reconnue comme la mère de l'enfant.

Comme le montre l'article d'Atighetchi (*ibid.*), en Iran, le don de sperme n'est pas autorisé par la loi parlementaire. Mais, le don d'ovocyte est autorisé depuis 2003 (Inhorn, 2006). Cela est dû au fait qu'il y a une disposition juridique de l'islam shiite, qui n'existe pas comme telle dans le sunnisme, et qui permet de contourner l'adultère qu'implique le don d'ovocyte. Dans l'islam shiite, en effet, un homme célibataire ou marié qui veut avoir une relation sexuelle légitime avec une femme peut contracter un mariage dit « temporaire » (*mut'a*) (Fortier, 2007, p. 16) avec elle, assorti de témoins et d'une dot, pour une période donnée, sans que ce mariage soit rendu public par une cérémonie. Peu importe que l'homme soit déjà marié avant d'entreprendre un mariage temporaire, la polygamie étant légale aussi bien en islam shiite que sunnite. En revanche, la femme doit être célibataire, la polyandrie étant bien évidemment interdite. Ce type de mariage est utilisé dans le cadre du don d'ovocyte en Iran, puisqu'il constitue un moyen de rendre licite l'union sexuelle qui résulte du contact du sperme d'un homme avec l'ovocyte d'une femme autre que son épouse. Par conséquent, la donneuse d'ovocyte doit être célibataire, et l'embryon issu de la fécondation de l'ovocyte de la donneuse et du sperme du mari, dans l'utérus de l'épouse officielle.

La religion catholique, restée fidèle à sa réprobation contre l'avortement et la contraception, s'oppose aussi à la procréation médicalement assistée. Le Vatican considère l'enfant comme un « don » de Dieu et conseille plutôt aux couples stériles d'adopter. Pour l'Église, un bébé doit être uniquement le fruit de la relation sexuelle d'un couple marié. C'est ce qu'affirme la lettre encyclique *Evangelium vitae* (1995)¹²¹. Le pape Jean-Paul II pense que les nouvelles perspectives ouvertes par le progrès scientifique et technique en matière de procréation font courir des risques accrus à la dignité de l'être humain et à sa vie. C'est ce qu'expose l'instruction *Dignitas personæ*.(2008)¹²² : « La procréation d'une personne humaine doit être poursuivie comme le fruit de l'acte conjugal spécifique de l'amour des époux ». Et les techniques qui apparaissent comme une aide à la procréation « ne sont pas à rejeter parce que artificielles. Comme telles, elles témoignent des possibilités de l'art médical. Mais elles sont à évaluer moralement par référence à la dignité de la

¹²¹ *Donum Vitae* (1987), Congrégation pour la doctrine de la foi, instruction publiée le 22 février 1987, <http://www.eglise.catholique.fr/getFile.php?ID=832>.

¹²² *Dignitas personæ* (2008), instruction publiée le 12 décembre 2008, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_fr.html.

personne humaine, appelée à réaliser sa vocation divine au don de l'amour et au don de la vie ». Ceci, au nom du respect de la loi naturelle qui interdit de dissocier l'union de la procréation et s'oppose fermement à la fécondation *in vitro* car elle « implique l'élimination volontairement acceptée d'un nombre conséquent d'embryons ». Cette même instruction précise que « l'Église considère aussi comme inacceptable au plan éthique la dissociation de la procréation du contexte intégralement personnel de l'acte conjugal. La procréation humaine est un acte personnel du couple homme-femme qui n'admet aucune forme de délégation substitutive ».

Mathieu (2012, p. 275) aborde la question religieuse au sein de l'AMP et affirme que « la religion intervient donc, de façon anecdotique, du moins comme une sorte de “valise” recelant d'autres questionnements, qui peuvent être partagés par ceux qui ne sont pas pratiquants, et qui touchent notamment au fantasme de l'adultère, à l'ancrage de la représentation biologique de la filiation ». Pour elle, la religion pour les couples qui font l'AMP n'est pas un cadre général d'emprise qui impose des normes sur le vrai, le faux, le juste et le défendu. C'est d'abord, et avant tout, un répertoire de croyances et de pratiques. Donc, les personnes qui y ont recours opèrent une sorte de « bricolage religieux »¹²³ qui n'est pas sans faire penser aux « opérations de bricolage » individuelles évoquées par Danièle Hervieu-Léger¹²⁴. Ce qui revient à dire que pour les couples qui ont un désir d'enfant, la religion et le recours à l'AMP peuvent s'avérer paradoxaux, voire même entraîner un conflit intrapsychique dans la mesure où il faut que les couples réalisent un travail psychique d'adhésion au projet malgré les interdits religieux¹²⁵.

Brochard (2014) affirme dans son étude que le désir d'enfant amène les couples à s'engager dans un parcours d'AMP complexe au sein duquel la relation à la religion est quelquefois ambiguë. Il peut arriver que les couples ne connaissent pas forcément les règles religieuses en matière d'AMP, et que celle-ci étant l'unique solution qui reste, ils s'engagent sans pour autant se poser des questions d'ordre religieux.

¹²³ Voir Lévi-Strauss, 1962, p. 11-49, et Bastide, 1970, p. 3-108.

¹²⁴ Hervieu-Léger, 1999, p. 99. Ces opérations sont une propriété de la « religiosité pèlerine » qui s'élabore hors des institutions et de l'inscription stable dans une communauté.

¹²⁵ Particulièrement pour les couples catholiques qui adhèrent à l'AMP.

1.3. Les limites théoriques et méthodologiques

Cette recherche a permis d'aborder des questions qui sont encore peu traitées en clinique transculturelle et de faire un lien entre infertilité, migration et AMP. C'est la raison pour laquelle cette problématique de l'infertilité en migration mérite qu'on s'y intéresse un peu plus. Cependant, le nombre restreint de mes entretiens de recherche ne permet pas une généralisation des résultats. Il faut tenir compte de la singularité et des bagages culturels de chacune des femmes. Le groupe de femmes avec lequel j'ai travaillé est très hétérogène : on retrouve des femmes infertiles (primaires/secondaires) et infertiles « contraintes » par le risque viral (VHB, VHC et VIH).

Suivant, les dispositifs d'entretiens ont été très différents. D'une part, il y a des entretiens qui se déroulaient au sein de l'institution, où il m'était demandé de porter une blouse blanche qui m'identifiait à l'équipe médicale. Durant ces entretiens, j'ai pu constater une réticence de la part des femmes. Surtout lorsqu'il s'agissait d'aborder les aspects négatifs de l'AMP, elles étaient dans le contrôle et choisissaient leurs mots pour dire des choses. Ce mécanisme de contrôle les empêchait de dire les choses telles qu'elles les vivaient, comme si ce qui allait être abordé au cours de l'entretien allait être rapporté à l'équipe médicale à laquelle j'étais totalement identifiée. Donc, aborder les aspects négatifs, se plaindre ou évoquer la souffrance au sein de l'institution, qui était investie comme un « lieu sacré », et l'équipe médicale qui était le prolongement de Dieu était psychologiquement impensable, pour ces femmes. D'autre part, les femmes que j'ai interrogées à domicile, elles étaient plus ouvertes et à même de dire ce qu'elles pensaient vraiment de l'AMP. Elles ont généreusement accepté de m'ouvrir les portes de leur foyer familial, de leur intimité psychique. Avec authenticité et engagement, ces femmes ont bien voulu briser le tabou du secret des démarches (propre à l'AMP) et me permettre de discuter d'un sujet personnel et sensible. Elles étaient moins dans le contrôle que le groupe de femmes que j'ai rencontrées en institution. Cette ouverture a été faite avec quelques réticences, comme le refus de l'enregistrement, dans un souci de préserver l'anonymat et de ne pas garder de trace écrite de nos entretiens.

Sur le plan théorique et méthodologique, même si la théorie ancrée exige une suspension temporaire de la revue de la littérature, il ne m'a pas été facile de mettre de côté toutes les données et articles lus au moment de la recherche. Ce qui favorise une inscription dans la logique straussienne selon laquelle il est pertinent de réaliser une

recension des écrits préalables sans nécessairement qu'elle soit exhaustive, entre autres afin de s'assurer que la démarche entreprise permettra l'acquisition de connaissances nouvelles. Cependant, tous sont d'accord pour dire que la recension des écrits ne doit pas contraindre l'analyse; la théorisation doit d'abord s'enraciner à même les données recueillies (Deslauriers et Kérisit, 1997 ; Wuest, 2000).

Un autre point important est le codage et, partant de là, la construction des catégories¹²⁶ ; tout au long de l'analyse du matériel, elle se fait selon la sensibilité du chercheur (on peut le faire en s'accrochant uniquement aux mots). Ces difficultés ont été remarquées par Glaser (1992) lui-même, qui appelait le chercheur à retrouver les concepts clés au lieu d'effectuer une micro-analyse du matériel (comme le codage par ligne). Aussi, le choix des catégories reste néanmoins problématique, et la question se pose de savoir si ces catégories retrouvées sont réalistes ou plutôt des constructions (Gibbs, 2015). Ce qui m'amène à penser que le problème de la catégorisation est peut-être lié au fait que ni le processus du codage, ni la notion de saturation ne sont suffisamment définis (Allan, 2003) laissant le choix au chercheur de décider du moment de parler de saturation. Dans mon cas, la saturation théorique a été décidée lorsque les données n'apportaient plus d'autres informations pertinentes.

1.4. Perspectives de recherche

Cette étude met en relief les aspects traumatiques du processus d'AMP chez les femmes migrantes, mais soulignent aussi des stratégies qui ont une fonction de lutte anti dépressive. Donner du sens en migration nécessite à la fois un désir d'enfant et des itinéraires thérapeutiques vécus sur un mode pluriel ou ambivalent dans le but de sortir de cette impasse. Ce travail m'a permis d'effectuer des rencontres cliniques singulières, de penser cet ailleurs imaginé (l'Europe) en termes de bénéfices pour l'équilibre du couple. Il ressort plusieurs cas de figures : l'éloignement des familles reste protecteur pour les couples, particulièrement les femmes, elles souffrent moins des médisances de l'entourage familiale. Un autre cas est celui où une partie de la famille est présente dans la migration, la pression familiale est similaire à celle vécue dans leur pays d'origine, car les parents utilisent les codes culturels de leur groupe d'appartenance pour traiter les difficultés liées à l'infertilité. Ainsi, autant la distance géographique est protectrice et permet de bénéficier de

¹²⁶ La théorie ancrée a été critiquée en détails dans l'article d'Allan : « A critique of using grounded theory as a research method ».

techniques auxquelles elles n'auraient pas pu avoir accès si elles étaient restées dans leur pays d'origine, autant la proximité géographique peut faire vivre aux couples les mêmes enjeux d'une infertilité, comme dans le pays d'origine. L'AMP permet aux femmes de faire le tour des « possibles » afin de pallier l'infertilité du couple. Toutefois, les femmes que j'ai vues n'envisagent pas l'adoption intrafamiliale, ni un don d'ovocyte anonyme à l'étranger, qui réinterroge le système filiatif et l'inscription de l'enfant dans la lignée.

Pour ce qui concerne les recherches futures sur la question de l'infertilité, il serait intéressant de faire une recherche sur le vécu de l'infertilité masculine dans un contexte migratoire en tenant compte des processus d'acculturations, voir ce qui se passe du côté des hommes et observer ce qui s'y joue sur le plan psychique. On sait qu'en Afrique, l'infertilité est confondue avec une absence de virilité. Brochard (2014), dans son enquête de terrain au Sénégal¹²⁷, constate qu'il y a un déni de l'infertilité masculine et que la procréation et l'infertilité relèveraient de la responsabilité de la femme. Ainsi, Boye (2008)¹²⁸, anthropologue de la santé (cité par Brochard, *op. cit.*), soutient l'idée qu'un homme aurait du mal à assumer publiquement son infertilité car s'il la reconnaît, les gens vont penser qu'il n'est pas viril. L'infertilité masculine équivaudrait à l'impuissance et donc au manque de virilité. Sow et Bop (2004, p.165) évoquent le handicap que représente l'infertilité masculine : « Le plus souvent, la femme est d'ailleurs déclarée responsable de la stérilité du couple parce que, en dehors de certains milieux informés, l'homme ne peut accepter d'être porteur d'un tel handicap. Cela signifierait pour lui de remettre en cause sa virilité et sa dignité d'homme, la virilité et la fécondité ne constituant qu'une seule et même chose dans les cultures africaines. ».

D'autres auteurs comme Héritier (1996, p. 77) expliquent qu'au Burkina Faso, l'homme infertile est celui dont le « pénis est mort » c'est-à-dire celui qui est impuissant ou qui n'a pas de sperme. Bonnet¹²⁹ explique qu'au Cameroun, le sperme est toujours perçu comme une substance fertile. Certains couples ne peuvent procréer à cause d'une incompatibilité de leurs substances. Elle explique que pour un homme, être stérile, c'est

¹²⁷ Dans le cadre de son enquête de terrain sur les « normes reproductives et nouvelles technologies de reproduction au Sénégal » (2014). Elle aborde la question du tabou et du déni de l'infertilité masculine, et l'auto-accusation et la prise de responsabilité des femmes face à l'infertilité masculine.

¹²⁸ Dans son mémoire de maîtrise de sociologie intitulé « La féminisation de l'infécondité conjugale à Dakar », Sokhna Boye (2008) évoque ce processus de féminisation de l'infécondité. Elle explique que la femme est perçue comme la responsable de l'infertilité conjugale, mais qu'elle-même se sent aussi responsable de ce problème conjugal.

¹²⁹ Doris Bonnet, « La stérilité masculine : de l'impensé social au savoir médical. Études de cas à Douala (Cameroun) », communication orale, Colloque international « Technologies de la procréation et mondialisation. Dispositifs, savoirs, expériences en Afrique sub-saharienne », Université Paris Descartes, 12 et 13 décembre 2013.

renoncer à transmettre la vie. De ce fait, l'homme doit faire un double deuil : celui de sa fécondité et celui de l'enfant. Hörbst (2008, p. 119), qui a travaillé sur les couples infertiles au Mali, indique que l'infertilité masculine n'est pas pensée : « Dans les communications et les relations familiales, la possibilité de l'infertilité masculine est considérée comme "l'indicible" ou même "impensable". » Vu que cela implique l'honneur de l'homme : « La notion d'infertilité masculine au Mali menace les identités masculines, leur masculinité et leur honneur. Ainsi, garder secrète l'infertilité masculine est un aspect crucial de sa gestion sociale à Bamako. » (Hörbst, *op. cit.*, p. 131). Le poids de la culture est important dans ce pays, ce qui implique que les médecins gynécologues sont pris dans ce tabou de l'infertilité masculine, et cette impossibilité d'en parler protège l'homme et expose les femmes. Ainsi, « [...] les gynécologues adaptent leur style de consultation ainsi que leurs stratégies de traitement à ces valeurs sociales. Ils prennent aussi les coutumes locales de la communication, le genre, les relations, l'organisation sociale et les préoccupations religieuses. De cette manière, la clarté et la finalité du diagnostic biomédical sont équilibrées en faveur du secret et l'incertitude quant aux politiques d'informations et de consultations. Depuis, la plupart des gynécologues maliens sont des hommes et favorisent une hiérarchie des sexes, ils façonnent subtilement la consultation à l'avantage de leurs patients masculins » (p. 132).

Inhorn (2009) pense que l'infertilité est le pire fardeau qu'un homme puisse porter ; elle reste profondément cachée dans la plupart des sociétés parce que l'infertilité masculine est l'un des états de santé masculins les plus stigmatisants. Une telle stigmatisation est clairement liée aux problèmes de sexualité. L'infertilité masculine est populairement, bien que généralement erronée, confondue avec l'impuissance, car les deux perturbent la capacité de l'homme à féconder une femme et à prouver sa virilité et sa paternité (p. 173).

En Turquie, avoir un enfant est l'expression publique de la virilité sexuelle (Van Rooij et *al.*, 2004). Ce qui rejoint l'idée même de confusion entre virilité et fécondité qui a été observée par les auteurs cités plus haut (Brochard, 2014 ; Bonnet, 2013 ; Héritier, 1996 ; Hörbst, 2008 ; Inhorn, 2009). La naissance d'un enfant induit une reconnaissance sociale de leur masculinité et une valorisation de leur honneur. Mais, lorsqu'ils sont infertiles, ils sont incapables de perpétuer le lignage familial et le vivent comme un fardeau. Il faut noter que les représentations de l'infertilité masculine sont quasi les mêmes qu'en Afrique. Knibiehler et Marand-Fouquet (1981) affirment qu'en Europe, la stérilité était pensée au féminin, et seule l'impuissance du mari pouvait être vue comme une

infertilité masculine. L'infertilité de l'homme est toujours associée à sa puissance sexuelle, et la remettre en cause, c'est toucher à la virilité d'un homme, à sa masculinité.

Cependant, il n'est pas interdit, dans certaines sociétés, de trouver des stratégies pour masquer l'infertilité de l'homme. En Afrique, par exemple, les femmes font des hommes des pères sans pour autant avoir engendré des enfants. Ils occupent la place du père légal ou social des enfants de leurs femmes (Héritier, 1994). Dans leur étude, Ocholla et *al.* (1976) évoquent la possibilité pour la femme d'avoir des relations sexuelles extra-conjugales dans le but de concevoir. Cette stratégie est utilisée quand on soupçonne l'homme d'être infertile. En conséquence, le frère, ou encore un autre proche, est sollicité pour concevoir un enfant avec la femme du couple concerné. Cette stratégie doit néanmoins être entreprise dans le plus grand secret, parfois même à l'insu du mari, car si le fait devait être public, la femme subirait les conséquences reliées à l'infidélité. On retrouve ici la « culture du silence » que Dyer et ses collaborateurs (2002) mentionnent dans leur étude, et qui entoure bien souvent l'infertilité et la sexualité en général. Cela rejoint les stratégies utilisées par les femmes Punu du sud du Gabon afin de pallier une infertilité du couple, surtout lorsqu'elle est imputée au mari¹³⁰.

Selon Rietman (2009), une autre option, que d'autres sociétés favorisent pour minimiser l'impact de l'infertilité, est l'adoption ou plutôt la prise en charge d'un enfant d'un proche. Cependant, l'adoption d'un enfant d'un orphelinat, avec lequel il n'y a pas de lien sanguin, est de nos jours pas encore admise¹³¹. Bien que les individus évoluent au sein d'un système de famille élargie, l'importance du lien familial sanguin est primordiale pour qu'un individu ait droit au titre de « mère » ou de « père ». De même, un enfant qui n'a pas de liens sanguins avec ses « parents » n'aura jamais les mêmes droits, la même place que les autres enfants nés dans la famille.

¹³⁰ Propos recueillis auprès de ma grand-mère lors de notre étude de terrain sur l'infertilité du couple et les stratégies que les femmes utilisaient pour pallier l'infertilité lorsqu'elles étaient convaincues que celle-ci était d'origine masculine. Dans les cas de figures où la première épouse était restée inféconde, à l'arrivée de la seconde épouse, il lui était conseillé d'avoir des rapports sexuels avec un membre de la famille du mari pour avoir des enfants. La femme ne devait pas être surprise, sinon, elle était accusée d'adultère et répudiée. Cette stratégie protégeait le mari et le plaçait dans une position de virilité, et évitait à la femme d'être accusée d'infertilité.

¹³¹ C'est le cas dans les sociétés africaines et d'outre-mer.

2. Conclusion

Mon intérêt pour cette thématique débute en master 2 avec une étude exploratoire portant sur le désir d'enfant chez les femmes gabonaises infertiles primaires et secondaires. Les résultats de cette étude ont orienté ma réflexion sur la question des mobilités transnationales pour des raisons de santé reproductive auprès de cette même population. J'ai élargi mon champ d'étude à des femmes migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne qui consultent en AMP en France pour une prise en charge médicale. Ces femmes sont souvent aux prises avec les processus d'acculturation, les traumatismes migratoire, et pour celles qui découvrent l'infertilité dans la migration. Elles sont confrontées au traumatisme de cette annonce. La recherche porte sur leurs itinéraires et leur façon de vivre ses bouleversements. J'avais l'objectif également de travailler sur les aspects imaginaires et les représentations pré- et post-soins, en y incluant le vécu de ces nouvelles techniques auprès des femmes ; mettre en relief les aspects singulier pour la prise en charge des femmes venues d'ailleurs avec leurs bagages culturels.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai opté pour la méthode inductive. Une fois le terrain de recherche trouvé, je me suis positionné comme observatrice durant plusieurs mois, afin de me familiariser avec les problématiques et les différents temps de la prise en charge médicale. Les médecins m'ont introduite auprès des patientes pressenties comme étant ouvertes à la discussion, même si, quelquefois, les rendez-vous se sont soldés par des refus d'entretiens. J'ai entrepris une première récolte de données empiriques, dans un mouvement entre analyse et retour sur le terrain, afin d'obtenir de nouvelles données. L'entretien clinique à visée de recherche a été utilisé afin de favoriser le recueil du matériel. J'ai effectué dans un premier temps, des entretiens, mais je suis arrivé à saturation théorique. Dans une seconde phase de recueil de données, j'ai poursuivi avec des entretiens non directifs où il était question, pour les femmes, d'aborder la façon dont elles appréhendaient l'AMP une fois qu'elles étaient inscrites dans le parcours.

Il m'a paru important de faire appel à plusieurs références (psychanalyse, médecine reproductive, anthropologie et sociologie), cette interdisciplinarité est indispensable. Des auteurs tels que Moro (1994, 2002), Nathan (1986), Devereux (1972) et Missonnier et al. (2012) revendiquent la richesse, voire l'importance et la nécessité de cette « psychologie clinique interdisciplinaire ». Pour Missonnier (2013), cette interdisciplinarité est d'abord un message clinique et épistémologique sur la richesse du savoir ainsi récolté. Cela permet

d'expliciter, au sein des institutions de soins, des situations qui peuvent sembler complexes, et d'éviter de garder des positions ethnocentriques lorsqu'on travaille avec des personnes d'autres cultures. Il s'agit, à travers cette interdisciplinarité, de favoriser chez les professionnels une compréhension sur les dynamiques culturelles des patientes dont ils ont la charge.

Les travaux qui portent sur l'AMP des femmes migrantes sont peu nombreuses dans le champ de la psychologie. Dans la littérature, il existe des travaux sur les migrations, la question du désir d'enfant et des itinéraires thérapeutiques, mais très peu à ma connaissance sur le processus d'AMP des femmes migrantes. Les recherches concernant ce champ sont en majorité anthropologiques. Elles tendent à confirmer, que les enfants sont désirés en fonction des raisons de la migration (situation matrimoniale, raisons économiques et sociales, ou raisons de santé) comme désir d'accomplissement social (Héritier-Augé, 1985), comme désir de s'acquitter d'une dette transgénérationnelle (Cailleau, 2006 ; Delaisi de Parseval, 2008), voire de régler une dette d'existence (Bydlowski, 1997). Toutefois, pour celles qui migrent pour des raisons socio-économiques, le désir d'enfant reste ambivalent ; elles restent tiraillées entre leur désir d'émancipation des normes sociales du genre et le besoin de maintien de leur appartenance au groupe social qui prône la maternité.

L'une des catégories soulignent que, « Les itinéraires thérapeutiques », nous permet de conclure que les femmes migrantes utilisent divers traitements sur un mode syncrétique lorsque la prise en charge médicale montre ses limites. Dans leur article intitulé « Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine », Marcellini et *al.* (2000) ont essayé de comprendre comment les individus, dans notre société moderne, construisent leurs « itinéraires thérapeutiques » au sens où l'entend Janzen (1995), comme les parcours que suivent les malades ainsi que leurs familles et les choix thérapeutiques qui en découlent au final. De ce fait, l'analyse des itinéraires met l'accent sur des choix précis dictés par l'état de santé du malade à un moment donné, soit par la perception qu'il se fait des causes de son mal.

Pour ces femmes, les itinéraires thérapeutiques se vivent dans un contexte de pluralisme médical, d'alternance où les types de traitements et les ressources sont multiples (Csordas et Kleinman, 1996). Les divers soins ne sont pas exclusifs les uns par rapport aux autres, et il est fréquent de voir qu'une personne a recours de façon complémentaire et combinée à différentes ressources afin de venir à bout d'une maladie. Ces itinéraires sont généralement caractérisés par des allers-retours entre biomédecine et médecine

traditionnelle parallèle. Massé (1997) parle de « cheminements thérapeutiques » pour inviter à l'analyse des conditions de coexistence et de recours à diverses formes de savoirs, de logiques et de rationalités en anthropologie de la maladie. En effet, comme le font remarquer Gonzague et *al.* (1986), les itinéraires thérapeutiques ne se réduisent qu'exceptionnellement à une seule étape. Il s'agit habituellement d'une séquence de demandes de soins, formulées de façons diverses, s'adressant à des personnes ou à des institutions qui, elles-mêmes, ne se définissent pas toujours comme des soignants sur un mode syncrétique.

Cette recherche qualitative met aussi en relief la façon dont les femmes migrantes vivent l'AMP sur un mode traumatique : traumatisme de l'annonce du diagnostic, traumatisme lié aux échecs des tentatives de prise en charge, traumatisme lié à l'annonce des résultats par téléphone et à l'arrêt définitif de la prise. Cependant, elles mettent en place des stratégies afin de lutter contre l'effondrement dépressif, à savoir la mise à distance de la prise en charge, l'anticipation du diagnostic, la persévérance sans limite.

BIBLIOGRAPHIE

Articles, chapitres d'ouvrages et ouvrages

Abdel-baki, A. et Poulin, M. (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. Perspectives psycho-dynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse. *Psychothérapies*, 24 (1), 3-9.

Abou, S. (1981). *L'identité culturelle, relations interethniques et problèmes d'acculturation*. Paris : Puf.

Abric, J.C. (1994). Les représentations sociales : aspects théoriques. Dans J.C. Abric. (dir.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France.

Allan, G. (2003). A critique of using grounded theory as a research method. *Electronic journal of business research methods*, 2(1), 1-10.

Allison, G. (1997). Motherhood, motherliness and psychogenic infertility. *In psychoanalytic quarterly*, 66(1), 1-17.

Almeida, A., Müller, Nix C., Germond, M. Et Ansermet, F. (2002). Investissement parental précoce de l'enfant conçu par procréation médicalement assistée. *Autologue. La psychiatrie de l'enfant*, 451, 45-75.

Amin, A. (2012). Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires. *Alterstice*, 2(2), 103-116.

Ancelin-schützenberg, A. (1993). *Aïe, mes aïeux !* Paris : desclée de brouwer.

Angermeyer, M. (1992). «Trop de stress ! ». Comment les patients atteints de psychoses fonctionnelles se représentent les causes de leur maladie. Dans u. Flick (dir.), *la perception quotidienne de la santé et de la maladie*. Paris : l'harmattan.

Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*, paris: Dunod.

Atighetchi, D. (2010). Aspects of the management of the rising life comparing Islamic law and the laws of modern Muslim states. *Droit et cultures*, 59, 305-329.

Augé M., Herzlich C. (1984). *Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Éditions le sens du mal.

Auge, M. (1986). L'anthropologie de la maladie. *L'homme*, 26, 97-97.

Balsamo., F. (1997). *Da una sponda all'altra del mediterraneo. La maternità delle donne immigrate*. Torino: L'harmattan, 233 p.

Baoule Seke., B. (2016) *la sorcellerie dans la mentalité africaine*. Paris : L'harmattan, 133 p.

Bardin, L. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris : Puf.

Bartoli, L. (1998). *Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents*. Paris : Plon, 240 p.

Bastide, R. (1970). Mémoire collective et sociologie du bricolage. *L'année sociologique*, 21, 65-108.

- Bastide, R. (1971). *Anthropologie appliquée*. Paris : Payot.
- (1972). Contribution à une sociologie des religions en Amérique latine. *Archives de sociologie des religions*, 35,139-150.
- Bateson, G. (1956). *Vers une écologie de l'esprit*. Tomes I, II. Paris : seuil.
- (1979). *Mind and nature. A necessary unity*. Bantam Book, Toronto.
- Baubet, T. et Moro M.R. (2003). *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson.
- (2003). Syndrome méditerranéen, sinistrose... il n'y a pas de pathologie spécifique de la migration. Dans t. Baubet et M.R. Moro (dir), *psychiatrie et migration* (p. 137-147). Paris, France : Masson.
- (2009). *Psychopathologie transculturelle : de l'enfance à l'âge adulte*. Elsevier/Masson, 297 p.
- Be-aba, F. et Betoue, G. (2000). Gabon enquête démographique et de santé : fécondité. *Ministère de la planification*, 2 (2)1-17.
- Bell, R. (1978). Social involvement. Dans, J. McCroskey et J. Daly (dir), *personality and interpersonal communication* (p 195-242). Newbury park, sage publications.
- Benabed, A. (2008). Le recours à la technique de procréation médicalement assistée. Étude de quelques trajectoires de couples algériens. *Interrogations*, 6,1-10. Récupéré de <http://www.revue-interrogations.org/le-recours-a-la-technique-de-> (consulté le 5 janvier 2016).
- Benedek, T. (1970). Motherhood and nurturing. Dans T. Benedek et E.J. anthony (dir), *parenthood, its psychology and psychopathology* (p. 153-165). Boston: Little Brown.
- Bennett, J. M. (1979). Overcoming the golden rule: empathy and sympathy. Dans d. Nimmo (dir), *communication yearbook* (p. 407-422). New brunswisck, N.J transaction Books.
- (1986). Modes of cross-cultural training : conceptualizing cross-cultural training as education. *International journal of intercultural relations*, 10, 117-134.
- Benony, H. et Charahoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
- Berry,J. (1989). acculturation et adaptation psychologique. dans j.reetschitz, M. B ossel Lagos et P. Dasen (dir.), *la recherche interculturelle* (p. 135-145). Paris : l'harmattan.
- (2005). Acculturation: living successfully in two cultures. *International journal of intercultural relations*, 29, 697-712.
- Berry, J. et Sam, J. (1997). Acculturation and adaptation. Dans J.W. Berry, M. Segall et C. Kagitcibasi (dir.), *handbook of cross-cultural psychology* (p 291-326). Boston : Allyn et Bacon.
- Berry, J.W., Kim, U., Minde, T. et Mok, D. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *International migration review*, 21,491-511.
- Bessoles, P. (2001). Infécondité féminine : un malaise dans la filiation. *Cliniques méditerranéennes*. 1 (63), 103-115.
- Bharat, S., Aggleton, P., et Tyrer, P. (2002). Inde : discrimination, stigmatisation et déni liés au VIH/Sida. Genève, Suisse : Onusida.
- Blanchard-Laville, C. (1999). L'approche clinique d'inspiration psychanalytique :

- enjeux théoriques et méthodologiques. *Revue française de pédagogie*, 127, 9-22.
- Blanchet, A. (1991). *Dire et faire dire : l'entretien*. Paris : A. Colin.
- Blum, H.P. (1976). Masochism, the ego ideal, and the psychology of women. *Psychoanal assn*, 24 (5), 157-191.
- Boerma, J. et Mgalla, Z. (2001). Woman and infertility in sub-saharian africa: a multi-disciplinary perspective. *The netherlands: royal tropical institute*.
- Bonnafé, P. (1985). Une force, un objet, un champ : le buti des kukuya du Congo. *Système de pensée en afrique noire*, 8, 25-67.
- Bonnet, D. (2001). Rupture d'alliance contre rupture de filiation, le cas de la drépanocytose, J.P. Dozon et D. Fassin (dir), *critique de la santé publique* (257-280). Paris : Balland.
- Bonnet, D. et Duchesne, V. (2014). Migrer pour procréer : histoires de couples africains. *Cahiers du genre*, 1 (56), 41-58.
- (2016). L'émergence des technologies de la reproduction en Afrique au sud du Sahara : introduction. Dans D. Bonnet et V. Duchesne (dir.), *procréation médicale et mondialisation : expériences africaines* (p. 11-24). Paris : L'harmattan.
- Bonte, P. et Izard, M. (2000). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris : Puf.
- Bougerol, C. (1997). *Une ethnographie des conflits aux Antilles. Jalousie, commérages, sorcellerie*. Paris : Puf, 161 p.
- Bourdet-Loubère, S. et Pirlot, G. (2012). Le vécu psychologique d'hommes infertiles. *L'information psychiatrique*, 88 (9), 721-726.
- Bourdet-Loubère, S. et Mazoyer, A. (2012). Facteurs de résilience chez les femmes atteintes par le VIH en assistance médicale à la procréation. *Connexions*, 98, (2), 165-178.
- Bourdieu, P. (1996). *Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*. Paris : seuil.
- (2001). Science de la science et réflexivité. Paris : raisons d'agir (cours et travaux).
- Bourhis, R. Y. et Bougie, E. (1998). Le modèle d'acculturation interactif : une étude exploratoire. *Revue québécoise de psychologie*, 19, 75-114.
- Brettell, C. (2003). *Anthropology and migration. Essays on transnationalism, ethnicity, and identy*. Altamira Press, 240 p.
- Broome, B. J. (1991). Building shared meaning: implications of a relational approach to empathy for teaching intercultural communication. *Communication Education*, 40, 235-249.
- Bureau, R. (1996). *Le peuple du fleuve : sociologie de la conversion chez les douala*. Paris : Karthala.
- Bydlowski, M. (1978). Les enfants du désir : le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient. *Psychanalyse à l'université*, 41(3), 59-92.
- (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : Puf.
- (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*. Volume13, N° 2, p.41-52.
- (2008). *Les enfants du désir*. Paris : Odile Jacob.

- Cacou, C. (2012). Infertilité en Afrique : aspects psychologiques. *Reproduction humaine et hormones*, 25, 3-4.
- Cadoret, A. (2006). Le champ de la parenté aujourd'hui. *Cités*, 28(4), 49-59.
- Cailleau, F. (2006). Et si c'était dans la tête ? Histoire et représentations de l'infertilité. *Cahiers de psychologie clinique*, 26 (1), 85-98.
- Camilleri, C. et Abdallah-Preteceille, M. (1994). La communication interculturelle. Dans c. Labat et g. Vermès (dir.), *cultures ouvertes, sociétés interculturelles. Du contact l'interaction* (p. 47-51). Paris : L'harmattan.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : Puf.
- Canneaux, M. (2009). Réflexions sur les enjeux psychiques de la survenue d'une grossesse au terme d'un don d'ovocytes. *Champ psychosomatique*, 56(4), 135-153.
- Cauvin, P. (2007). Dynamique de la consultation de psychologie clinique dans le cadre de l'aide médicale à la procréation avec don de gamètes. *Cliniques méditerranéennes*, 2 (76), 135-156.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Los Angeles, CA : Sage.
- Charton, L. (2009). Le temps de la maternité : entre choix et organisations. Dans L. Charton et J. Lévy (dir.), *générations et cycles de vie. Au carrefour des temps biologiques et psychosociaux* (p. 9-32). Montréal, Puq.
- Chiland, C. (1989). *L'entretien clinique*. Paris : Puf.
- Clanet, C. (1993). *L'interculturel : introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines*. Toulouse : presses universitaires du Mirail.
- Colin, J. (2003). Au Maghreb, un contre-pouvoir du côté des femmes : l'enfant endormi dans le ventre de sa mère. *L'année sociologique*, 53 (1), 109-122.
- Comaroff, J. (1999). Occult economies and the violence of abstraction: notes from the South African post-colony. *American ethnologist*, 26(2), 273-303.
- Comas-Diaz, L. et Jacobsen, F.M. (1991). Ethnocultural transference and countertransference. *The therapeutic dyad. Amer J orthopsychiat*, 61 (3), 392-402.
- Combièr-Veuillet, C. (2005). L'enfant du mythe. *Perspectives psy*, vol. 44 (2), 134-138. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2005-2-page-134.htm>.
- Coontz, S. (2000). Historical perspectives on family studies. *Journal of marriage and the family*, 62 (2), 283-297.
- Corbin, J. (2012). Préface. Dans J. Luckerhoff, et F. Guillemette (dir.), *méthodologie de la théorisation enracinée : fondements, procédures et usages* (p. 7-12). Québec : presses de l'université du Québec.
- Corbin, J. et Strauss, A. L. (1990). Grounded theory research : procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.
- (2008). *Basics of qualitative research* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Correa, O.R. (1998). La clinique groupale dans la pluri-subjectivité culturelle. Dans R. Kaës et al. (dir.), *différence culturelle et souffrance de l'identité* (154-177). Paris : Dunod.
- Cramer, B. (1999). *Que deviendront nos bébés ?* Paris : Odile Jacob.

- Csordas, T. et Kleinman, J. (1996). The therapeutic process. Dans F. Sargent et T.M. Johnson (dir), *medical anthropology contemporary theory and method*. Westport, London. Praeger.
- Daar, A. et Merali, Z. (2001). Infertility and social suffering: the case of art in developping countries. Dans world health organization (dir), *current practices and controversies in assisted reproduction* (p. 17-21). Geneva: Who.
- Dagenais, D. (2000). *La fin de la famille moderne*. Québec : les presses de l'université Laval.
- (2005). La famille est-elle une pure construction sociale ? Réflexion sur le caractère anthropologique du fait familial. Dans E.M. Meunier et J. Y. Thériault (dir), *les impasses de la mémoire. Histoire, filiation, nation et religion* (p. 157-177). Montréal : Fides.
- Dalal, F. (1994). Perspective transculturelle en psychothérapie analytique. *Connexions, identité et culture*, 1(6), 53-66.
- Daleuze, G. (1980). *Logique du sens*. Paris : éditions de minuit.
- Davis, M.K., Khowry, M. J. et Erickson, D.J. (1995). Pregnancy experience after delivery of a child with a major birth defect. *A population Study. Pediatrics*, 95 (1), 59-65.
- Dayan, J. et Trouvé, C. (2004). Désir d'enfant et PMA : quelques aspects sociologiques. *Spirale*. 4(32).
- De Loenzien, M. et Parizot, I. (1995). Migration et connaissance du sida en milieu rural camerounais : comparaison hommes-femmes. *Recherches féministes, femmes, population et développement*, 8 (1), 111-132. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/057822ar>.
- De Rosny, E. (1997). Douala : l'impossible au quotidien. *Études*, 386(4), 459-468.
- Delaisi de Parseval, G. (2008). *Famille à tout prix*. Paris : seuil.
- Demyttenaere, K., Nus, P. et Ramon, W. (1988). Les bébés éprouvette : une épreuve fascinante mais aliénante. *Contraception, fertilité, sexualité*, 16 (3) 247-251.
- Desclaux, A. (2002). Refuser d'allaiter pour protéger son enfant. La marginalité des mères séropositives en afrique. Dans d. Bonnet, m. F. Morel et c. Legrand-Sébille (dir), *allaitement en marge* (p. 69-88). Paris : Editions L'harmattan.
- Desclaux, A. et Cadart, M. L. (2008). Avoir un enfant dans le contexte du VIH : discours médicaux et liens sociaux. *Médecine/sciences*, 24(2), 53-61.
- Deslauriers, J. P. et Kerisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans j. Poupart, J. P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir), *la recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (85-111). Montréal : Gaétan Morin.
- Deustch, H. (1949). *La psychologie des femmes*. Paris : Puf.
- (1994). *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*. Paris : Puf.
- Devereux, G. (1967/1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
- (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*, paris : Gallimard.
- Devisch, R. (1984). *Se recréer femme : manipulation sémantique d'une situation*

- d'infécondité chez les Yaka du zaire*. Berlin : D. Reimer.
- Dial, F. B. (2008). *Mariage et divorce à Dakar. Itinéraires féminins*. Paris : Karthala.
- Domar, A.D., Seibel, M., Broome, A., Friedman, R. et Zuttermeister, P.C. (1992). The prevalence and predictability of depression. *Infertile women, fertility and sterility*, 58 (6).
- Donkor, E. S. (2008). Socio-cultural perceptions of infertility in Ghana. *Africa journal of nursing and midwifery*, 10(1), 22–34.
- Douville, O. (2010). Les fonctions psychiques de l'errance. *Psychologie clinique*, 30, (2), 80-93. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-2010-2-page-80.htm>.
- Dozon, J P. (1987). Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. *Politique africaine*, 28.
- Dozon, J P. et Sindzingre, N. (1986). Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle. *Prévenir*, 12.
- Duchesne, V. (2014). Repenser l'alliance matrimoniale avec l'assistance médicale à la procréation en situation migratoire. *Enfances, familles, générations*, 21, 135-149.
- Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de métaphysique et de morale*, 6, 273-302.
- Dyer, S. et Silke, J. (2007). The value of children in African countries-insights from studies on infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 20, 69-77.
- Dyer, S., Abrahams, N., Hoffman, et Van de Puy, M. (2002). Men leave me as i cannot have children : women's experiences with involuntary childlessness. *Human reproduction*, 17:1663-1668.
- Ehrlich, S. (1985). La notion de représentation : diversité et convergence. *Psychologie française*, 30, 3-4.
- Eisenberg, L. (1977). Disease and illness: distinction between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23.
- Epelboin, S. (1983). Éditorial. *Bulletin d'ethnomédecine*, 25, 3-4.
- (2014). Diversités culturelles et don de gamètes et d'embryons. *Gynécologie obstétrique et fertilité*, 42, 644–648.
- Epstein, Y. M. et Rosenberg, H. S. (2005). Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. *Fertility and sterility*, 83, 1882-1884.
- Erikson, E. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: Norton.
- Erny, P. (1991). *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique noire*. Paris : l'harmattan.
- (2000). *L'enfant et son milieu en Afrique noire*. Paris : L'harmattan, 2000 p.
- Eschlimann, J P. (1982). *Naître en terre africaine*. Bar-le-duc : Inadès.
- Étiemble, A. (2002). Les mineurs isolés étrangers en France. Évaluation quantitative de la population accueillie à l'aide sociale à l'enfance. *Quest'us association d'étude de recherche sociologique*. Récupéré de https://www.infomie.net/img/pdf/etude_sociologique_de_madame_etiemble.pdf.
- Ezembe, R. (2009). *L'enfant africain et ses univers*. Paris : Karthala.

- Fabregat, M. (2009). Défauts de transmission symbolique dans la migration. *Dialogue*, 185 (3), 29-42.
- Falander, C. A. (1983). Recent immigration, low income and associated risk factors related to mother interaction in Israel. Dans J D. Call, E. Galenson et R.L. Tyson (dir), *Frontiers in infant Psychiatry*. New York, Basicbooks.
- Faure, J. (2012). Une collaboration entre médecine africaine et médecine moderne dans un hôpital parisien. Dans L. Lado (dir), *le pluralisme médical en afrique* (261-279). Paris : Karthala.
- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient : le psychanalyste face aux stérilités féminines*. Paris : Puf.
- Feldman-Savebelsberg, P. (2002). Is infertility unrecognized public Health and population problem ? The view from the Cameroon grassfields. Dans M. Inhorn et F. Van Balen (dir), *infertility around the globe. New thinking around childlessness, gender and reproductive technologies* (p. 215-232). Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Fernandez, L. et Pedinielli, J. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84 (1), 41-51.
- Fernando, S. (1995). *Mental health in a multi-ethnic society. A multi-disciplinary handbook*. London: Routledge.
- Ferry, B. (1978). Caractéristiques et comportement de la famille à Dakar, Sénégal. Dans C. Oppong, G. Adaba, G. Bekombo-Priso et J. Mogy (dir), *mariage, fécondité et rôle des parents en afrique de l'ouest* (p. 103-122). Canberra : Université nationale Australienne.
- Fine, A. (2001). Pluriparentalité et système de filiation dans les sociétés occidentales. Dans D. Le Gall et Y. Bettahar (dir), *la pluri-parentalité* (p. 69-94). Paris : Presses Universitaires de France.
- Fortier, C. (2007). Blood, sperm and the embryo in Sunni Islam and in Mauritania: milk kinship, descent and medically assisted procreation. *Body and society*, 13 (3), 15-16.
- Fouquet, T. (2007). Imaginaires migratoires et expériences multiples de l'altérité : une dialectique actuelle du proche et du lointain. *Autrepart*, 41(1), 83-98.
- Fourez, M T. (2004). *L'enfant du désir ? Paroles de femmes, paroles de mères*. Paris : l'harmattan.
- Franklin, S. et Ragoné, H. (1997). *Reproducing reproduction. Kinship, power and technological innovation*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Freeman, E.W., Boxer, A.W., Rickels, K., Tureck, R. et Mastroianni, J.R. L. (1985). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil steril* ; 4, 48-53.
- Freud, S. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris : Puf, 1956.
- (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris : Puf, 1967.
 - (1912). La dynamique du transfert. In : *de la technique psychanalytique*. Paris : Puf, 1953.
 - (1913). *Totem et tabou*. Paris : Payot, 1980.

- (1915). *Trauer und melancholie, zur vorbereitung einer metapsychologie*, imago publishing, londres, 2008, *deuil et mélancolie, dans métapsychologie*, 145-172, Folio, 2008, traduction de Laplanche, J. et al.
- (1916-1917). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1951.
- (1919). *L'inquiétante étrangeté*. Paris : Gallimard, 1985.
- (1926). *Hemmung, symptom und angst*, internationaler psychoanalytischer verlag, leipzig, 2005, *inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, Puf, quadrige, traduction de Doron, J. et Doron, R.
- Gauchet, M. (2015). L'enfant imaginaire. *Le débat*, 183 (1), 158-166.
- Geelhoed, D W., Nayembil, D., Asare, K., Schangen Van Leeuwen, J.H. et Van Roosmalen, J. (2002). Infertility in rural Ghana. *International journal of gynecology and obstetrics*, 79, 137-142.
- Glaser, B. G. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valle, ca:Sociology press.
- (1998). *Doing grounded theory*. Mill valley. Ca : sociology press.
- (2001). *The grounded theory perspective: conceptualization contrasted with description*. Mill valley, ca : Sociology Press.
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies qualitative research*. Chicago : Aldine Publishing.
- Glick Schiller, N., Basch, L. et Blanc-Szanton, C. (1992). *Toward a transnational perspective on migration: race, class, ethnicityand transnationalis reconsidered*. New York: Academy of Sciences.
- Godelier, M. (2004). *Les métamorphoses de la parenté*. Paris : Fayard.
- Goëb, J L., Ferel, S., Guetta, J., Dutilh, P., Dulioust, E., Guibert, J. et Golse, B. (2006). Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164(9), 781-788.
- Good, B. (1977). The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Cult Med Psychiatry*, 1, 25-58.
- Goody, J. (2001). *La famille en Europe*. Paris : seuil.
- Gonzague et al., (1986) De la diversité des itinéraires thérapeutiques en ville : nécessité de les prendre en compte dans une perspective épidémiologique. Journées d'études sur Brazzaville, *Actes du colloque*, Brazzaville, ORSTOM/AGECO, 25-28.
- Gorkin, M. (1986). Counter transference in cross-cultural psychotherapy: the example of jewish therapist and Arab patient. *Psychiatry*, 49: 69-79.
- Grinberg, L. et Grinberg, R. (1986). *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*. Lyon : Cerusa.
- Groddeck, G. (1921). *Le livre du ça*. Paris : Gallimard, 1963.
- Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory : pour innover ? *Recherches qualitatives*, 26, 32-50.
- Guillemette, F. et Luckerhoff, j. (2009). L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Recherches qualitatives*, 28(2), 4-21.
- (2015). Introduction : les multiples voies de la méthodologie par théorisation

enracinée. *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 2(1), 1-11.

Guntupalli, A M. et Chenchelgudem, P. (2004). Perceptions, causes and consequences of infertility among the chenchu tribe of India. *Journal of reproduction and infant psychology*, 22(4): 249-259.

Gürtin Zeynep, B. et Inhorn M. C. (2011). Introduction : travelling for conception and the global assisted reproduction market. *Reproductive biomedicine online*, 23 (5).

Hakizimana, A. (2000). *La politique de santé reproductive et planification familiale au Burundi : contraintes issues de la contradiction entre communication et culture dans un contexte de développement*. Montréal : université de Montréal.

Hargreaves, K. (2006). Constructing families and kinship through donor insemination, *sociology of health and illness*, 28, 261p.

Hatt, G. et Hauswirth, M. (2009). Femmes victimes de viol de guerre : le secret comme moyen de résistance ? Dans B. Goguikian-Ratcliff et O. Strasser (dir), *Clinique de l'exil, chronique d'une pratique engagée* (p. 89-110). Georg : Médecine et Société.

Héritier, F. (1977). L'identité Samo. Dans C. Lévi-Strauss et J.M. Benoist (dir.), *l'identité*. Paris : Presses Universitaires de France.

- (1978), fécondité et stérilité : la traduction de ces notions dans le champ idéologique au stade préscientifique. Dans E. Sullerot (dir), *Le fait féminin* (p. 387-396). Paris : Fayard.

- (1984). Stérilité, aridité, sécheresse : quelques invariants de la pensée symbolique. Dans M. Augé et C. Herzlich (dir), *le sens du mal*. Paris : archives contemporaines.

- (1994). Stérilité, aridité, sécheresse : quelques invariants de la pensée symbolique. Dans M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (p. 123-154). Paris : Éditions des Archives Contemporaines.

- (1996). *Masculin/féminin. La pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob.

Héritier-Augé, F. (1985a). La cuisse de jupiter. Réflexion sur les nouveaux modes de procréation. *L'homme*, 24 (2), 5-22.

- (1985b). Le droit, la médecine et la vie. L'individu, le biologique et le social. *Le débat*, 36, 27-32.

- (1985d). Don et utilisation de sperme et d'ovocytes. Mères de substitution. Un point de vue fondé sur l'anthropologie sociale. *Dans actes du colloque génétique, procréation et droit*, 237-253.

- (1989). De l'engendrement à la filiation, approche anthropologique. *Topique : quels droits pour la psyché*, 44, 173-103.

Herry, K., Génot, M., Réal, I. et Neuman, D. (2008). *Le malheur de l'infertilité : prise en charge transculturelle des couples en assistance médicale à la procréation (AMP)*. Dans M.R. Moro, D. Neuman et I. Réal (dir), *maternité en exil*. Grenoble : la Pensée Sauvage.

Herskovits, M. (1938). *Acculturation, the study of the culture contact*. New-York.

Herzlich, C. (1984). Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social. Dans M. Augé et C. Herzlich (dir) : *le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie* (189-215). Paris : archives contemporaines.

- Herzlich, C. et Pierret, J. (1991). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris : Payot.
- Hofmayr, W. (1925). *Die schilluk. Geschichte und lebeneines niloten-stammes*. Anthropos-bibliothèk, modling.
- Hörbst, V. (2008). Focusing male infertility in Mali: kinship and impacts on biomedical practice in Bamako. Dans J. Brockopp et T. Eich (dir.), *muslim medical ethics: theory and practice* (p. 118-137). South Carolina University Press.
- . (2009). In the making: assisted reproductive technologies. In mali, west africa. *Anthropology News*, 50 (2), 4-5.
- Iacob, M. (2002). *Le crime était presque sexuel, epel*. Paris : Essais.
- Inhorn, M. (2003). Global infertility and the globalization of new reproductive technologies : illustrations from Egypt. *Social science & medecine*, 56, 1837-1851.
- (1996). *Infertility and patriarchy: the cultural politics of gender and family life in Egypt*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- (2002). The local confronts the global : infertile bodies and new reproductive technologies in Egypt. Dans M. Inhorn and F. Van Balen (dir), *infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender and reproductive technologies* (p. 263-282). Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- (2003). 'the worms are weak': male infertility and patriarchal paradoxes in Egypt. *Men and masculinities*, 5(3), 236-256.
- (2009). Rethinking reproductive 'tourism' as reproductive 'exile'. *Fertility and Sterility*, 92 (3).
- (2009). Right to assisted reproductive technology: overcoming infertility in low resource countries. *International journal of gynecology and obstetrics*, 106, 172-174.
- (2011). Globalization and gametes: reproductive "tourism", Islamic bioethics, and middle eastern modernity. *Anthropology and médecine*, 18 (1), 87-103.
- Inhorn, M. et Van Balen, F. (2002). *Infertility around the globe: new thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. University of California Press, 355 p.
- Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. New York, International Universities Press.
- Janzen, J M. (1995). *La quête de la thérapie au bas-zaïre*. Paris : Karthala, 287 p.
- Jaoul, M. (2011). Vécu psychologique des couples ayant recours à l'AMP. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, 75, 24-27. Repéré de www.hcsp.fr/explore.cgi/telecharger?nomfichier=ad751127.pdf *article de monique jaoul (2011)*.
- Jenkins. J. et Barrett, R. (2004). *Schizophrenia, culture and subjectivity: the edge of experience*. New-York: Cambridge university press.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : Puf.
- 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.
- (2008). L'initiation mise en dérision. *Systèmes de pensée en afrique noire*, n° 18.
- Kaës, R. (1989). Psychanalyse et représentations sociales. Dans d. Jodelet (dir.). *Les*

- représentations sociales*. Paris : presses universitaires de France.
- Kaës, R. et coll. (2004). *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod.
- Kenmogne, E. (2012). Qu'est-ce qui guérit ? *Le pluralisme médical en Afrique*, 379-394.
- Kestenberg, J. (1956a). vicissitudes of female sexuality. *Psychoanal. Assn*, 4, 453-476.
- (1956b). On the development of maternal feelings in early childhood: observations and reflections. *Psychoanal. Study child*, 11, 257-291.
- Kim, M S. et Derivois, D. (2012). Enjeux psychiques de l'entretien clinique de recherche en contexte interculturel. *L'encéphale*, 39, 360-66.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley : university of california press.
- (1988). *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. New-york : basic books.
- (1995). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley : University of California Press.
- Knibiehler, Y. et Marand-Fouquet, C. (1981). *L'histoire des mères du moyen-âge à nos jours*. Paris : Éditions Montalba.
- Knowles, C. (1991). Afro Carabeans and schizophrenia : how does psychiatry deal with issues of race, culture and ethnicity ? *J soc politics*, 20(2), 173-190.
- (1996). Racism a psychiatry. *Transcultural psychiatry*, 33(3), 297-318.
- Kouassi, K. (2004). De l'alliance à la naissance et de la classe d'âge à l'initiation (Afrique de l'ouest). Dans M.R. Moro, Q. De La Noé et Y. Mouchenik (dir). *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Grenoble : La Pensée Sauvage.
- Kübler-Ross E. (2008). *Les derniers instants de la vie*. Labor et Fides, 1975.
- La Rochebrochard (de), E. (2003). Des hommes médicalement assistés pour procréer IAD, FIV, ICSI, bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité masculine. *Population*, 58 (4-5), 549-586.
- Lachal, C. (2006). *Le partage du traumatisme : contre-transfert avec les patients traumatisés*. Collection trauma : la pensée sauvage.
- Lallemand, S. (1993). *La circulation des enfants en société traditionnelle : prêt, don, échange*. Paris, l'harmattan.
- Lambert, H. et Sevak, M. (1996). Is 'cultural difference' a useful concept? Perceptions of health and the sources of ill health among Londoners of south Asian origin. Dans D. Kelleher et S. Hillier (dir), *researching cultural differences in health*. London: Routledge.
- Laperrière, A. (1997a). La théorisation ancrée (Grounded Theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupard, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir), *la recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 309-340). Montréal : Gaétan Morin.

- (1997b). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans j. Poupart, j. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir), *la recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Montréal : Gaétan Morin.
- Laplanche, J. et Pontalis, J B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Puf. Quadrige, 2002.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Payot, Paris.
- Larousse, E D. (1994). *Dictionnaire encyclopédique illustré de la langue française*.
- Larsen, U. (2004). Infertility in sub-Saharan Africa. *Santé de la reproduction au nord et au sud : de la connaissance à l'action*, 243-256.
- Lazartigues, A. (1994). Secret et stérilité. *Nervure*, 2, 37-42.
- Le Breton, D. (2005). *Anthropologie du corps et modernité*, paris, presses universitaires de France.
- LE Gall, J. et Montgomery, C. (2009). Les pratiques transnationales relatives à la santé des migrants maghrébins au Québec (Canada). Dans F. Jorge ; A. Diogo (dir.). *Les nouvelles configurations de la mobilité humaine*, Éditions Res Socialis.
- Le Voyer, A. (2003). Quelques illustrations des processus menant au désir d'enfant. *Informations sociales*, 107.
- Lebovici, S. (2002). *Le bébé, le psychanalyste et la métaphore*. Paris : Odile Jacob.
- Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. Louvain-la-neuve : de Boeck.
- Lemaire, J G. (2005). *Le couple : sa vie, sa mort*. Paris : Payot, 357 p.
- Lemarie, J. (1967). *L'attitude des femmes face à la fécondité*. Dakar : université de Dakar.
- Lepper, G. et Riding, N. (2006). *Researching the psychotherapy process: an introduction to transcript based methods*, London, Palgrave.
- Leridon, H. (2010). L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité ? *Population et sociétés*, 471, 1-4.
- Levitt, P. et Lamba-Nieves, D (2011). Social remittances revisited. *Journal of ethnic and migration studies*, 37 (1), 1-22.
- Lévy-Bruhl, L. (1927). *L'âme primitive*. Paris : les presses universitaires de France, 1963, nouvelle édition, 451 p.
- Linton, R. (1936). *De l'homme (traduction française)*. Paris, éditions de minuit, 1968.
- Linton, R., Redfield, M. et Herskovits, M. (1936). Memorandum on the study of acculturation. *American anthropologist*, 38, 149-152.
- Löwy, I., Rozée Gomez, V. et Tain, L. (2014). Nouvelles techniques reproductives, nouvelle production du genre. *Cahier du genre*, 56, 5-18.
- Malinowski, B. (1944). *Une théorie de scientifique de la culture*. Editorial Sarpe, Madrid, 1984.
- . (1980). *Trois essais sur la vie sociale des primitifs*. Collection petite bibliothèque.
- Mallart, G. L. (1981). *Ni dos ni ventre, religion, magie et sorcellerie*. Evuzok : Paris.

- Mandelbaum, J. (2010). L'histoire de la fécondation in vitro. *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*, 1-10.
- Marcellini, A., Turpin, J. P., Rolland, Y. et Ruffie, S. (2000). Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. *Corps et culture*, 25.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot.
- Masse, R. (1997). Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux. *Revue*, 21, 53-72.
- Mathieu, S. (2012). Religion et assistance médicale à la procréation. *Sociologie*, 3, (3), 267-281.
- Mauss, M. (1930). *Notice sur les titres et travaux de M. Marcel Mauss*, Paris.
- Mauss, M. et Hubert, H. (1909). Essai sur la nature et la fonction du sacrifice. *Année sociologique*, 29-138.
- Mayaud, P. (2001). The role of reproductive tract infections. Dans J. T. Boerma et Z. Mgalla (dir.), *women and infertility. In sub-Saharan Africa: a multidisciplinary perspective* (p. 71-108). Amsterdam, NL: Kit publishers.
- Mazzocchetti, I J. (2000). Les étudiants de l'université de Ouagadougou. Dans P J. Laurent, P. Petit et M. Poncelet (dir), *l'université africaine : comparaison de trois campus universitaires*. Ucl, UBL, ULG, CIUF-AGCD.
- . (2002). Les diplômés de l'université de Ouagadougou. Dans P J. Laurent, P. Petit et M. Poncelet (dir), *l'université africaine : insertion socioprofessionnelle de jeunes diplômés*. UCL, UBL, ULG, CIUF-AGCD.
- (2007). De l'autorité à l'affect : transformation des paternités au sein de la jeunesse Ouagalaise scolarisée (Burkina Faso). *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 38 (2), 47-64.
- Mbitsi, J. (1975). *Introduction to african religion*. London : heineman, edition: st publishing.
- Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa*, New York, Morrow (réédité constamment chez penguin ; traduction française sous le titre adolescence à Samoa. *Mœurs et sexualité en Océanie*, 291-503.
- (1931). *Une éducation en Nouvelle-Guinée*. Paris, Payot. 312 p.
- Meijia Quijano, C., Germond, M. et Ansermet, F. (2008). Silences sur l'origine. *Enfances et psy*, 39, (2), 39-53.
- Meillassoux, C. (2005). *Femmes, greniers et capitaux*. Paris : L'harmattan.
- Mélanie, V. (2013). Choisir l'analyse par théorie ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives*, 15, 435-452.
- Merle-Béral, A. et Rajon, A. (2009). Figures de la soumission au soin : le système soignants/soignés modèle de l'identification à l'agresseur. *Revue française de psychanalyse*, 3 (1), 97-108.
- Michael, F. et Czerny, S. J. (2006). Le sida : la plus grande menace en Afrique depuis la traite des esclaves. *La civiltà cattolica*. Récupéré de http://www.jesuitaids.net/pdf/2006_czerny_aids_civilta_fra.Pdf.
- Missonnier, S. (2013). Périnatalité : interdisciplinarité et psychologie clinique. *Le journal des psychologues*, 6 (309), 22-26.

- Missonnier, S. et al. (2012). *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. Paris : Elsevier Masson.
- Mokoukolo, r. Et Pasquier, D. (2008). Stratégies d'acculturation : cause ou effet des caractéristiques psychosociales ? L'exemple de migrant algérien. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale* 3(79), 57-67.
- Moreau, R. (2002). La mère, l'enfant et la mort. *Analyse freudienne presse*, 6 (2), 114-120.
- Moreira, P., Fall, C., Dieng, T., Fall, A., Diouf, A. et Moreau, J C. (2008). Assistance médicale à la procréation : indications et perceptions par les couples présentant une infertilité au centre hospitalier universitaire de Dakar. *Mali médical*, 23 (1), 50-56.
- Moro, I., Moro, MR. et coll. (2004/2005). *Avicenne l'andalouse. Devenir thérapeute en situation transculturelle*. La pensée sauvage, 285 p.
- Moro, M R. (1994). *Parent en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : Puf.
- (1992). Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : L'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 71– 98.
- . (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod.
- (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en france*. Paris : Hachette, collection : pluriel ; 2004.
- . (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles* (Odile Jacob). Paris.
- Moro, M R. et Mazet, P H. (1998). Parent et enfants « sans larmes ». Nécessité d'une approche psychologique et culturelle en périnatalité. Dans P H. Mazet et S. Lebovici (dir), *psychiatrie périnatale* (p. 489-504). Paris : Puf.
- Moro, M R., De la Noë, Q. et Mouchenik, Y. (2004). *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Grenoble : la pensée sauvage.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mouchenik, Y., Baubet, T. et Moro, M. R. (2012). *Manuel des psychotraumatismes. Cliniques et recherches contemporaines*. Grenoble : La Pensée Sauvage.
- Moukouta, S. C. et Pewzner-Apeloig, E. (2002). Thérapies traditionnelles-thérapies modernes en milieu psychiatrique au Congo. Synchrétisme ou interférence ? *Ann méd psychol*, 160, 353-361.
- Moussa, H. (2012). *Entre absence et refus d'enfant : Socio anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey, Niger*. Paris, L'harmattan « études africaines ».
- Moussaoui, D. et Ferrey, G. (1985). *Psychopathologie des migrants*. Paris : Puf.
- Moustache, H. (2006). Altérité et transfert culturel dans l'analyse. *L'autre*, 19, 31-41.
- Moutsinga, H. (1973). La stérilité féminine au Gabon en consultation journalière. *Médecine d'Afrique noire*, 32-47.
- Mpase, N. (1974). *L'évolution de la solidarité traditionnelle en milieu rural et urbain au zaïre*. Kinshasa. Presses universitaires du zaïre.
- Muchielli, A. (1995). *Psychologie de la communication*. Paris : Puf.

- Murat, P. (2009). Intervention de l'état ou dynamique de marché ? Bilan et perspectives d'un juriste. Dans P. Jouannet et C. Paley-Vincent (dir.), *l'embryon, le fœtus, l'enfant. Assistance médicale à la procréation (AMP) et lois de bioéthique* (pp. 315-331). Paris : Eska.
- Mustapha, A. (2003). Processus d'acculturation et pratiques de maternage chez des mères d'origine algérienne, en maternité. *Médecine thérapeutique pédiatrie*, 6(4).
- Nathan, T. (1986a). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod : paris.
- (1986b). L'utérus, le chaman et le psychanalyste. Ethnopsychanalyse du cadre thérapeutique. *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie* (5), 17-48.
- (1987). La fonction psychique du trauma. *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 8, 7-9.
- (1988). *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*. Paris : Puf.
- Ndiaye, L. (2009). *Parenté et mort chez les wolofs : traditions et modernité au Sénégal*. Paris : l'harmattan.
- Nukunya, G. K. (2003). *Tradition and change in Ghana: an introduction to sociology* Accra, Ghana: Ghana Universities Press.
- Ocholla, A. et Andrev, B. C. (1976). *Traditional ideology and ethics among the Southern Luo / uppsala : the Scandinavian institute of African studies*.
- Oddens, B. J. (1999). Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception*, 59(5), 277-286.
- Okonofua, F. (2003). Les nouvelles technologies reproductives et le traitement de la stérilité en afrique. *African journal of reproductive Health*, 7 (1), 9-11.
- Olivier de Sardan, J. P. (1995). La politique du terrain sur la production des données en anthropologie, *enquête* 1, 71-109.
- Onusida. (2005). Rapport d'un atelier théologique consacré à la stigmatisation liée au VIH et au SIDA. *Windhoek, namibie*. Récupéré à http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1119-theological_fr.pdf.
- Orji, E.O., Kuti, O. et Fasubaa, O B. (2002). Impact of infertility on marital life in nigeria. *International journal of gynecology & obstetrics*, 79, 61-62.
- Ouellette, F. R. (2000). Parenté et adoption. *Sociétés contemporaines*, 38, 49-65.
- Page, G. (2015). Une illustration particulière de l'utilisation de la méthodologie de la théorisation enracinée dans le but de mieux comprendre le sentiment de filiation chez les parents qui accueillent un enfant en vue de l'adopter. *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 2 (1), 13-38.
- Paille, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paille, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Pairault, C. (1991). Les langages d'une éducation pour la santé. *Cahiers sciences humaines*, 27(3-4), 343-354.
- Papreen, N., Sharma, A., Sabin, K., Begum, L., Ahsan, S K. et Baqui, A.H. (2000).

- Living with infertility: experiences among urban slum populations in Bangladesh. *Reproductive Health Matters*, 8(15), 33-44.
- Parry, D. C. (2005). Women's experiences with infertility: the fluidity of conceptualizations of family. *Qualitative Sociology*, 28 (3), 275-291.
- Patuard, P. (2007). Psychisme et culture. *Revue belge de psychanalyse*. Récupéré de <http://revue.psychanalyse.be/45a.html>.
- Pham, T. et Harris, R. (2001). Acculturation strategies among vietnamese-americans. *International journal of intercultural relations*, 25 (3), 279-300.
- Pilcher, H. (2006). IVF in Africa: fertility on a shoestring. *Nature Edition*. Récupéré de www.nature.com/news/2006/060820/full/442975a.html.
- Pingeot, M. (2005). *Bouche cousue*. Paris : Julliard, 228 p.
- Prayez, P. (2003). *Distance professionnelle et qualité du soin*. France : Lamarre, 228 pages.
- Price, F. (1999). Beyond expectation : clinical practices and clinical concerns. *Technologies of procreation. Kinship in the age of assisted conception*. London/new York, Routledge; 29-52.
- Radcliffe-Brown, A. R. et Forde, D. (1953). *Systèmes familiaux et matrimoniaux en Afrique*. Paris : presses universitaires de France.
- Rappaport, J. (1994). Analytic work concerning motherhood. *Psychoanal. Rev.*, 81(4), 695-716.
- Ravololomanga, B. (1992). *Être femme et mère à Madagascar*. L'harmattan : connaissance des hommes ; 237 p.
- Reboul, J. (2001). *L'impossible enfant*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Redfield, R., Linton, R. et Herskowitz, M. J. (1936). Memorandum for the study of acculturation. *American anthropologist*, 38, 149-152.
- Revault d'allonnes, C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris : dunod.
- Revidi, P. et Beauquier-Maccotta, B. (2008). Problématiques psychiques dans les aides médicales à la procréation. *Emc psychiatrie*, 133, 37-40.
- Richards, A. (1956). *Chisungu. A girl's initiation ceremony among the Bemba of northern Rhodesia*, London, Faber, 224 p.
- Richaudeau, F. (1974). Dix-sept façons de communiquer. *Communication et langage*, 22, (2), 6-18.
- Roegiers, L. (2003). *La grossesse incertaine. De la décision médicale au lien prénatal*. Paris : presses universitaires de France.
- Rogers, R. C. (2005). *Le développement de la personne*. France : Dunod-inter éditions, 270 p.
- Ronfani, P. (2006). Droits des enfants, droits des parents. *Enfances, familles, générations*, 5, conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec (CDRFQ).
- Rosenblum, O. (2012). Enfants et adolescents infectés par le VIH. Prise en charge médico-psychologique en France. Dans P. Ferrari et B. Olivier (dir), *traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (p. (527-533).

Lavoisier : médecine sciences publications.

Rougemont, A. et Brunet-Jailly, J. (1989). *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*. Paris : Doin.

Rousseau, C. et Nadeau, L. (2003). Migration, exil et santé mentale. Dans T. Baubet, et M R. Moro (dir), *psychiatrie et migration* (p. 126-136). Paris : Masson, 126-136.

Récupéré de :

[routledge.http://www.odris.fr/documents/etudes/mineurs_isoles_etrangers.pdf](http://www.odris.fr/documents/etudes/mineurs_isoles_etrangers.pdf).

Rousseau, P. (1998). Deuil périnatal : abord transgénérationnel. *Devenir*, 10, 33-65.

Rozée gomez, V. (2015). Les normes de la maternité en France à l'épreuve du recours transnational de l'assistance médicale à la procréation. *Recherches familiales*, 12, (1), 43-55.

- (2012). L'homo-maternité issue de l'assistance médicale à la procréation en France : état des lieux d'un recours transnational. *Raison publique*. Récupéré de <http://www.raison-publique.fr/article531.html>.

Rudmin, F W. (2003). Critical history of the acculturation psychology of assimilation, separation, integration, and marginalization. *Review of general psychology*, 7(1), 3-37.

Salem, G. et Fournet, F. (2003). Villes africaines et santé. Conférence introductive 6^e congrès international francophone de médecine tropicale « santé et urbanisation en Afrique » (Dakar, octobre 2001). *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 96 (3), 145-148.

Salmi, H. et Pont-Humbert, C. (2004). *Ethnopsychiatrie, cultures et thérapies*. Éditions Vuibert, comprendre les médias, 191 p.

Sandzinge, N. (1989). La notion de transfert de représentations : l'exemple des aspects culturels de l'infortune. *Anthropologia medica*, 5-6.

Sassen, S. (2009). *La globalisation. Une sociologie inachevée*. Paris : Gallimard.

Sayad, A. (1999). *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris : Seuil, Société d'ethnographie.

Segalen, M. (2002). Les nouvelles familles. *Familles. Permanence et métamorphoses*, 63-68.

Setan, A K., Theis, A. et Tychev, C. De. (2001). Réflexions sur l'approche psychodynamique des stérilités féminines. *L'évolution psychiatrique*, 66.

Singly, F. De. (1996). *Le soi, le couple et la famille*. Paris : Nathan.

- (2007) *sociologie de la famille contemporaine*, Paris : Armand colin.

Smadja, E. (2011). *Le couple et son histoire*. Paris : presses universitaires de France. Sociology Press.

Squires, C., Jouannet, P., Wolf, J., Cabrol, D. et Kuntsmann, J. (2008). Psychopathologie et procréation médicalement assistée : Comment les couples infertiles élaborent-ils la demande d'enfant ? *Devenir*, vol. 20, (2), 135-149.

Spigel, J.P. (1976). Cultural aspects of transference and contretransference revisited. *J AM Acad psychoanal*, 4, 447-467.

Sow, F. et Bop, C. (2004). *Notre corps, notre santé. La santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne*. Paris : L'harmattan.

Stitou, R., (2005). L'exil du désir ou la difficulté de (se) mettre au monde. *Cahiers de*

psychologie clinique, 1 (24), 85-85.

Stork, H E. (1995). Gestes de maternage en situation d'immigration, enculturation, transmission, acculturation, *bulletin de psychologie*, 419.

Sturm, G., Nadig, M. et Moro M R. (2010). Writing therapies. An ethnographic approach transcultural therapies. *Forum qualitative social reseach*, 11 (3).

Suddaby, R. (2006). From the editors: what grounded theory is not. *Academy of management journal*, 49 (4), .633–642.

Sutter, J. et Berta, J. (1991). *L'anticipation et ses applications cliniques*. Paris : Puf, 128 p.

Tabong, P. T.N. et Adongo, P. B. (2013). Infertility and childlessness: a qualitative study of the experiences of infertile couples. *Northern Ghana, BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 72.

Taieb, O. et Heidenreich, F. (2003). Notions d'anthropologie de la maladie. Dans M.R. Moro et T. Baubet (dir), *psychiatrie et migration* (p. 53-59). Paris : Masson.

Théry, I. (1998). *Couple, filiation et parenté aujourd'hui. Le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*, paris : Odile Jacob.

- (2002-b). Penser la filiation. *Familles. Permanence et métamorphoses*, 211-221.

Thibaudeau, C. (2006). Mineurs étrangers isolés : l'expérience brutale de la séparation. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 64, 97-104.

Thom, R. (1976). Crise et catastrophe. *Communication*, 25, 34-38.

Thomas, W. et Znaniecki, F. (2005). *Le paysan polonais en Europe et en Amérique. Récit de vie d'un migrant (Chicago, 1919)*. Paris : Armand Colin, 446 p.

Tichit, C. (2004). Le spectre de la stérilité en Afrique centrale, de la question épidémiologique au risque social. Dans C. Gourbin (dir.), *santé de la reproduction au nord et au sud. De la connaissance à l'action*. Louvain la neuve (Belgique) : Presses Universitaires de Louvain (2009). Récupéré de : www.i6doc.com, l'édition universitaire en ligne.

Tisseron, s. (1992). *La honte, psychanalyse d'un lien social*. Paris : Dunod.

- (2000). *Nos secrets de famille. Histoires et mode d'emploi*. Paris : Ramsey, 207 p.

Toma, S. et Vause, S. (2013). On their own? A study of independent versus partner-related migration from the democratic republic of the Congo and Senegal. *Journal of intercultural studies*, 34(5), 533-552.

Torok, M. (1968). *Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis*. Universities Press. With description. Mill Valley, CA : Sociology Press.

Truffaut, L. (2004). Le travail de la migration. De la nécessaire élaboration psychique à la reconstruction identitaire. *Le journal des psychologues*, 219, 63-66. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/1028098ar> universitaires de france.

Vaillant, G.E. (1992). *Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and researchers*. Washington, American Psychiatric Press INC.

Van Balen, J. et Inhorn, M. (2002). Introduction, interpreting infertility: a view from the social sciences. Dans F. Van Balen et M. C. Inhorn (dir), *infertility around the globe. Newthinking on childlessness, gender and reproductive* (p. 3-32) technologies. Berkeley, los Angeles, London: University of California Press.

- Van Rooij, F. B., Van Balen, F. et Hermanns, J. M. A. (2004). A review of Islamic middle eastern migrants: traditional and religious cultural beliefs about procreation in the context of infertility treatment. *Journal of reproductive and infant psychology*, 22 (4), 321-331.
- Veillet-Comber, C. (2001). La démarche conjugale d'adoption : le mythe de l'enfant sauveur-sauvé. *Dialogue*, 151 (1), 95-101.
- (2002). Des enjeux de l'héritage à l'adoption. *Le divan familial*, 8 (1), 185-193.
- Vimard, P. (1993). Modernité et pluralité familiales en afrique de l'ouest. *Revue tiers-monde*, 34, 89-115.
- (1997). Modernisation, crise et transformation familiale en afrique subsaharienne. *Autrepart*, 2, 143-159.
- Weber, F. (2005). *Le sang, le nom, le quotidien : une sociologie de la parenté pratique*. La Courneuve : aux lieux d'être.
- Weiss, J. (2000). *To have and to hold: marriage, the baby-boom, and social change*. Chicago: university of Chicago press.
- Widlöcher, D. (2003). *Les modèles de communication psychanalytique*. In: *l'entretien en clinique*. Paris : In Press.
- Winnicott DW. (1960). Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self ». Dans d.w. winnicott (dir), *la mère suffisamment bonne*. Paris : Payot, Collection Petite Bibliothèque.
- (1975). La location de l'expérience culturelle. Dans D.W. Winnicott (dir), *jeu et réalité*. Paris : Gallimard.
- (1947). La haine dans le contre-transfert. Dans D.W. Winnicott (dir), *de la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 48-58). Paris : Payot.
- . (1964). Le concept de faux self. In : *conversations ordinaires*. Gallimard, paris, 1988.
- Wuest, J. (2000). Negotiating with helping systems : an example of grounded theory evolving through emergent fit. *Qualitative health research*, 10 (1), 51-70.
- Young, A. (1982). Rational men and the explanatory model approach. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, 57-71.
- Zempleni, A., (1985b). La « maladie » et ses « causes ». Introduction, *l'ethnographie*, 81 (2-3), 13-44.
- Mazoyer, A. et Bourdet-Loubère, S. (2013). Évolution du désir d'enfant après l'échec des aides médicales à la procréation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 60,(1), 97-108.

Mémoires et thèses

Akare-biyoghe, B. (2010). *Conceptions et comportements des Fang face aux questions de fécondité et de stérilité, Regard anthropologique sur une société patrilinéaire du Gabon*. Thèse de doctorat, Université Paul Verlaine de Metz ; 2010. Repéré à URL : docnum.univlorraine.fr/.../Theses/.../Akare.Biyoghe.Beatrice.LMZ1002.pdf.

Bafinamene-kisolokele, C. (1999). *La stérilité du couple : Approche théologique et pastorale en milieu ecclésial négro-africain*. Mémoire de maîtrise, faculté de théologie évangélique de Bangui. Récupéré de : palabre.files.wordpress.com/2009/.../sterilte_ch_k_bafinamene_1999a.p...

Bikoma, F. (2004). *Socialisation de la femme accomplie. Mukaas wadya mako ma bya chez les Ndzébi du Gabon*. Université Paul Valéry de Montpellier, 427 p.

Bitsi, J.A. (1997). *L'hôpital psychiatrique de Melen : Institution morcelée* (Rapport de stage de licence inédit). Université Omar Bongo.

-. (2005). *Processus de symbolisation et appartenances culturelles*. Thèse de doctorat, université de Lyon 2. Repéré à URL : theses.univlyon2.fr/documents/lyon2/2005/bitsi_ja/info.

Boye, S. (2007-2008). *La féminisation de l'infécondité conjugale à Dakar*, Mémoire de DEA. Dakar : UCAD.

Brochard, M. (2014). *Normes reproductives, infertilité et nouvelles technologies de reproduction au Sénégal : Le genre et le don*. Sciences de l'Homme et Société. Université Paris Descartes.

Chateauneuf, D. (2011). *Désir d'enfant, Procréation médicalement assistée et adoption : Réflexion sur la définition des liens de parenté*. Thèse de doctorat en anthropologie, Université de Montréal.

Fierdepied, S. (2015). *Précarité sociale, traumatisme psychique et fonctionnement limite ; une logique de survie psychique comme dénominateur commun*. Thèse de doctorat sous la direction de BAUBET et STURM, Université Paris 13.

Kolela-kabangu, V. (2009). *S'en (re) mettre au monde pour renaître à soi. Réflexion sur le travail psychique de la migration en regard de la constitution de soi et de la capacité d'accueil de la société*, Mémoire de diplôme universitaire de psychiatrie transculturelle, Université Paris 13.

Koumba, C. (2013). *Enjeux identitaires et le désir d'enfant chez les femmes gabonaises présentant une infertilité primaire et/ou secondaire*. Mémoire de master 2 psychologie, Université d'Angers.

Labib-sami, S. (2015). *Étude du fonctionnement psychique de femmes en protocole FIV suite à l'hypofertilité du conjoint. Une recherche clinique en contexte culturel égyptien*. Thèse de psychologie clinique, Université Paris Diderot.

Liboko, N. (2001). *Facteurs explicatifs des comportements sexuels des femmes en Afrique subsaharienne* (Mémoire DESS inédit). IFORD. R.

Rietman, M. (2008). *Le vécu de l'infertilité chez les Luo : entre tradition, modernité et réalité médicale*. Mémoire de master en anthropologie. Université de Montréal, p. 142.

Rouchon, J.-F. (2007). *La notion de contre-transfert culturel : enjeux théoriques cliniques*

et thérapeutiques, Thèse de doctorat, Université de Nantes.

Sellahi, S. (2010). *Réflexions psychopathologiques sur le vécu de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation chez des femmes algériennes*. Thèse sous la direction de F. DROSSART. Université Paris Diderot.

Sites Internet

Agence de la biomédecine (2009). Rapport annuel sur le dispositif de vigilance relatif à l'assistance médicale à la procréation de l'année 2008. Récupéré de : <http://www.agence-biomedecine.fr/article>.

Archive ouverte HAL, Récupéré de : <https://hal.archives-ouvertes.fr/>

Dictionnaire de l'académie de médecine, Version 2018. Récupéré de: <http://www.academie-medicine.fr/dictionnaire/>

FIV-France (2011). Statistiques FIV selon les chiffres de l'Agence de la biomédecine de 2009. Récupéré de : <http://www.agence-biomedecine.fr/article/149>

Graham R. Gibbs (24.09.2015). Grounded theory: Core elements [fichier vidéo]. Téléchargé : https://www.youtube.com/watch?v=4SZDTp3_New&t=28s.

Google Scholar. Récupéré de : <https://scholar.google.com/>

Isidore - Accès aux données et services numériques de SHS. Récupéré de: <https://www.rechercheisidore.fr/>

Persée : Accéder à des milliers de publications scientifiques Récupéré de: <https://www.persee.fr>

Psycarticles . Récupéré de: <https://www.ebsco.com/products/research-databases/psycarticles>

PsycINFO - American Psychological Association. Récupéré de : [www.apa.org > Publications & Databases > APA Databases](http://www.apa.org/Publications%20%26%20Databases/APA%20Databases)

Reuves et ouvrages en sciences humaines et sociales, Récupéré de : <https://www.cairn.info/>

Reuves.org OpenEdition. Récupéré de: www.revues.org/

Revue L'autre. Cliniques, cultures et sociétés. Récupéré de <https://www.transculturel.eu/Presentation-de-la-revue-L-autre-Cliniques-cultures-et-societes...>

ScienceDirect.com |Science, health and medical journals, full text. Récupéré de: <https://www.sciencedirect.com/> -. Récupéré de : www.em-consulte.com/article/160702/bienvenue-dans-sciencedirect

Thèses.fr : moteur de recherche des thèses françaises. Récupéré de :
<https://www.theses.fr/>

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1: Formulaire de consentement

Je, soussigné.....déclare accepter, librement, et de façon éclairer, de participer comme sujet à l'étude intitulée : **Itinéraire et vécu de l'AMP dans un contexte migratoire chez les femmes originaires de l'Afrique subsaharienne.**

SOUS LA DIRECTION DE : Yoram MOUCHENIK Professeur titulaire, Département de psychologie, UFR de Lettres, Sciences de l'Homme et de la Société ; Université Paris 13.

PROMOTEUR : Université de Paris 13

INVESTIGATEUR PRINCIPAL : Carelle Vanessa KOUMBA, étudiante en de thèse de doctorat de psychologie clinique interculturelle.

OBJECTIF DE LA RECHERCHE :

Dans le cadre de cette recherche, deux objectifs principaux, à savoir travailler sur les processus acculturatifs mis en place par la femme et sur le plan institutionnel, donner des pistes aux personnels de santé pour mieux prendre en charge ces femmes venues d'ailleurs avec leur culture. Il est question de travailler les processus acculturatifs pré et post prise en charge de l'AMP, cette recherche se donne au niveau théorique comme objectif de mettre en relief la question de l'infertilité dans la migration tout en mettant en lien avec le vécu des protocoles d'AMP afin de pallier à cette impasse généalogique.

Donc, grâce à la Grounded théorie (Glaser et Strauss, 1967) les objectifs de cette recherche sont de :

- Travailler la question de l'imaginaire lié a L'AMP dans un contexte migratoire avec découverte de l'infertilité pré ou post migratoire ;
- Travailler sur la question du vécu de L'AMP qui implique la prise en compte d'un tiers dans un processus de recherche de maternité et où la sexualité est médicalisée voire mise à nu. Ce qui diffère de la représentation de la sexualité qu'elles ont toujours connues et qui

implique uniquement le couple.

- Enfin voir à travers le matériel comment ce vécu de l'AMP transforme ou bouleverse les représentations des femmes qui y ont recours.

PARTICIPATION A LA RECHERCHE :

La participation à cette recherche consiste à rencontrer le chercheur, pour des entretiens de 45 minutes à 1 heure à un moment et dans un lieu que vous choisirez. Elle nécessite d'effectuer des entretiens semi-directifs qui consistent à répondre à une série de questions. L'entretien sera enregistré avec votre consentement, puis transcrit.

En tant qu'investigateur principal, nous nous engageons à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Ces informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche. Je vous remercie à l'avance de votre participation.

Fait à Paris

le..... 20...

Le participant

L'investigateur principal

Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

IDENTIFICATION	Nom Prénom Âge Nationalité Situation Matrimoniale Profession
-----------------------	---

Histoire du sujet

Parlez-moi de vous :

- de votre famille (au pays) : nombre d'enfants, rang dans la fratrie
- de votre entourage
- de votre couple (mariage, comment s'est passé le mariage)
- après le mariage
- comment avez-vous vécu le départ de votre pays ?
- Comment avez-vous vécu la séparation d'avec vos parents et votre entourage ?
- Votre arrivée en France (vécu de l'exil, les raisons de l'exil, les difficultés rencontrées)

Cheminement du désir

À quel moment avez-vous souhaité avoir un enfant tous les deux ?

Qui est à l'origine de ce désir d'enfant ?

La place du conjoint et de la famille ?

Pourquoi un enfant maintenant ? Avoir un enfant qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

Pourquoi devenir mère est-ce important pour vous ?

Plus jeune aviez-vous envisagé d'avoir des enfants ? Combien ?

Pour vous qu'est-ce que cela représente un père ? et une mère ?

Histoire de l'infertilité et ses représentations

Comment avez découvert vos difficultés à avoir un enfant ?

Que vous a dit le médecin (tradithérapeute) ?

Que vous a dit le médecin par rapport à votre difficulté ?
Comment avez-vous réagi face à l'annonce ? Et votre conjoint ?
Quel étaient les traitements ?
Pendant combien de temps ?
Avez-vous le sentiment que le diagnostic médical a changé quelque chose pour vous ?
Est-ce que votre famille est au courant de votre difficulté ? Pourquoi ?
Que pensez-vous de l'infertilité ?
Qu'est-ce que cela représente pour vous ?
L'infertilité remet-elle en cause votre identité de femme ?

Vécu de l'infertilité par le couple :

L'annonce de l'infertilité
Quel type d'infertilité ?
Recherche de soins adaptés
Perception de l'infertilité par le couple
Conséquence de l'infertilité sur le couple (affect-émotion).

Récit d'itinéraire en PMA

Perception des femmes sur le vécu de la PMA.
Qu'en est-il du codage culturel ?
Réussite ou échec de la PMA ?
La qualité des liens avec l'équipe médicale de la PMA qui peut avoir une influence sur la réussite.
Représentation de l'enfant et de la maternité
Comment s'est passée votre première consultation PMA ?
Après la première consultation qu'est-ce que votre médecin vous a expliqué par rapport à votre cas ?
Comment avez-vous vécu l'attente des résultats médicaux et la suite du traitement ?
Quel type de technique vous a-t-on choisi par rapport aux bilans hormonaux et sanguins ?
Combien de protocole avez-vous fait depuis le début du traitement ?
Comment avez-vous vécu cette période d'attente de la grossesse ?
En cas d'échec, comment avez-vous vécu cet échec ?
En dehors des médecins avez-vous consulté d'autres personnes par rapport à votre difficulté de concevoir ?

Références traditionnelles

1-Selon vous l'infertilité a-t-elle une origine traditionnelle ?

Avez-vous une explication personnelle sur votre infertilité ? Comment expliquez-vous la référence à cette origine ?

Avez-vous reçu des soins traditionnels ?

Pensez-vous en être victime ?

Un traitement a-t-il été suivi ? oui/non ?

Que pensez-vous du recours à la médecine moderne dans le traitement de l'infertilité ? Que pensez-vous de l'efficacité des traitements médicaux ?

Que pensez-vous du recours aux thérapies traditionnelles dans le traitement de l'infertilité ?

Selon vous si une femme a des problèmes pour enfanter qui doit-elle consulter en premier ?

Quel est votre itinéraire thérapeutique par rapport à votre situation ?

Annexe 3:Résumé des entretiens pris en compte dans l'analyse transversale par théorisation ancrée

Des 17 entretiens de notre recherche, je fais un résumé de onze autres entretiens qui n'ont pas été utilisés lors de l'analyse thématique. Cependant, ces entretiens ont été pris en compte dans l'analyse par théorisation ancrée.

1.1 Résumé d'entretien : Francine

Francine est une jeune femme de 35 ans, originaire du Sénégal. Elle m'accorde un entretien à la suite d'une consultation. Elle évoque le fait qu'elle n'a pas beaucoup de temps à m'accorder et qu'on pourra se voir durant sa pause déjeuner. Le jour de l'entretien, je l'ai sentie très à l'aise et contente de pouvoir aborder les difficultés liées à son vécu d'échecs de tentatives de FIV. Elle évoque avec nostalgie la première tentative de FIV qu'elle a faite et qui s'est soldée par une première grossesse. Elle me parle longuement de cette tentative et de ce médecin qu'elle trouvait bienveillante dans les actes qui, pour elle, étaient trop techniques. Elle parle aussi de cette salle de la ponction qui n'était pas trop éclairée et qui, selon elle, préservait l'intimité de l'acte et le nombre de personnes était restreint. Lorsqu'elle revient pour un deuxième désir de maternité, elle dit être confrontée à diverses difficultés qui, selon elle, sont à l'origine des échecs. Elle parle de rupture de l'intimité face à l'acte de la ponction. En effet, selon elle, il y avait trop de monde qui regardait et leur présence n'était pas nécessaire. Elle parle de la souffrance liée aux traitements, les horaires qu'il faut respecter. Elle dit désormais, dans une forme d'identification, comprendre la souffrance des femmes qu'elle rencontrait lors de sa première tentative qui s'était soldée par une grossesse. Ces femmes évoquaient la longueur et la lourdeur des traitements, y compris les échecs.

Au cours du second entretien qui se passe dans le même café parisien, Francine évoque son arrivée en France pour un regroupement familial. Elle a rencontré son mari au Sénégal, le mariage a été organisé par la famille. A son arrivée, elle continue ses études en comptabilité et c'est après l'obtention de son contrat à durée indéterminée que le couple décide de faire un enfant. Mais, après plusieurs tentatives, le couple décide de consulter et un diagnostic d'infertilité masculine est déclaré. Francine me raconte qu'elle était partie avec l'idée qu'elle était responsable de l'infertilité. Donc, elle avait anticipé les possibilités de prise en charge et parle du succès de la première tentative. Elle arrive à faire des liens entre les conditions du premier transfert, qui inclut un tiers médecin et le biologiste qui

pratique l'acte qui s'est soldé par une grossesse, et d'autres tentatives où il y avait plusieurs « tiers » et qui se sont soldées par des échecs.

Elle évoque tout de même son parcours migratoire et parle des avantages de la migration. Elle a pu terminer ses études de comptabilité, profiter des voyages avec son mari et surtout de l'indépendance vis-à-vis de cette famille. Mais la famille était dans l'attente d'un enfant. Une fois que le couple découvre que l'infertilité est d'origine masculine, Francine surprotège son mari et endosse la responsabilité de l'infertilité auprès de la famille et de la belle-famille. La question de l'infertilité et de son origine est gardée dans le cercle du couple, mais Francine reste toutefois ambivalente et évoque la question avec sa mère sans désigner la personne qui est responsable de l'infertilité. Sa mère, tout en la soutenant et en la rassurant, lui propose de consulter un tradithérapeute, d'acheter des médicaments afin de déboucher les trompes, mais le couple refuse d'adhérer pour des raisons religieuses. Cela fait aussi référence à un couple qui s'est émancipé des normes de la maternité car les projets professionnels du couple étaient plus importants que la nécessité et la pression familiale quant à l'envie, voire l'injonction de fonder une famille. Un discours négatif se manifeste en ce qui concerne les soins traditionnels, elle parle des effets de ses médicaments sur le corps de la femme.

1.2 Résumé d'entretien : Raïssa

Raïssa, préparatrice de commandes, âgée de 38 ans, originaire du Congo Brazzaville, en couple depuis trois ans et mère de trois enfants tous issus de la FIV avec son ancien conjoint décédé. Elle vit en France depuis 15 ans, elle a grandi au Congo en milieu urbain. Le jour de la prise de rendez-vous, elle m'explique qu'elle préfère qu'on se rencontre hors de l'hôpital. J'accepte de la rencontrer dans un centre commercial sur des bancs publics. Je n'étais pas à l'aise pour aborder des questions qui impliquent l'intimité du couple. Mais spontanément, elle m'explique avoir un problème de trompes obstruées qui ont été enlevées à la suite de cinq grossesses extra-utérines. Aucune explication scientifique par rapport à ses grossesses extra-utérines multiples.

En 2000, première année en France, elle fait une GU, puis suit un traitement auprès de son gynécologue. Par la suite, elle fait un premier traitement de fécondation in vitro auprès du Dr Laborrier. Les premières consultations sont destinées aux examens biologiques, au bilan hormonal et au contrôle visuel de l'état des trompes à travers une hystérosalpingographie. Elle mentionne le fait que les tentatives n'étaient pas aussi longues

auparavant et se plaint désormais de la durée des traitements qu'elle associe à son âge. Car on sait que plus l'âge avance, plus les chances de réussite s'amenuisent. Elle aborde l'échec de la première tentative qui, dit-elle, ne l'a pas beaucoup affectée car elle était jeune et avait encore du temps pour faire une nouvelle tentative.

Elle évoque la deuxième tentative qui aboutit à une grossesse, neuf mois plus tard elle accouche d'une petite fille (2003). Puis six mois plus tard, deuxième GU où l'on retire la trompe gauche (2004). Lorsqu'on lui retire la trompe gauche elle garde espoir de faire encore des enfants avec la seule trompe qui lui reste.

La première tentative est plus longue car le traitement est lourd et après survient la ponction d'ovocyte et l'implantation. En revanche, la deuxième tentative était plus facile car le traitement était très simple et cela a très vite abouti à une grossesse. Elle évoque la difficulté de ce parcours qui est le fait de tomber enceinte et qu'ensuite on n'arrive pas à garder la grossesse jusqu'à son terme, « C'est vraiment démoralisant et déprimant à la fois, cela vous plonge dans un état de désarroi et de tristesse ». Dans le même cycle elle tente à nouveau et tombe enceinte de jumeaux (fille et garçon) en 2007. Puis en 2010 survient le décès de son conjoint et père de ses enfants.

A la suite du décès du père de ses enfants, elle se met en couple avec un nouveau conjoint avec lequel elle souhaite fonder une famille recomposée, elle ayant trois enfants d'une ancienne union et lui un enfant qu'il ne voit jamais parce que sa fille est rentrée vivre dans leur pays d'origine. Le désir de maternité est désir de consolidation du couple. En effet, l'enfant dans la culture africaine est souhaité comme le socle du couple et celui qui vient pour consolider la famille. Ils décident d'avoir un enfant mais une fois de plus, la grossesse se solde par une GU qui pousse le médecin à lui retirer la deuxième et unique trompe qui lui restait.

Elle évoque la souffrance et le sentiment d'anéantissement de cette opération. C'est à ce moment qu'elle me dit avoir perdu tout espoir de procréer à nouveau et surtout, elle perdait un élément de sa féminité. Même si les trompes sont des parties internes, cela représente la féminité et la maternité de la femme. Une fois la phase d'abattement dépressif passée, le couple décide de consulter à nouveau et de se lancer dans un projet de maternité. Cependant, la découverte de l'hépatite virale du couple met en suspens le projet de maternité. Le couple est désormais obligé de traiter l'hépatite B et d'attendre l'accord de l'hépatologue pour continuer la prise en charge d'AMP. Ils sont ensuite réorientés au centre de PMA de Bichat qui est le seul centre de FIV qui s'occupe des couples ayant des pathologies lourdes (VIH, Hépatite B ou C) afin d'éviter les risques de transmissions à

l'enfant.

Après une longue attente qui paraît interminable et qui angoisse Raïssa à cause de son âge, le couple a enfin eu l'accord de l'équipe médicale pour une FIV en décembre. Raïssa étant en plein protocole de FIV, je propose un deuxième rendez-vous pour juger de son état émotionnel juste après la FIV et voir comment elle vivra l'aboutissement des protocoles. Mais elle est tellement prise par les rendez-vous qu'elle préfère que nous annulions notre deuxième rendez-vous. J'apprends par l'équipe de soins que la tentative n'a pas abouti et que probablement, Raïssa était dans un état d'abattement dépressif qui a sans doute entraîné un abandon des traitements.

1.3. Résumé d'entretien : Annie

Annie est une jeune femme de 25 ans. Elle m'accorde un entretien à son domicile, au sortir d'une consultation de biomédecine. Durant la consultation biomédicale, le médecin lui a annoncé qu'elle souffre d'une insuffisance ovarienne. Cela signifie que ses ovules ressemblent à ceux d'une femme ménopausée. Une FIV n'était pas envisageable dans ces conditions, mais plutôt un don d'ovule. Nous avons constaté que cette annonce a été traumatique pour Annie, car cela l'a laissée dans un état de sidération. Mais elle refuse la proposition de don d'ovule au Sénégal et un don d'enfant intrafamilial.

Le jour de notre entretien, Annie me propose de prendre le repas avec elle, chose que je décline poliment. Voulant faire preuve de l'hospitalité propre à son univers culturel, elle me propose à boire. Elle m'explique qu'au Sénégal, lorsqu'un étranger arrive chez vous, avant de parler des choses importantes, on lui offre un verre d'eau et on prend les nouvelles de la famille. Elle me propose un thé que j'accepte, tout en évoquant le temps qu'il fait et les différents présidents qui dirigent nos pays respectifs.

Puis, j'aborde les raisons de ma présence, elle évoque immédiatement la dernière consultation de biomédecine à laquelle j'ai assistée. Elle revient sur l'annonce traumatique et la possibilité de don d'ovule qui lui a été proposé par le médecin. Puis elle évoque son ressenti et les raisons de ce refus. Si elle accepte ce don, elle sera redevable à vie à une personne qu'elle ne connaît pas. De plus, elle me dit qu'elle aura toujours le sentiment que cet enfant n'est pas le sien. Toutefois, ce qui l'inquiète le plus, c'est de savoir que son mari prendra une seconde épouse et que l'harmonie de son foyer sera menacée par l'arrivée d'une autre. Ce qu'il faut comprendre, c'est le fait que la polygamie, vient menacer l'équilibre du couple dans la migration. Grâce à la distance géographique, le couple a été

protégé des injonctions, de la pression familiale et ses désirs.

Elle me raconte qu'elle s'est mariée à l'âge de 18 ans et que c'était un mariage arrangé par les deux familles. Avant de venir rejoindre son mari, elle s'est installée chez sa belle-famille durant des années. À son arrivée en France, elle a vécu avec son mari et ses beaux-frères, puis elle s'est installée avec son mari. Elle évoque les difficultés liées à la migration, la solitude et les difficultés d'intégration. Elle me dit que sa famille, ses frères et sœurs lui manquent. Elle en vient à aborder de nouveau la question de l'AMP, qu'elle considère comme le dernier recours possible pour la sortir de cette impasse. Néanmoins, malgré les inséminations réalisées, elle ne trouve aucune solution. Elle envisage de partir dans son pays, afin de trouver des solutions face à ce problème.

Ce qui est d'autant plus étonnant que, 3 ans après, Annie me recontacte, car je suppose qu'elle a consulté un autre médecin dans un autre centre et que la proposition de don d'ovule qu'elle a toujours refusée refait surface. Elle me recontacte pour qu'on puisse en discuter. J'accepte de la rencontrer, car je pars de l'idée qu'elle m'a investie comme médiatrice entre l'équipe de soin et la culture. Par conséquent, je serai à même de pouvoir lui expliquer le don d'ovule voire de la convaincre face à ce choix qui est difficile à accepter pour elle. Mais, le jour du rendez-vous, Annie m'annonce qu'elle l'annule sans aucune explication.

1.4. Résumé d'entretien : Josiane

Femme de 36 ans, sans emploi, originaire du Congo Kinshasa, mariée depuis 2012. Josiane arrive en France depuis 2010 et elle vit avec son conjoint depuis 2005. Le couple a déjà un enfant de 3 ans et demi. Je rencontre le couple à son domicile familial, Josiane est assise un peu en retrait avec un sourire de façade. Elle me donne l'impression d'être une femme soumise qui n'a pas droit à la parole. J'apprends lors de la consultation de biomédecine que l'infertilité est d'origine masculine. Cela fait sens dans la mesure où elle hésite à prendre la parole devant son conjoint. Elle porte la lourde responsabilité de l'infertilité auprès de la belle-famille. Devant moi, elle se trouve face à un conflit de loyauté, car me parler des difficultés qu'elle vit serait une façon de dénoncer son mari. Josiane me raconte qu'on lui a décelé une anémie lors de sa première grossesse et que cela a abouti à un autre problème qui les a poussés à avoir un autre avis médical. Mais tout cela dans un discours flou dû aux difficultés de madame à s'exprimer en français. Par ailleurs, en consultant le dossier médical, il apparaît clairement qu'il s'agit de l'annonce de

l'hépatite virale B qui a été à l'origine de l'arrêt des traitements et que le couple a pu reprendre les traitements une fois les charges virales stabilisées.

Lors de la première consultation de biomédecine à laquelle j'ai assisté, le conjoint était absent, la consultation fut longue car il a fallu l'appeler pour obtenir certaines informations sur ses antécédents médicaux. Il a été remis à madame des ordonnances pour effectuer des bilans sanguins pour son mari et elle-même. Lors de notre entretien, elle aborde la lourdeur des examens et sa déception face à ses attentes. Pour elle, le fait d'avoir eu l'accord de l'hépatologue était synonyme de début de FIV et non de réalisation d'autres examens qui leur feraient perdre du temps.

On constate que le couple n'était pas bien informé sur les différentes techniques et procédures d'AMP. Il a fallu que nous reprenions ensemble le livret d'information et que nous revenions sur ce que le médecin avait déjà expliqué. Du reste, le désir d'enfant semble un désir d'agrandir la famille et de donner un frère ou une sœur à leur enfant. Je les ai sentis très détendus face à mes questions sur le désir de maternité et les raisons de leur prise en charge en AMP.

Par crainte des commérages, le couple refuse l'enregistrement et préfère que je prenne des notes, mais malgré ce refus, je constate que le mari reste hyper-vigilant face à ma prise de note, une hyper-vigilance anxieuse de ce qui va être écrit sur eux, de ce que je vais en faire et à quel public mon travail s'adresse.

1.5. Résumé d'entretien : Pauline

Pauline, 28 ans, est originaire d'Afrique subsaharienne. Je la rencontre durant la période d'observation effectuée au sein du service d'AMP. Pauline se marie très jeune, à 18 ans, dans son pays, elle rejoint son mari 10 ans plus tard en passant par le Portugal. A son arrivée en France, Pauline me dit ne parler aucun mot de français. Ainsi, dans la migration, avec les difficultés d'intégration et la pression sociale du groupe familial, s'installe le désir de maternité. Désir pour consolider le couple et désir pour sortir de la solitude migratoire. Mais, après plusieurs tentatives infructueuses, le couple décide de consulter pour des problèmes de fertilité. Le diagnostic d'obstruction tubaire pour madame et d'anomalie spermatique pour monsieur favorisent une forme d'incompréhension au sein du couple, avec rejet mutuel de la faute de l'un à l'autre. De plus, le couple se trouve contraint de changer de centre d'AMP, de suspendre le traitement d'AMP en raison de la découverte d'un risque viral ; celui-ci doit être traité avant la suite du traitement afin d'éviter les

risques de contamination mère-enfant. Des traitements sont mis en place sans aucun résultat, madame abandonne les traitements à cause de la précarité sociale et de la décision du mari qui a demandé le divorce.

Au moment où je rencontre Pauline pour notre entretien, elle m'annonce être enceinte. Je suis d'autant plus surprise de cette annonce et de la raison de sa venue au Centre d'AMP. Elle me dit être venue faire son certificat de grossesse et avoir demandé à son médecin de la suivre durant sa grossesse. On constate que ce médecin a été investi par Pauline comme une figure maternelle et soutenante. Elle évoque les difficultés qu'elle a rencontrées durant une année. Son mari a demandé le divorce et l'avait répudiée, elle vivait désormais dans un centre d'hébergement du 115. Là, elle a fait la rencontre d'un homme et est enceinte de ce dernier. Tout ceci pour montrer que, les déficits peuvent se potentialiser, se conjuguer et être à l'origine d'une infertilité du couple. Dans le cas de Pauline, l'infertilité a été à l'origine de la demande de divorce du conjoint. Monsieur, en demandant le divorce à son épouse pour des raisons d'infertilité, fait intervenir ses références culturelles quant aux solutions envisagées en cas d'infertilité (divorce ou polygamie).

1.6. Résumé d'entretien : Nina

Nina est une charmante femme de 35 ans bien apprêtée que je vois pour la première fois à la consultation. Elle accepte de me rencontrer dans le cadre de ma recherche. D'emblée, elle m'annonce qu'elle n'aura pas grand-chose à me dire car je suis informée de tout ce qu'elle fait au centre d'AMP. Du reste, elle abordait des questions plus personnelles avec la psychologue du service, elle ne voit donc pas l'intérêt de cet entretien. Je l'ai sentie très réticente devant l'inconnu que représente l'entretien, qui peut être angoissant pour les personnes qui y sont confrontées. Elle aborde son double parcours migratoire ; il faut dire que Nina est d'origine camerounaise (elle est de la partie anglophone du Cameroun). Elle migre d'abord aux Pays-Bas où elle fait la rencontre de son mari. Elle effectue ensuite une seconde migration en France, où elle dit être venue chercher de meilleures conditions de vie. Elle s'installe en 2008 et obtient son titre de séjour la même année pour des raisons de santé. Mais Nina reste vague sur sa maladie, comme si elle avait honte de l'évoquer. Nous apprenons au fil des consultations de biomédecine qu'il s'agit du VIH. Cela fait sens, dans la mesure où en Afrique les représentations des modes de transmission du VIH sont négatives et les personnes atteintes de VIH sont rejetées par l'entourage familial. Les raisons de la prise en charge sont doubles, d'une part il faut dire que le couple est séro-

discordant, donc il faut éviter les risques de transmission du virus au conjoint qui est en bonne santé. D'autre part, l'AMP est sollicitée afin d'éviter les risques de contamination mère-enfant. Je peux penser que Nina avait honte d'aborder la question de l'infection qui est sans doute une double souffrance dans un parcours déjà difficile. Je ne me sentais pas autorisée à aborder cette question dans la mesure où cela n'était pas la raison pour laquelle je l'ai interrogée, d'autant plus que le risque de réveiller des souffrances mal élaborées était réel et que je souhaitais éviter de glisser vers un travail thérapeutique qui n'était pas le but de cette recherche.

Nina évoque avec un sourire nostalgique sa famille et les différents deuils qu'elle a vécus et probablement pas encore surmontés. Elle parle longuement du décès de sa mère, aux funérailles de laquelle elle n'a pas pu se rendre. Elle évoque aussi le décès de son frère, chauffeur de taxi qui est mort des suites d'un accident. Elle me dit avoir un fils de 15 ans qui vit avec son père. J'en déduis que le désir d'enfant n'est pas désir de contourner cette maladie qui est susceptible de placer quelqu'un dans une position de « mort sociale » et de personne incapable de transmettre. Il s'agit plutôt d'un désir de gratifier ce conjoint qui ne la juge pas et ne l'a pas rejetée comme l'a probablement fait sa famille. Pour finir, elle évoque la possibilité de consolider leur mariage par un mariage traditionnel au pays. Ce mariage et la venue de cet enfant serait une façon pour elle de se faire accepter à nouveau par sa famille et de balayer les préjugés liés au Sida, propres à son univers culturel. Nina me semble gênée et pressée de partir. Elle me propose un autre rendez-vous lors de sa prochaine consultation de biomédecine. Mais elle n'a pas souhaité poursuivre notre entretien. Je pense probablement que c'est à cause de ses origines africaines. J'ai été identifiée certainement à sa famille qui l'a jugée et le sentiment de honte a pu resurgir lors de cet entretien. Enfin, elle a peut-être eu peur de ce que j'allais faire de mes notes, et elle a pu se demander à qui celles-ci allaient être adressées.

1.7. Résumé d'entretien : Martine

Martine est une femme d'origine malienne que je rencontre à la consultation de biomédecine. D'un premier abord, elle me semble triste avec un accoutrement digne d'une cérémonie de deuil. En effet, Martine est tout de noir vêtue. J'avais aussi l'impression qu'elle se retrouvait là par hasard et ne comprenait pas vraiment les explications du médecin sur la nécessité de la présence de son mari pour des prises de sang. Lorsque le médecin lui demande si elle veut participer à ma recherche, elle accepte volontiers mais

sans aucun enthousiasme, comme si cela faisait partie des contraintes de l'AMP.

Lors de notre rencontre, elle me dit être venue en France rejoindre son mari qui était étudiant. Durant cette période, elle est restée dans une situation de clandestinité et de crainte d'être expulsée par la police. Elle avait peur de sortir de chez elle, elle restait enfermée des journées entières alors que son mari allait à l'école. Elle me dit avoir supporté cette situation car elle pensait que c'était une migration temporaire et qu'une fois les études de son mari finies, ils rentreraient au pays comme convenu. Cependant, à la fin des études, le projet change, monsieur décide de chercher du travail, mais il n'en trouve pas ; par conséquent, il est contraint de rentrer et de laisser sa femme qui reste pour donner une bonne éducation à leur premier fils, né d'une insémination artificielle. Je peux dire que le projet migratoire qui n'était pas au départ porté par Martine, change, elle se l'approprie, il devient sien. Elle justifie son choix de rester malgré les difficultés d'intégration qu'elle a traversées (solitude, difficultés liées à la langue française). Ce désir de repartir au pays et cette envie de rester constitue ainsi l'ambivalence du projet migratoire chez Martine. D'un côté on a envie de repartir retrouver sa famille, ses amis, les plats du pays. De l'autre côté, on a envie de rester afin de donner de meilleures conditions de vie à sa progéniture. Tel est le paradoxe du parcours migratoire des personnes attachées à leur culture.

Puis, elle évoque ses premières tentatives qui ont été une réussite, elle dit ne s'être pas inquiétée car elle avait espoir que cela aboutirait à une grossesse. Ce fut le cas dès la seconde tentative où les embryons étaient matures, et cela a été une réussite. Mais lorsqu'elle revient pour un second désir d'enfant, les choses lui paraissent plus compliquées. Elle multiplie les échecs dans ses tentatives, les examens médicaux de son mari sont à renouveler, sachant qu'il n'est pas prêt d'être là, ce qui retarde le processus d'AMP. Toutes ces difficultés la plongent dans le désespoir et un découragement tel qu'elle abandonne les traitements. Cela m'amène à lui poser la question d'un éventuel soin traditionnel durant la période d'abandon des traitements médicaux. Elle me répond sur un ton assez défensif qu'elle est musulmane et croyante, et que la religion interdit de faire appel aux marabouts ou aux guérisseurs. Puis, elle critique les soins traditionnels et les inconvénients qu'ils peuvent avoir sur le corps de la femme « *Je n'ai pas confiance au traitement qu'il donne, le fait de boire des trucs je n'aime pas cela, à cause de l'hygiène des médicaments me dérange, c'est ce qui me retient mais je ne suis pas pour autant contre* ». Les problèmes de fertilité dans la migration, comme nous l'avons constaté au fil des entretiens, sont protégés dans l'espace du couple. Quelquefois, lorsque la mère représente une image protectrice et rassurante, elle peut être mise dans la confiance. Mais

dans le cas de Martine, la famille ne l'est pas. À la suite de cet entretien, j'envisageais de revoir Martine pour un second entretien mais elle n'avait pas honoré ses rendez-vous et n'avait donné aucune explication à l'équipe de soin. Je l'ai rappelée une fois en laissant un message, mais je n'ai pas insisté, au risque de paraître intrusif.

1.8. Résumé d'entretien : Mathilde

Les deux rendez-vous avec Mathilde se déroulent dans un lieu public. Les conditions d'entretien n'étaient pas adéquates car nous étions tout le temps interrompues par les touristes qui venaient s'installer sur les bancs. Cela avait pour conséquence d'interrompre le discours et les associations d'idées faites par Mathilde. Les silences à ce moment étaient lourds de sous-entendus, aussi bien pour nous que pour les personnes présentes à nos côtés. Pour elle et moi, cela était synonyme de dérangement dans notre entretien. Pour les autres, ces moments de silence leur faisaient comprendre qu'ils étaient en trop, ce qui les amenait à présenter leurs excuses et à s'en aller aussitôt.

Soulignons que Mathilde a 29 ans ; elle est d'origine béninoise et est mère d'un adolescent de 13 ans qu'elle a eu assez jeune. Lorsque sa mère a migré pour l'Europe, elle est restée vivre avec son père. En raison du décès de celui-ci, elle est venue rejoindre sa mère par le biais du regroupement familial. Néanmoins, elle est contrainte de confier son fils de 1 an à sa grand-mère, qui s'en est occupée jusqu'à ce qu'elle décide de le récupérer à son tour. On peut remarquer une forme d'identification, voire de répétition avec sa mère en termes de fonctionnement. Elles sont parties toutes les deux en laissant derrière elles leurs enfants. Mathilde, durant cette période de migration, a vécu à la fois la douleur de la mort de son père et la séparation d'avec ce père qui a été probablement traumatique pour elle. Cette période a été d'autant moins facile pour elle, que sa mère avait fondé une nouvelle famille avec de nouveaux enfants et un conjoint. Quant à Mathilde, elle avait le sentiment de ne pas être à la bonne place. « *Je ne me sentais pas chez moi, chez moi c'était chez mon père* » me dit-elle. Elle évoque son père avec une tristesse dans la voix, elle le décrit comme la personne qu'elle aimait le plus au monde : « *c'était mon idole, je l'aimais* », comme si elle n'avait pas surmonté la conflictualité œdipienne. En effet, les femmes amoureuses de leur père n'arriveraient pas à projeter cet amour vers un partenaire, chez qui, elles rechercheraient la perfection qu'elles retrouvent uniquement chez leur père. Cette fixation œdipienne ne permettrait pas à ces femmes de se libérer de la figure du père dans leur couple, et leurs relations conjugales se traduiraient seulement par des essais

infructueux de répétition de leurs relations au père. Étant conscientes de ce fantasme incestueux qui est socialement prohibé, ces femmes n'arriveraient pas à s'imaginer la conception d'un enfant, car il serait inconsciemment considéré comme celui de leur père, donc le fruit d'un amour interdit.

À cela s'ajoute la relation conflictuelle qu'elle a avec sa mère. Elle parle de cette mère comme une femme avec laquelle elle n'a jamais eu de bons rapports. Cette mère a été vécue comme abandonnique. Avec l'arrivée de son fils, les relations avec sa mère se sont apaisées, cette identification dans la façon de récupérer son fils l'a probablement réconciliée avec la figure maternelle et lui a permis de désirer une seconde maternité. Comme si cette haine envers la figure maternelle ne permettait pas à Mathilde de se projeter dans son rôle maternel. Lorsqu'elle s'engage dans un projet d'enfant, elle fait deux grossesses extra-utérines qui manifestement aboutissent à l'ablation des trompes. Ce qui est l'une des raisons de la présence du couple au centre d'AMP. Cela est couplé par la découverte d'une hépatite virale B, qui suspend et rallonge le traitement de FIV. Puis, Mathilde évoque lors de ses tentatives de FIV qu'au moment de l'annonce des résultats, l'équipe ne fait pas preuve d'empathie et de réassurance. Selon elle, cette annonce est plutôt banale, comme si on vous communiquait une simple information et que l'on vous demandait de reprendre rendez-vous pour une prochaine tentative. Le médecin ne se préoccupe pas de l'état émotionnel des patientes.

Au vu de son besoin d'en parler, je l'oriente vers la psychologue du service afin qu'elle puisse aborder son ressenti et les difficultés liées à la prise en charge. Une autre difficulté évoquée est le regard de l'entourage qui juge. Cela favorise un repli social, le couple évite toutes les réunions ou les repas en famille ou entre amis où on leur pose des questions sur l'enfant qui tarde à venir. Les traitements traditionnels sont diabolisés au détriment des traitements médicaux. Cela peut être l'une des causes de l'acculturation ou une forme d'ambivalence.

1.9. Résumé d'entretien : Nadine

Nadine est une femme d'origine nigérienne vivant en France depuis 2012. Elle m'invite chez elle pour l'entretien. Elle est venue en France dans un cadre professionnel car la société dans laquelle travaille son mari lui a proposé un poste. Nadine me dit occuper ses journées en suivant une formation d'assistante médicale en ligne. Mais, au moment de notre entretien, elle me dit être à la recherche d'un lieu de stage pour valider son diplôme.

Elle est deuxième d'une fratrie de trois enfants, elle me dit être la seule qui est mariée et n'a pas d'enfant. Avant son arrivée en France, elle a été suivie par un médecin car elle faisait beaucoup de fausses couches. Avant leur départ du Niger, le médecin lui a proposé de suivre un traitement, mais en raison du départ pour l'affectation, elle a dû interrompre le suivi. Cela montre que les femmes qui viennent en migration et qui ont des problèmes de fertilité sont suivies avant leur départ. Même si ces traitements ne sont que de première intention et que les techniques d'AMP peuvent être envisagées en dernier recours. Cela a pour conséquence des prises en charge trop longues, qui allient thérapies traditionnelles et biomédecine dans une sorte de cumul thérapeutique. À son arrivée en France, Nadine est perdue, elle n'a aucune indication, elle ne connaît pas le système médical français. Elle a mis une année pour obtenir un rendez-vous. Au début de la prise en charge, ils sont confrontés à l'annonce d'une hépatite virale au sein du couple. Au départ, les résultats sont séro-discordants. Alors, le médecin demande de les refaire à nouveau et le couple est déclaré porteur de l'hépatite virale. Aucun suivi n'est entrepris car la charge virale est stable. Le couple est dans une incompréhension et un déni du diagnostic car les résultats sont négatifs une fois sur deux. Avec l'annonce de ce diagnostic, Nadine a des préoccupations autour de la mort, elle craint de mourir de cette maladie dont les représentations sont négatives.

Toutefois, le couple fait appel aux soins traditionnels pour stabiliser l'hépatite. Ces soins sont utilisés dans une sorte de métissage car Nadine utilise le diagnostic de biomédecine pour trouver des solutions. Au moment de débiter les tentatives d'inséminations, Nadine apprend qu'elle est enceinte. Quelques semaines plus tard elle est obligée d'interrompre cette grossesse car le médecin détecte des anomalies. Nadine est prise dans l'urgence de stopper cette grossesse et la demande de l'équipe de continuer les inséminations après cet avortement, qu'elle n'a pas eu le temps d'élaborer autour de ce deuil. Elle enchaîne les inséminations et remet tout dans les « *mains de Dieu* ». Puis, elle évoque longuement la douleur physique liée à l'acte de ponction qui, selon elle, ne se serait pas bien passée. Dans sa plainte, on entend aussi une douleur psychique car elle évoque la déception de devoir annuler la ponction car il n'y avait selon le biologiste aucun follicule mature. Malgré toutes ses souffrances, elle continue les traitements à son corps défendant car elle se plaint à chaque fois de douleurs (hyper stimulation) qui favorisent le gonflement des ovaires. La religion lui permet dans un mécanisme de résilience de pouvoir continuer sans sombrer dans la dépression. Elle a dû mettre de côté les traitements, faire un tour à la Mecque afin de se ressourcer psychologiquement avant de reprendre les traitements.

Derrière cette femme forte qui supporte la douleur, on voit une femme fragile qui a lutté contre la dépression. Elle ne s'imagine pas dans cette condition de femme infertile, elle multiplie les prises en charge pour obtenir l'objet de son désir. On n'entend tout de même pas quelle est la vraie demande de Nadine, car elle l'évoque à peine. Comme si elle était prise dans des enjeux culturels (faire un enfant à tout prix lorsqu'on est mariée) qu'elle n'arrive pas à élaborer et s'approprier ce désir afin qu'il fasse sens.

1.10. Résumé d'entretien : Micheline

Quand je rencontre Micheline pour la première fois, elle a 41 ans, je me pose alors la question des chances de FIV qui s'amenuisent avec l'âge. Et me vient alors la question de savoir pourquoi cet enfant maintenant ? Elle justifie ce retard de maternité par le poids de la tradition au Sénégal qui exige de ne pas avoir d'enfant si l'on n'est pas mariée, sinon elle déshonore la famille. Ainsi, comme elle vivait encore au sein de sa famille, elle ne s'était pas inquiétée de l'âge qui passait. Mais une fois qu'elle s'est mariée, s'installe alors le désir d'enfant. Mais celui-ci est retardé par la distance qui la sépare d'avec son mari. En effet, elle vivait au Sénégal et son mari en France. Elle a dû attendre son arrivée par regroupement familial pour débiter sa prise en charge en cabinet privé à cause des délais vu les délais d'attente et l'urgence de la demande. Ce désir d'aller dans le même sens que la tradition est un désir de consolider le couple. De plus, Micheline a laissé son travail et sa vie sociale pour rejoindre son mari. Les mariages où le poids de la culture prime nécessitent des sacrifices de la part d'un des membres du couple.

Après plusieurs échecs de tentatives d'inséminations en cabinet privé, le couple décide d'aller en hôpital public. Le diagnostic d'hépatite et d'ovaire poly-kystique est annoncé au couple. Cela contraint à interrompre la prise en charge et à traiter les maladies. Le mari doit suivre un traitement lourd contre l'hépatite virale et Micheline doit à son tour se faire opérer et attendre un an de cicatrisation avant de continuer les traitements. Micheline semble anéantie par la décision du médecin mais elle n'a pas le choix. Elle s'inquiète de l'âge qui passe et de l'annonce de la prise en charge à son quarante-troisième anniversaire. Elle regrette aussi le temps perdu au cabinet privé qui a favorisé la longueur de la prise en charge. Malgré son sourire de contenance et cette attitude de confiance dans le système de santé français, on sent de la fragilité et de la tristesse chez cette femme.

L'espoir d'une prise en charge malgré les obstacles reste la seule chose qui la tient encore. Je me pose la question de savoir ce qu'il adviendrait de Micheline si les traitements

étaient définitivement suspendus. Cette fragilité montre qu'elle n'a pas fait le deuil de la grossesse naturelle. Elle semble sur la défensive lorsque je l'interroge sur ce désir d'enfant et annonce sur un ton détaché pouvoir vivre sans enfant si c'est la volonté divine d'autant plus que son mari a déjà des enfants. Je sens qu'elle a du mal à aborder les aspects négatifs de la prise en charge car je sentais qu'elle m'avait identifiée à l'équipe médicale. De plus, je sentais de la retenue à dire des choses, comme s'il ne fallait pas se plaindre et supporter au risque que cet endroit (le centre), source d'espoir, ne perde cette fonction. Elle était donc, durant tout l'entretien, dans un mécanisme d'évitement face à ces questions. Elle s'en défendait en disant qu'elle n'avait pas encore fait une vraie prise en charge. Comme si elle annulait les inséminations faites en cabinet privé. Elle était dans un autre processus et elle ne pouvait pas en dire plus tant qu'elle n'était pas confrontée aux échecs.

1.11. Résumé d'entretien : Gabrielle

Je la rencontre à la consultation de biomédecine, le médecin a une bonne nouvelle à lui annoncer après plusieurs reports d'inséminations. Mais cette annonce ne semble pas trop la réjouir car elle a prévu de partir en vacances au pays et les billets et bagages étaient prêts. Le médecin la prévient qu'au regard des risques d'attraper le virus Zika, les traitements allaient être reportés pour six mois de plus à son retour afin de s'assurer qu'elle n'avait pas attrapé le virus. Après les explications du médecin, Gabrielle décide de débiter la prise en charge et de reporter son voyage. Quand elle me reçoit à son domicile, elle évoque sa joie de débiter les traitements pour lesquels elle avait attendu aussi longtemps. Toutefois, elle aborde sa déception de ne pouvoir partir revoir sa famille car, dit-elle, si elle tombe enceinte, elle ne pourra pas retourner au pays de sitôt.

Les raisons de la durée du début de traitement de Gabrielle sont de deux ordres. Nous avons d'une part le fait que le couple ne pouvait pas bénéficier de la gratuité des soins d'AMP, sans la régularisation de séjour du conjoint. En effet, pour obtenir des soins gratuits, il faut que les deux membres du couple soient affiliés à la Sécurité Sociale. D'autre part, il y a l'annonce de l'hépatite virale, qui a favorisé l'arrêt de la prise en charge dans le premier centre d'AMP dans lequel le couple était suivi. Puis vient le temps d'attente dans le nouveau centre, car les délais d'attente sont d'une année pour les nouveaux couples, même s'ils sont orientés par un autre centre de FIV. De plus, il faut vérifier les charges virales de l'hépatite et s'assurer qu'ils sont stables depuis au moins six mois, avant de débiter la prise en charge de FIV. Il faut noter que cette période a été pour le couple une phase de désespoir car il avait l'impression que les médecins n'avaient

aucune réponse à leur problème. Et que c'était la raison pour laquelle il était obligé de changer d'hôpital. Pour eux, cela était vécu comme un perpétuel recommencement. Il fallait à nouveau tout expliquer, refaire des examens qu'il avait déjà faits au préalable, répondre aux mêmes questions sur les motivations de cette prise en charge. À ce moment, le couple renoue avec les thérapies traditionnelles. Les médicaments sont envoyés du pays par des proches de la famille de Gabrielle. Elle dit avoir recours à différents traitements, purges, infusions et même prières. Mais que cela n'a eu aucun effet escompté dans la mesure où il s'agit d'une azoospermie et que les traitements qu'elle faisait étaient pour déboucher les trompes et permettre que la grossesse advienne. Selon elle, les traitements n'étaient pas administrés à la bonne personne. Ce sont toujours les femmes qui font l'objet des traitements d'infertilité, car la fertilité est féminisée en Afrique. On pense toujours que lorsque la grossesse ne vient pas, il faut interroger la femme plutôt que reconnaître l'infertilité masculine, ce qui reviendrait à parler d'impuissance chez le mari.

Elle évoque son double parcours migratoire et les raisons de celui-ci. En effet, Gabrielle a migré au départ pour le Maroc où elle a vécu quatre ans dans une famille en tant que femme de ménage. Puis, elle décide de venir rejoindre sa grande sœur en France. Elle vit quelques temps chez sa sœur et une fois qu'elle obtient son titre de séjour, trouve du travail en tant qu'auxiliaire de vie. Elle dit avoir quitté son pays, pour fuir l'instabilité politique et trouver de meilleures conditions de vie. Une fois bien installée, elle fait des démarches liées au regroupement familial et fait venir son mari. Contrairement à toutes les femmes que j'ai rencontrées, Gabrielle n'est pas venue pour rejoindre son mari, mais c'est plutôt elle qui le fait venir une fois qu'elle a obtenu la régularisation de son séjour.

Lorsque je rencontre Gabrielle, elle vient de débiter sa prise en charge, elle me dit que les piqûres se passent bien, les sages-femmes sont prévenantes. Elles appellent pour savoir comment se passent les piqûres. La seule chose qui la dérange, ce sont les contraintes liées au temps des injections et les différents examens qu'il faut faire. Pour finir, elle parle de la question du secret des démarches d'AMP. En effet, Gabrielle affirme n'avoir aucune pression de la part de la famille mais toutefois elle s'inquiète de l'enfant qui tarde à venir au sein du couple. Il n'y a que l'environnement familial de Gabrielle qui est tenu au secret lié à l'infertilité comme faisant partie d'étant des difficultés associées au couple. Gabrielle ne dénonce pas son mari comme le responsable de l'infertilité. Elle assume implicitement la responsabilité de l'infertilité dans la mesure où elle utilise les soins traditionnels car elle semble convaincue, comme le veut la culture africaine, qu'elle est responsable de l'infertilité.

Annexe 4 : Entretiens retranscrits pris en compte dans l'analyse thématique des entretiens

1. Entretien retranscrit de Diane

Bonjour parlez-moi un peu de vous. Depuis combien de temps vous vivez en France ?

Bientôt 11 ans. Je suis assistante de vie d'origine Ivoirienne. J'ai 34 ans sans enfant.

Êtes-vous mariée ?

À la coutume nous sommes mariés, mais légalement pas encore.

Quelles sont les raisons de votre venue en France ?

Mais pourquoi toutes ces questions ? *[J'essaie de la rassurer, que cela fait partie de l'entretien, par exemple en lui donnant les raisons pour lesquelles moi j'ai migré en France]*. Mais quel rapport avec la PMA ?

Juste pour savoir si vous aviez eu d'autres traitements en dehors de la PMA.

Pour ce qui concerne la PMA, je ne l'ai commencée que cette année. En fait, disons depuis le milieu de l'année 2014, car nous avons déjà fait 4 tentatives et cela n'a pas marché.

Parlez-moi de vos frères et sœurs.

Oui, j'ai 1 frère et 1 sœur. Mais pourquoi ces questions ? Je ne sais pas où ira le dossier que vous écrivez.

[Moi de la rassurer que le contenu de nos entretiens sont strictement confidentiels et que personne n'a accès aux informations et que celles-ci me permettront juste de valider mon travail de thèse.]

Ah d'accord. *[Elle acquiesce]*. Sinon dans ma famille, on est 7 enfants, 6 filles et 1 garçon. Il y en a 4 qui sont décédés. Il en reste 3 mon frère ma sœur et moi.

Et vos parents ?

Non, ils sont décédés. *[Silence]*.

Quelles sont les raisons de votre venue en France ?

Oui, la crise, c'est pour mes frères.

Comment aviez-vous vécu votre départ ?

Ce n'est pas facile, mais on est obligé de le faire.

Parlez-moi de votre venue en France, avez-vous eu des difficultés particulières ?

Oui beaucoup, mais c'est une longue histoire. Je n'aime pas en parler *[Sourire]*. Au pays, j'ai mon frère et ma sœur.

Comment vous a-t-on orienté vers la PMA ?

C'est par les conseils de mes camarades. J'ai rencontré un gynécologue qui m'a dit que j'avais les trompes bouchées et que la seule solution c'était la FIV. On a essayé des traitements pour déboucher les trompes sans succès. Et il nous a orientés vers l'hôpital.

Pourquoi désirer un enfant maintenant ?

Parce que je suis prête ; avant je n'avais pas encore trouvé la personne avec qui je devais faire un enfant. En plus, il n'a pas d'enfant aussi, cela nous a tous motivés. Et puis, je prends de l'âge, c'est pourquoi je veux faire. Malheureusement pour nous cela ne marche pas encore, et cela me décourage.

La prochaine sera peut-être la bonne ?

Nous en avons fait 4. Celle qui reste est celle de la dernière chance.

Le médecin vous a expliqué ce qui ne marchait pas ?

Non, elle ne m'a rien expliqué. Donc cette fois, elle nous a demandé de faire un bilan pour voir qu'est-ce qui n'a pas marché, voir ce qu'il y a comme problème, comme la quatrième tentative n'a rien donné. Car elle aussi et toute l'équipe ne comprennent pas.

Le bilan c'est avant la dernière tentative ?

Oui, avant la dernière, elle m'a donné plein d'exams à faire : prise de sang, échographie... Elle me dira s'il y a un problème et me donnera le traitement. S'il n'y a aucun problème, on va refaire la FIV et trouver d'autres solutions.

Qu'est-ce que vous pensez de la PMA ?

Je pense que cela fait du bien aux gens qui n'arrivent pas à enfanter. Que du bonheur pour ces gens.

En dehors des traitements de la PMA, est-ce que vous avez fait d'autres traitements ?

Comme à l'indigena comme chez nous, il faut boire des médicaments.

Avez-vous essayé ?

Oui, mais cela n'a rien donné.

Vous les aviez faits ici ou en Côte d'Ivoire ?

En Côte d'Ivoire en 2012.

C'est quelqu'un qui vous a conseillé d'aller voir le tradipraticien ou vous le connaissiez déjà ?

Non, je connais la personne, c'est quelqu'un de la famille. J'ai expliqué à la personne ce que j'avais, puisqu'il y a plusieurs personnes qui sont dans la même situation qui arrivent à déboucher les trompes en prenant ses médicaments. J'ai fait le traitement sur place juste un mois, c'est quelque chose que tu bois.

Vous aviez pensez quoi de ce traitement ? Vous l'aviez fait avant la PMA ?

Oui j'ai commencé avant la PMA, j'ai d'abord vu le gynécologue qui m'a dit que j'avais les trompes bouchées, donc je suis allé voir le tradipraticien qui m'a donné des potions à boire.

Est-ce que vous êtes prête à repartir voir un tradipraticien ?

Non, il y a longtemps que j'ai arrêté cela, je l'ai fait cela n'a rien donné. Donc, cela ne sert à rien, je préfère la médecine moderne et voir ce que cela va donner. Mais 4 fois c'est beaucoup, on a fait 7 embryons, on a mis 2 embryons à chaque fois pour avoir plus de chance sauf à la première tentative. Mais rien. Ce que je me dis c'est qu'on m'a balancé un sort, on ne veut pas que j'aie un bébé. Je m'imagine beaucoup de choses dans la tête. Tout est possible en Afrique hein.

Bien sûr !

J'ai mal peut-être parce que toutes les autres ont un enfant, je prends de l'âge, 4 fois c'est beaucoup, c'est beaucoup [*Pleure*]. Excusez-moi....

C'est dur je comprends, vous souhaitez qu'on s'arrête un moment ?

Non, ça va [*Toujours en pleurs, je la laisse se calmer un moment avant de continuer ...je lui propose un verre d'eau*]. C'est trop dur, heureusement que mon conjoint me soutient. C'est moi qui suis la plus découragée. Lui, il croit et me demande de ne pas me décourager, que tout ira bien. Et vu que moi je prends de l'âge et lui aussi et on n'a toujours pas d'enfant, c'est dur.

Mais vous êtes au début de vos traitements, vous pourriez peut-être demander une dérogation à la sécurité sociale ?

Oui, mais 4 c'est beaucoup, je me dis si la dernière ne marche pas, je vais rester sans enfant. Toutes mes amies, à côté de moi, ont des enfants, tout le monde est heureux [*Sanglote toujours*]. À chaque fois je suis malheureuse. À chaque fois.

Pourquoi ?

Parce qu'on s'attend à ce que la tentative soit la bonne et toujours rien. Je préfère en discuter avec mon mari parce que le côté africain, tu vas dire à une personne et celle-ci va aller le raconter à qui veut l'entendre. Donc je préfère en parler avec mon mari. Même à mes copines je ne peux pas. Je me dis que c'est mal vu, je vais finir d'en parler et elle va aller le dire à une autre personne. Je garde en moi ma souffrance, je pleure, c'est dur mais je ne peux pas en parler car je ne veux pas être la risée de tous et qu'on sache partout que j'ai des problèmes.

Vous aviez parlé de la FIV.

Oui, il prélève mes ovocytes et le sperme de mon conjoint qu'on féconde et ensuite on vient implanter. On n'a pas fait d'insémination car mes trompes sont trop bouchées. C'est la

dernière donc je suis vraiment inquiète. Donc, si cela ne marche pas c'est fini.

Faut y croire jusqu'au bout, savoir positiver les choses, il y a des gens qui ont attendu jusqu'à la dernière tentative pour tomber enceinte. Il ne faut pas se décourager.

[Sanglote toujours, long moment de silence. Elle refuse de parler de sa famille, des décès qui ont frappé sa famille. Décès en lien avec la crise ?]

Le docteur qui me suivait s'en va et je ne sais pas si celle qui viendra va bien s'occuper de moi comme elle. Cela m'inquiète beaucoup. Elle, elle nous connaît mais l'autre je ne la connais pas et je ne sais pas comment cela va se passer avec elle.

Ici, les gens sont tous gentils. On va vous envoyer chez un autre médecin qui connaît bien aussi le dossier et la prise en charge va se dérouler normalement. Donc, vous n'avez pas en vous en faire.

Mais cela me stresse et m'angoisse. Je ne sais pas si elle nous donnera de bons conseils ou elle va nous lâcher. Mais j'ai un dernier rendez-vous avant son départ, elle pourra voir elle-même les examens qu'elle nous a prescrits. Elle nous dira s'il y a un problème ou pas.

Ne vous en faites pas pour le nouveau docteur, car pendant les consultations, les médecins écrivent tout et l'autre qui va reprendre votre dossier saura à quel moment du traitement vous en êtes et tout ce que vous avez déjà fait avant. Sur ce point-là il n'y a pas de quoi s'inquiéter.

Ce sont les résultats qui m'inquiètent, j'ai peur qu'on découvre quelque chose. J'ai fait 7 prises de sang et les résultats arrivent directement à l'hôpital. C'est le bilan génétique qui me fait peur car on verra ce qui n'a peut-être pas marché.

C'est mieux de savoir que de ne pas savoir.

Mais le problème c'est que si l'on sait et que l'on ne peut pas soigner. Je m'attends à ce genre de diagnostic, là je vais faire l'hystero et je ne sais pas ce qu'on va voir là-bas.

En tout cas je pense que c'est mieux d'attendre ce que les médecins vont dire et ne pas trop angoisser. Si cela se trouve, ils ne vont rien trouver, faut y croire.

La fois d'avant, j'ai fait une échographie et le médecin a constaté un petit fibrome c'est tout. Mais cela n'empêche pas l'implantation et il n'a rien constaté d'anormal. L'utérus, tout va bien. Mais l'hystéro je ne sais pas ce qu'ils vont dire.

Au moins vous avez tous les bilans. Imaginez que vous soyez en Afrique où il n'y a pas d'hôpitaux fiables ?

Dieu merci que je suis arrivée là pour savoir tout cela. J'allais être plus malheureuse encore. Tu es mariée et tu n'as pas d'enfant et Dieu merci pour ça car je n'ai pas de belle-famille ici. Ils sont tous en Afrique et la belle-mère comprend, elle ne nous stresse pas. La

distance est bien et mon conjoint m'encourage et me demande surtout de ne pas baisser les bras, il me remonte le moral et il croit.

Votre conjoint vit en en France depuis combien de temps ?

20 ans, il travaille dans la sécurité. Je parle de mes problèmes un peu avec mon frère, mais pas à la sœur, je ne veux pas l'inquiéter. Elle vit avec son conjoint et ses 3 enfants.

Et votre frère a des enfants ?

Non, il dit que pour l'instant il n'en veut pas. Il a eu un enfant prématuré pendant la crise et le bébé n'est pas resté.

Et votre gynécologue vous a fait un traitement ?

Non, il n'a rien fait. Tout a commencé ici. On était dans un autre hôpital et ils nous ont demandé de venir ici. Ils ont dit qu'ils sont spécialistes ici.

2. Entretien retranscrit de Carine

Comment allez-vous depuis la dernière consultation ?

Cela ne va pas parce que ma belle-famille veut lui donner une autre femme car j'ai du mal à faire des enfants.

Donc il a eu des problèmes avec sa famille. Cela ne va pas à cause de moi. Lorsqu'ils ont dit ça, il m'a amenée à la mairie pour leur prouver que ce que vous dites là : « Elle et moi, on a galéré ensemble. Je ne peux pas l'abandonner parce qu'elle peut pas faire d'enfant. » Mon mari m'a dit qu'on va faire l'insémination.

Et puis lorsque je suis arrivée à l'hôpital, j'ai pleuré. J'ai marché de Bichat jusque chez moi. J'ai marché je ne voyais rien même. Et ce même jour, on m'annonçait le décès d'un proche [*Madame pleure...*].

Je voudrais savoir si on ne peut vraiment pas trouver une solution à mon problème ? [*Elle me regarde avec de la détresse dans les yeux, une tristesse énorme*].

J'ai appelé le service dans lequel j'étais suivie. Je pense qu'il y a une incompréhension, la secrétaire pense qu'ils ont tout retirés lors de l'opération, qu'ils ont fait une plastie du col de l'utérus pour que la prochaine fois, si je tombe enceinte, je ne fasse pas une fausse couche. La dame m'a dit que cela a été fait mais ils n'ont pas encore eu le dossier car elle a fait la demande auprès du service qui s'en occupe, les archives.

Mais les anciens dossiers elle les a déjà, c'est juste le dernier dossier sur la plastie du col de l'utérus qu'elle n'a pas encore pu récupérer auprès des archives. J'ai rendez-vous avec le médecin dans deux mois à peu près.

Je pense qu'il serait préférable que vous y alliez pour le retrait de votre dossier. Le fait qu'il vous voit peut accélérer éventuellement les choses.

Après la fausse couche ils m'ont fait rentrer à l'hôpital pour me faire des réparations que lorsque je tombe enceinte une prochaine fois il n'y a aucun problème. Mais je pense que la gynécologue n'a pas eu le temps de regarder tout le dossier et elle m'a tout de suite dit que ce n'était pas possible que je tombe enceinte, vu les antécédents médicaux liés à mon dossier. Elle me dit que je ne peux plus faire de bébés. Je ne sais pas comment faire. Comment annoncer à mon mari une telle chose ? Comment vais-je le dire à mon mari ? Vous connaissez l'Afrique, c'est vraiment compliqué.

Les Africains et leur polygamie [*Madame s'effondre à nouveau*]. Ma fille est très intelligente. Je ne sais même plus, j'ai beaucoup de papiers, plusieurs examens que j'ai faits. Sinon à ce jour tout est positif, la prise de sang aucun problème, les ovaires n'ont aucun souci. J'ai fait hystérogaphie, cela a révélé que je n'avais aucun problème. Mais je ne comprends pas pourquoi le médecin ne veut pas m'aider à tomber enceinte, soi-disant parce que j'ai failli mourir lors de ma première. Et puis je pense qu'elle a vu une partie. Elle a dit que c'était collé, elle fait peut-être allusion à la plastie du col de l'utérus qu'ils m'ont fait pour me permettre de tomber enceinte.

Je ne comprends pas, je suis perdue. La dernière fois que vous m'avez vue à la consultation, j'étais bien portante. Mais depuis l'annonce de la nouvelle, j'ai perdu du poids j'étais bien plus grosse que là. J'ai fondu sans faire de régime.

Mon mari est en voyage depuis le mois de février. Il arrive à la fin de ce mois. Il dirige une société là-bas. Donc, tu vois l'Afrique, il va prendre une autre femme là-bas, ce n'est pas de problème que j'ai eu ! Surtout avec ma rivale si l'on prend une. Déjà que sa famille est favorable à cela ! C'est vraiment mal pour moi. Nous n'avons qu'une fille. Tu sais, les garçons africains ils veulent toujours avoir un garçon pour garder le nom de la famille, un peu comme un héritier. Je le comprends. Mais seulement, pour le moment, c'est moi qui en souffre, je souffre vraiment [*Madame sanglote*].

Je ne sais vraiment pas comment je vais faire ça. Le docteur dit qu'elle peut me faire l'insémination. Je lui dis que je peux signer la fiche de responsabilité en cas de problème parce qu'elle dit qu'il y a un risque pour ma santé. Je lui ai dit que oui, je suis en quelque sorte que c'est moi qui suis responsable. Je pleure tous les jours dans la maison mais de façon discrète pour pas que ma fille me voit pleurer.

Elle dit qu'elle ne veut pas... Le problème c'est que depuis 2008 je n'arrive pas à tomber naturellement enceinte. C'est la raison pour laquelle je me suis dit je fais l'insémination

pour que cela m'aide à tomber enceinte. Mais elle, le docteur, ne veut pas m'aider. L'ancien docteur que j'avais, elle m'a fait trois inséminations mais qui n'ont pas marché. À la suite de cela, elle m'a dit qu'elle allait faire la fécondation in vitro. Donc je suis allée faire tous les examens. Au rendez vous suivant, j'ai vu un autre médecin et c'est celle-ci qui m'annonce qu'elle va me faire la fécondation in vitro. C'est vraiment un choc. Vous voyez comment c'est choquant ? Comment vais-je dire à mon mari que le médecin a dit qu'elle ne peut pas nous faire la fécondation in vitro car lui étant là-bas, il appelle pour prendre des nouvelles par rapport à la suite des événements. Il me pose la question de savoir s'il doit revenir pour qu'on aille consulter pour la fécondation in vitro à savoir de sperme. Comment vais-je lui dire que le médecin nous a dit que ce n'était pas possible ? Car il attend justement l'aval pour prendre le billet et revenir en France.

Le médecin que j'ai eu avant elle nous a fait trois inséminations. Je ne sais pas si je dois changer de médecin ? Je vais demander à avoir une autre personne. Je sais que j'ai le droit de changer. Je peux appeler pour dire que je ne veux plus être en consultation avec elle.

Je ne sais vraiment pas comment je fais mais je préfère que cela reste entre nous [*s'adressant à moi*], il ne faut pas parler là-bas en tant qu'une sœur africaine s'il vous plaît.

C'est une autre possibilité, comme vous le dites, d'avoir un second avis médical.

À quoi étaient dues vos innombrables fausses couches et pourquoi vous a-t-on fait réellement une plastie du col de l'utérus ?

Avant, je tombais naturellement enceinte mais au bout de deux mois de grossesse, une fois à un mois et demi et une autre fois c'était plus compliqué, je devais avoir quatre mois de grossesse. Le médecin qui me suivait à cette époque m'a proposé de faire un cerclage du col haut. J'étais très jeune à cette époque je n'avais même pas 26 ans. Par la suite, j'ai regretté parce que je me suis dit c'est peut-être cela qui est à l'origine tous les problèmes que j'ai actuellement. Après ces 3 épisodes de fausse couche, je suis tombée enceinte de ma fille et cette grossesse a tenu avec aide l'aide des prières aussi. Et en 2008 je suis retombée enceinte. À cette époque, lorsque je suis tombée enceinte, je travaillais beaucoup. J'étais femme de chambre et je faisais beaucoup de ménages. J'avais mal au dos, j'ai négligé. Je me suis dit que ce n'était rien de grave mais la grossesse avançait. C'est peut-être à ce moment-là qu'on aurait dû me faire le cerclage. Mais, après quelques temps, l'hôpital m'a appelée, le jour de l'accouchement. Ils m'ont dit qu'il y avait un souci mais qu'il fallait que je pousse le bébé parce que celui-ci ne pouvait pas sortir par le bas.

Mais ils se sont dit que le bébé était petit et que je pouvais pousser, c'est vraiment l'erreur

qu'ils ont commise. Ils m'ont demandé de pousser, je leur ai dit que non parce qu'ils m'ont fait un cerclage et non qu'il faille absolument que je fasse une césarienne. Mais cela a fait un gros dégât c'est à ce moment-là que j'ai fait une rupture. Et c'est à ce moment-là qu'ils m'ont amenée en urgence au bloc pour ouvrir et ensuite refermer, pour que je sois tranquille. C'est à ce moment-là qu'ils m'ont fait plastie du col puis ils m'ont demandé d'aller voir un autre médecin pour faire une hystérogaphie, les résultats ont montré que tout allait bien qu'il n'y a aucun souci que les ovaires vont bien.

J'ai refait cet examen une deuxième fois dans un cabinet privé le médecin m'a confirmé la même chose, que tout allait bien mais c'était en 2011. Donc, j'ai gardé espoir. Mais comme je ne tombais pas enceinte, une amie m'a conseillé d'aller faire la fécondation in vitro à l'hôpital car on connaît nos hommes africains, si je ne tombe pas enceinte il peut m'abandonner. J'ai supplié mon mari pour qu'on aille consulter. Il m'a répondu que lui il n'avait aucun problème, donc il ne voulait pas y aller. J'ai dû le convaincre en lui expliquant que peut-être avec cela on pouvait avoir des effets donc on va y aller pour qu'il nous aide, peut-être qu'il nous rebooste. J'ai ramené tous les examens que j'avais faits en amont. Le premier médecin qu'on a rencontré nous a fait une insémination. Nous avons fait trois tentatives qui n'ont pas marché, vu qu'avec l'ancien médecin nous en avions fait trois et qu'il n'y avait pas de résultats, c'est moi qui ai proposé aux nouveaux médecins de faire cette fécondation in vitro. C'est la raison pour laquelle elle m'a demandé de récupérer les anciens comptes-rendus car elle voulait connaître tout mon parcours médical avant qu'on le refasse. C'est à ce moment-là qu'elle m'a dit cette nouvelle qui pour moi est un vrai choc. Je ne sais pas...

Donc il n'y a vraiment aucun antécédent médical en dehors des fausses couches ?

Non aucun en dehors de la fausse couche et de la plastie du col de l'utérus qui a été fait et qui a probablement causé des dégâts. Il faut aussi avouer qu'à l'époque je n'avais pas de gynécologue qui me suivait. C'est lorsque je tombais enceinte que j'allais à l'hôpital pour les consultations prénatales. Les femmes africaines n'ont pas de gynécologue. À l'hôpital notre gynécologue m'a fait un examen de sang pour voir si j'avais un problème de coagulation. Ensuite ils m'ont donné de l'Aspégic que je devais boire tous les matins durant ma grossesse.

Pensez-vous que parce que le médecin vous a dit que le traitement va être interrompu, votre mari va prendre une seconde épouse ?

Je pense que oui, surtout à cause de la pression de la famille et aussi comme il veut un autre bébé, et particulièrement un garçon. Il a réalisé beaucoup de projets au pays, il a de

l'argent, des maisons. Il ne va pas quand même ne pas vouloir faire d'autres enfants, vous-même vous savez comment cela se passe au pays. Tout va bien pour lui financièrement, il faut qu'il ait une grande famille. Mon mari a dit que même s'il n'a que deux enfants un garçon et une fille c'est suffisant pour lui. Il s'en fout de ce que pense la famille sur le fait d'avoir plusieurs enfants. S'il a un garçon, ce sera lui l'héritier de tous les biens. C'est la raison pour laquelle je voulais un autre bébé et particulièrement un garçon. Et lorsque que tu vas à l'hôpital et qu'on t'annonce qu'on ne peut rien pour toi, on ne peut pas t'aider à tomber enceinte, cela peut te rendre dingue. J'ai marché de Bichat jusqu'à chez moi à cause du choc de la nouvelle.

Pourquoi n'attendez-vous pas votre mari pour en parler ?

Je sais que si je lui annonce une nouvelle pareille, c'est fini entre nous il va me quitter. S'il me quitte comment je vais faire ? Mais moi, je crois en Dieu, moi je sais que ce bébé, il va venir. Je le veux. On doit mourir de quelque chose, si je dois mourir, je vais mourir. De toute façon c'est ce qu'elle a dit le médecin que si je tombe enceinte, il y a des risques pour que cela arrive. C'est vraiment cela qui me fait peur, c'est vraiment cela qui me fait maigrir, la mort qu'elle m'a annoncée.

Je pense qu'elle vous a juste annoncé les risques d'une nouvelle grossesse, ce n'était pas pour vous annoncer une mort prochaine certaine.

D'accord, je comprends. Et puis, ce qui m'a choqué, c'est le fait qu'elle ne comprend pas l'importance du bébé pour moi. La dernière fois, lorsque vous aviez appelé, j'étais très soulagée. Depuis l'annonce de cette nouvelle, je prie tous les soirs. Je demande au seigneur de m'aider car je n'arrive pas à en parler avec les autres. Je demande au seigneur de m'aider à pouvoir évacuer cette douleur. J'ai fait cette prière avant-hier et hier dans la journée vous aviez appelé [*Elle pense que je suis une aide, le seigneur lui envoyait pour évacuer sa souffrance. Madame se met à nouveau à pleurer.*]

J'ai vraiment peur pour mon foyer. Je souffre... si au moins elle m'avait dit qu'on pouvait faire l'insémination, au moins je garderai espoir, mais là, elle me dit qu'elle ne peut rien faire. Je vais me diriger chez quels médecins encore ?

N'avez-vous pas envisagé d'autres traitements ?

C'est ce que j'envisage de faire cet été, j'ai une voisine qui m'a parlé de traitement qu'on pouvait faire au pays. Elle m'a dit je cite : « que ta fille a vraiment grandi et quand envisages-tu de faire un autre bébé ? ». Je lui ai répondu que cela ne venait pas. Elle m'a dit qu'elle rentre du Mali, que son père est tradipraticien avec des traitements, des potions à boire. Elle m'a remis des potions à boire. Tous les matins, avant de manger, tu ne parles à

personne, tu bois. Les médicaments sont très amers, tu les bois et cela nettoie le ventre et les ovaires. Elle m'a dit qu' « il faut prendre cela, j'ai prescrit ça à des femmes qui sont tombées enceintes ». Elle me les a donnés cet après-midi. Elle m'a dit d'aller les chercher, je l'ai fait. Mais pour le moment ce qui me préoccupe, c'est que je ne sais pas comment dire à mon mari que le médecin ne veut pas qu'on fasse la fécondation in vitro. Entre-temps je peux faire mon traitement et attendre qu'une grossesse arrive. *[Elle montre le sachet de médicaments une poudre rougeâtre]*. La dame m'a dit qu'il faut le boire tous les matins.

Ce que je n'arrive pas à comprendre, c'est que le premier médecin nous a fait trois inséminations, que celle-ci a accepté alors que la nouvelle dit non c'est vraiment cela que je ne comprends pas. C'est fini. Même si mon mari ne demande pas le divorce, je suis sûre qu'il va prendre une autre femme pour faire les enfants.

Je comprends bien votre détresse mais pensez que tout n'est pas perdu. Vous avez une très belle fille.

Oui, je sais que ce n'est pas pareil, mais je comprends le point de vue de mon mari. Il a un problème avec sa famille à cause de moi car je n'arrive plus à faire d'enfants. Il désire absolument cet enfant avec moi et le fait que moi je n'arrive pas à lui en donner, c'est un choc pour moi car il est en dispute avec toute sa famille pour ce problème. De savoir qu'il se met toute la famille à dos et au final, moi, je n'arrive pas à réaliser son rêve d'avoir un héritier. C'est difficile pour moi.

J'ai peur que cela ne soit de ma faute, j'avais vraiment peur lorsque la sage-femme m'avait demandé de pousser puis ensuite l'hémorragie est survenue. Mais des fois, j'ai l'impression que ce n'est pas forcément de ma faute car je pense qu'ils auraient pu éviter cela. Pourquoi ils m'ont demandé de pousser le bébé ? C'est cela que je ne comprends pas. Pourquoi ils ne m'ont pas opérée en même temps ? Au moins, ils auraient pu limiter les dégâts et j'aurais pu garder tout en place. J'ai poussé et vu qu'il y avait cette plastie col de l'utérus, tout a craqué. Je pense que si c'était une Française qui avait eu cette erreur médicale, elle aurait pu porter plainte.

Le problème c'est qu'elle m'a donné rendez-vous pour une prochaine consultation. Mais je ne sais pas ce que je vais aller lui dire vu que je n'ai pas tous les comptes-rendus. Peut-être que je peux tomber enceinte naturellement.

Le jour de la consultation, j'ai rencontré une dame qui avait rendez-vous. Elle a laissé tomber le rendez-vous car elle est tombée naturellement enceinte. À ce moment-là, je me suis dit « pourquoi pas moi ? ». Ce qui me fait peur aussi, c'est que j'ai bientôt 39 ans. C'est compliqué. Mon mari et moi on a grandi ensemble, on a fait l'école ensemble, ma famille

m'a fait venir en France et lui est resté au pays. Il a tout abandonné au pays, il m'a suivie ici en France, depuis les bancs de l'école, nous sommes en couple. Je suis venue en France pour les études, et après ma grande sœur... Elle m'a fait garder ses enfants. Lorsque mes parents ont découvert au pays que je ne faisais finalement pas l'école, que je gardais les enfants de ma sœur, cela a fait des problèmes. C'est pas vraiment ma propre sœur, la première fille de ma mère mais de père différent. Entre ma sœur et moi, des fois, les relations sont bonnes, des fois pas. En plus, elle est jalouse de mon foyer. Elle raconte à qui veut l'entendre qu'un jour mon mari va m'abandonner car je suis incapable de faire des enfants. Elle a dit : « Elle est incapable d'entamer une grossesse. Il va finir par épouser une autre femme. » C'est quelqu'un qui me l'a rapporté. C'est tout cela qui fait que je souffre, c'est tout cela qui me fait pleurer. Les relations sont encore tendues avec ma sœur.

Parlez-moi de votre traitement traditionnel que vous envisagez de faire. C'est la première fois ou vous en avez faits au pays ?

Je suis tellement à la recherche de bébé que si quelqu'un propose des feuilles je vais boire, car on me dit que des fois ça marche. Car j'ai vraiment posé la question, j'ai insisté en demandant au médecin : « Est-ce que vous êtes sûr que je ne peux vraiment plus avoir d'enfant ? » Elle m'a répondu qu'elle n'était pas sûre à 100 % et qu'il était possible que j'aie une grossesse. Elle m'a dit « Vous pouvez tomber enceinte mais c'est à vous de garder la grossesse. » Mais elle, elle ne peut pas me pousser. Car pour elle, c'est comme si elle m'envoyait à la mort. C'est parce qu'il n'y a pas de mères porteuses en France sinon j'allais le faire. Malheureusement ça n'existe pas en France. Même si cela nous comptait des sous, j'aurais vraiment payé.

Au moins, ma fille allait avoir un frère ou une sœur avec qui partager ses peines ses joies. Une cousine ce n'est pas ta sœur.

Une fois nous étions à un anniversaire, elle dit à ses cousines « Vous êtes mes sœurs » et celles-ci ont répondu que non qu'elle était leur cousine. Elles lui ont dit que non elle n'était pas leur sœur. Ma fille s'est mise dans un coin et elle a commencé à pleurer. Elle est venue me voir et elle m'a dit « Maman, fais-moi un petit frère car mes cousins disent que je ne suis pas leur sœur ». [*Madame sanglote a nouveau*].

Même au travail, ils ont remarqué que j'avais des problèmes. Ils me disent que des fois je suis présente de corps et absente d'esprit, je suis ailleurs. C'est parce que je pense beaucoup, je suis vraiment abattue.

Je voulais même passer un diplôme pour devenir aide-soignante. Il me fallait valider trois modules mais je n'ai même plus de force pour le faire. [*Désinvestissement dans les*

activités]

Mon mari a fait tous ses examens : il n'a aucun problème. Cela vient vraiment de moi. Lorsque mon mari me pose la question de savoir où est-ce que j'en suis avec le traitement, je m'énerve et je lui dis de me laisser tranquille. Pour le moment je ne sais pas encore ce que je vais lui dire, j'attends.

J'ai le choix je peux lui dire et il va épouser une autre femme pour faire des enfants et ensuite il sera obligé de la garder de l'épouser, cela est un problème pour moi. Il va me dire que c'est moi-même qui lui ai dit. En fait, je ne pouvais pu avoir d'enfant et donc il n'avait pas d'autre choix que de prendre une seconde. C'est vraiment cela que je vais éviter.

Parlez-moi un peu de votre belle-famille.

Sinon les relations sont au beau fixe mais c'est vraiment à cause de l'histoire des bébés que tout s'est effrité. Mon mari est jumeau, son frère a six enfants dont 4 garçons et deux filles. La femme de mon beau-frère vient d'accoucher il y a un mois. Je ne fais pas attention à cette concurrence, ni à cette rivalité. Moi, la seule chose que je veux, ce sont des enfants pour moi.

Mon mari me dit très souvent « je sais que mon frère a beaucoup d'enfants, mais ils ne vont pas me considérer comme si j'étais leur père. C'est la raison pour laquelle je veux les miens. »

Je suis tellement stressée que mes règles, qui devaient arriver il y a deux jours, ne sont pas encore arrivées et pourtant j'ai des règles régulières. Mais, à cause du stress, elles ne sont pas encore arrivées.

Je voulais aller dans un autre hôpital pour faire le traitement, mais j'ai laissé tomber.

Pourquoi avez-vous laissé tomber ?

Je vais peut-être y aller parce qu'on m'a parler d'un autre médecin dans le 20^e arrondissement de Paris qui donne de très bons résultats. Je vais prendre rendez-vous pour aller le voir. Si le jour de la dernière consultation, elle m'avait préparé une ordonnance, tout ce qu'il fallait que je fasse, je pense qu'en ce moment, je serais déjà peut-être enceinte.

Parlez-moi de votre famille.

Ma mère est actuellement ici en France. Mes parents sont à la retraite, ils sont actuellement ici. Ils font des allées et venues. La seule personne qui est au courant de mes difficultés est ma mère. Elle m'a dit que la dame [*le médecin*] n'est pas Dieu. Elle dit « le docteur à dit, mais le docteur n'est pas Dieu. » Elle m'a raconté l'histoire de ma cousine. Elle a pleuré dans mes bras, elle a 43 ans. Elle est allée voir plusieurs médecins qui lui ont dit la même chose qu'elle n'avait pas de machine pour produire des bébés. Elle a fait tous les tests, tous

les traitements, mais tout cela n'a rien donné. Elle est allée se confier à ma mère, celle-ci lui a conseillé de croire en Dieu et de laisser tous les traitements de côté. Elle lui a dit que c'est Dieu qui donne des bébés et c'est Dieu qui fait tout c'est lui qui décide de tout. Deux mois plus tard, ma cousine est tombée enceinte. Actuellement je parle, elle était enceinte de sept mois à 43 ans. Elle aussi faisait tout le temps des fausses couches. Elle a deux enfants, mais à présent elle a pu avoir son troisième bébé.

Vous avez combien de frères et sœurs ?

Nous sommes six, nous sommes quatre filles et deux garçons. Je suis la quatrième de la famille. Et j'ai deux petites sœurs qui viennent après moi. Oui, il y a deux grands frères. Ils sont tous mariés, ont des enfants. L'ainé a 7 enfants, et mon grand frère, il a au moins 10 enfants.

Ma famille est en France. Nous tous sommes en France. Je suis la seule qui voulais rentrer après avoir fait mon bébé parce que mon mari a une société au pays. La seule chose qui nous reste c'est lui. Parce que mon mari a une entreprise de gros camions au pays. Lorsque ses amis lui posent la question de savoir pourquoi il n'a toujours pas d'autres enfants, il leur répond que nous sommes à l'européenne, que nous ne sommes pas pressés. Oui, il vient me rapporter ça, en me disant « lorsque je leur réponds ainsi j'ai quand même un petit pincement au cœur ». Il a toujours une bonne réponse vis-à-vis de ses amis.

Il dit que chez nous ce n'est pas la course, les choses arrivent. Il dit que nous sommes un couple comme les blancs, que nous ne voulions pas avoir beaucoup d'enfants.

3. Entretien retranscrit de Nathalie

[Remarque : D'emblée, madame commence à se plaindre du fait que les secrétaires ne répondent jamais au téléphone et donnent des rendez-vous trop long, ce qui retarde la procédure. Déjà, je rencontre madame dans ce contexte où elle vient pour réclamer un rendez-vous qu'elle n'a pas pu obtenir donc, elle est en colère, colère contre l'institution qui ne répond pas à ses besoins, et contre les multiples échecs qui font qu'elle est obligée de revenir à chaque fois subir les mêmes choses.]

Les examens sont trop durs à faire à Bichat, compliqués. J'ai essayé de faire les examens à Colombes mais les personnes extérieures ne sont pas prioritaires.

Pour faire une échographie, il faut être au septième jour du cycle. À chaque fois que j'appelais, il ne me proposait jamais un rendez-vous. Franchement ça ne sert à rien et je regrette le Docteur Hazout, il s'occupait bien de ses patients. Mais il a été accusé d'avoir

agressé sexuellement des patientes durant les transferts. Apparemment, sous anesthésie générale, il abusait des patientes. Mais c'était le meilleur médecin. J'ai vraiment voulu le suivre. Mais le problème, ce sont les prix. Mais comme d'habitude, les secrétaires ne répondent pas au téléphone.

Quel âge avez-vous ?

J'ai 32 ans, je suis congolaise du Congo Brazzaville. Je suis assistante de vie.

Depuis combien de temps vivez-vous en France ?

Je vis en France depuis 16 ans, voire 17 ans.

Parlez-moi un peu de vous ?

Je vis en France depuis 1998. Je me suis mise en couple avec mon conjoint en 2004.

Avez-vous des enfants ?

J'ai un petit garçon.

Parlez-moi de votre famille ?

Mais parents vivent toujours [*rires*]. Ah ! là, c'est compliqué, c'est une famille nombreuse. Vous nous connaissez nous, les Africains ! Du côté de ma mère, nous sommes sept mais actuellement nous sommes cinq parce qu'il y a eu des décès. Mais du côté de mon père je pense que nous sommes une bonne trentaine. Voire une quarantaine. Vous devez savoir ce que c'est [*Allusion que nous sommes toutes des Africaines et que les familles nombreuses sont fréquentes en Afrique*]. C'est vraiment ça, les Africains. Du côté de ma mère je suis quatrième mais on ne va pas compter ceux qui sont morts.

Avec votre conjoint vous vous êtes rencontrés ici ou au pays ?

Nous nous sommes rencontrés ici, en France.

Quelles sont les raisons de la migration ?

Je suis venue en aventure, c'était durant la guerre, j'ai décidé de partir du pays.

Quel était votre statut à cette époque ?

Comme je disais, je suis venue en aventure mais la guerre a fait que je suis restée. Donc, je n'ai pas pu bénéficier de l'asile politique que j'aurais pu demander à cette époque bien sûr.

Parlez-moi un peu de votre départ de du pays ?

C'était bien, vu que j'avais envie de découvrir autre chose. Non, moi, par contre, c'était aussi simple, vu que je voulais voir d'autres horizons. J'ai une cousine qui est venue me chercher et donc, j'ai dû appeler mes parents, une fois arrivée, pour leur dire de pas s'inquiéter et que tout allait bien se passer.

Avez-vous rencontré des difficultés à votre arrivée en France ?

[*Rires...*] Ah, oui ce n'était pas bien, ce n'était pas beau par rapport à ce que je m'étais

imaginée. Il ne faisait pas bon, il faisait froid et quelquefois les gens ne voulaient pas te voir. À l'époque j'ai plutôt subi des propos racistes. Je suis partie habiter chez ma sœur, dans une ville, un peu au sud de la France. Nous étions les seules noires. Une fois arrivée à la gare, comme c'était une petite ville, tout le monde savait où on se rendait. (« Regardez-moi ça c'est la belle-sœur de Renaud »). Quand vous passez, les gens crachent derrière vous, ah oui (« Ah regardez le singe »). « À ne touchez pas, lavez-vous les mains » et toi de répondre « mais elles sont propres mes mains ». Surtout auprès des mamies, ça ne passait pas, c'était vraiment la première fois qu'elle voyait des noires dans la ville. J'ai vraiment eu du mal à trouver du travail, je n'ai pas travaillé tout de suite après mon arrivée. Je n'osais pas car je me disais qu'une fois que je me suis présentée pour postuler, la réponse sera négative. Ils diraient peut-être « Vous êtes noire, non ce n'est pas possible. »

Cela ne va être compliqué pour vous ?

Oui, très compliqué. Mais en fait, après, je ne suis pas restée longtemps dans cette ville. Je suis venue m'installer à Paris. Ici, tout se passe bien. En plus, c'était une province bien reculée où il y avait une communauté africaine mais de peau claire, c'est-à-dire les métis. Mais les vrais noirs, comme il n'y en avait pas beaucoup, limite, on faisait tâche, des vrais noirs. Je ne suis plus jamais repartie dans cette ville et même ma sœur a déménagé.

À quel moment avez-vous décidé d'avoir un enfant avec votre conjoint ?

C'était en 2005, c'était mon conjoint qui voulait un enfant. Nous n'utilisons aucun autre moyen de contraception, en dehors du préservatif. Donc, il a souhaité qu'on fasse des examens afin qu'on ne puisse plus les utiliser. Mais au départ, je ne voulais pas d'enfant, je n'étais pas prête. Mais avec la famille qui était tout le temps sur notre dos, on a décidé d'en faire. Au bout de deux ans de relations, sa famille a commencé à critiquer, comme quoi j'étais stérile que j'étais incapable de donner un enfant à mon conjoint. C'était encore plus compliqué parce que sa famille vit ici avec lui. La famille se plaignait beaucoup [*soupir*]. Bah c'est ça la famille africaine. Mais là je regrette...

Pourquoi ?

Les Africains c'est toujours comme ça, on vous oblige à avoir des enfants. Moi-même, je n'étais pas prête. Et quand cela ne vient pas, c'est tout un problème avec le conjoint et la famille. Je lui avais dit, et j'ai aussi parlé avec sa maman, que je n'étais pas prête à avoir un enfant. Et sa mère m'a répondu : « du moment où vous vivez avec mon fils, il faut avoir des enfants. Les enfants, en effet, c'est cela la condition ». Je me suis dit ce n'est pas grave je vais le faire. Quelque part je voulais avoir un enfant mais pas aussi tôt. Car on s'est connu en 2000 et déjà en 2002, il commence à me dire qu'il voulait un enfant que je fasse

mes preuves. Mais moi, je voyais 2006, vraiment c'était la date que je m'étais fixée, à laquelle je serais prête. Et puis on a essayé tout seul, cela ne marche pas. On a décidé d'aller consulter pour nous faire aider.

Qui avez-vous consulté en premier ?

C'était un gynécologue, au centre Europe à Saint-Lazare. Le médecin m'a prescrit une ordonnance pour prendre des médicaments : c'était des CLOMID. On a essayé pendant plusieurs mois, ça ne marche pas. Après, il nous a dit de faire les examens et c'est là où on a découvert le pot-aux-roses de Monsieur [*Elle le dit de façon ironique, pourquoi ?*], que c'est lui qui est à l'origine de l'infertilité. Il est azoosperme. Pour lui, c'était un choc, car il pensait que c'était moi qui étais à l'origine de l'infertilité. Et d'apprendre que ce n'était pas moi et que ça venait de lui, alors là c'était vraiment un choc.

Est-ce que cela a changé quelque chose pour lui ?

Déjà la famille n'est pas au courant que c'est lui qui est à l'origine de l'infertilité.

Comment vivez-vous désormais ces accusations d'infertilité à votre égard ?

Au début cela ne me faisait pas mal, même si elle m'accusait, que c'était moi qui étais à l'origine de l'infertilité. Ma belle-mère, elle me disait tout le temps « mon fils est capable d'avoir des enfants, mais tant que tu es là, il ne pourra pas les avoir. Tu es un barrage pour lui car il ne peut pas avoir d'enfants. » À un moment donné, elle a décidé que le moment est venu de se séparer, mon conjoint et moi. Chez eux, c'est comme ça, c'est la maman qui décide.

Et qu'est-ce que votre conjoint a dit par rapport à cela ?

Il s'est opposé à sa mère, il lui a dit non, il s'est imposé devant elle. Heureusement qu'il me soutenait parce que c'était vraiment compliqué. Il y a eu des moments où la belle-mère est venue avec des filles dans notre maison. Elle s'est installée chez nous et elle voulait trouver une femme à son fils. Elle est restée 18 mois chez nous, c'était vraiment un calvaire. C'était vraiment compliqué à la maison. Elle cherchait les Africaines qui revenaient du Congo, elle leur disait qu'elle avait son fils qui cherchait une femme à marier pour avoir des enfants. Elle allait jusqu'à les emmener à la maison avec elle. Mais elle le faisait quand mon conjoint était absent. Les relations se sont plutôt apaisées maintenant mais je ne parle pas avec ma belle-mère. Il n'en est pas question, elle me déteste jusqu'à présent car elle pense que c'est moi qui suis à l'origine de l'infertilité. Elle pense même que je ne veux pas avoir beaucoup d'enfants.

Mais vous m'aviez dit avoir un enfant ? Parlez-moi un peu de lui.

Je l'ai eu ici à Bichat à cause de la PMA, après la consultation avec le médecin

gynécologue et la découverte de l'infertilité de mon mari. Le médecin nous a conseillé de choisir un hôpital Louis-Mourier ou l'hôpital Bichat. J'ai essayé à Louis-Mourier, mais il y avait trop de congolaises là-bas. Mais en même temps, il y avait d'autres nationalités bien sûr. Je ne voulais pas qu'elles aillent parler de mes problèmes autour d'elle, vous voyez bien ce que je veux dire [*Référence aux commérages au sein de la communauté noire surtout celles issues du même pays que nous*]. C'était des personnes que je connaissais et qui vivaient dans le même quartier que moi. Donc j'ai préféré l'hôpital Bichat qui était éloigné de chez moi où je ne connaissais personne.

C'est à ce moment que j'ai rencontré le Docteur Hazout. Il nous a fait un premier traitement qui a fonctionné du premier coup. C'était en 2007, nous avons commencé à consulter en 2006. Nous avons eu à refaire une batterie d'examens. Et après, cela ça marché, à la première tentative.

Cela a apaisé le problème avec ma belle-mère, elle était contente d'avoir un petit fils. Mon fils a huit ans. Nous avons fait la première tentative en janvier 2007, cela a marché du premier coup. Lorsque mon fils a eu 18 mois, nous sommes revenus pour une seconde tentative. J'ai encore pris un rendez-vous. Comme vous pouvez le constater, ici, on change beaucoup de médecins, ça tourne beaucoup, on est obligé de réexpliquer tout ce qu'on a déjà fait et tout ce qui s'est passé. Des fois, on se retrouve avec des médecins qui vous disent : « je ne comprends pas votre dossier ». Et là on explique et on réexplique tout. Avec le nouveau médecin en a fait plusieurs tentatives, je ne me rappelle plus exactement du nombre. C'était des transferts d'embryon. J'ai essayé avec lui, si ma mémoire est bonne, 4 fois. Une fois, après la tentative, j'ai été enceinte et ensuite j'ai fait une fausse couche, j'avais quatre mois de grossesse.

Avez-vous eu les raisons de cette fausse couche ?

Non je n'ai eu aucune explication. Il m'a dit qu'il n'y avait aucune explication que la grossesse était sortie tout simplement. Je l'ai très mal vécu jusqu'à présent, je n'arrive pas à m'en défaire. Juste après, j'ai encore fait une fausse couche mais cela à six mois de grossesse. Ce que je ne comprends pas, c'est que nous sommes suivis ici pour la PMA, mais dès que nous sommes enceintes, limite on nous abandonne dans la nature, « débrouillez-vous », c'est comme ça ici. J'ai même essayé de faire une demande pour pouvoir accoucher ici à l'hôpital Bichat, j'ai essuyé un refus. Déjà ici c'est très administratif vous remplissez un dossier, et ensuite ou on vous appelle ou on vous envoie un courrier pour vous dire que votre dossier a été refusé pour pouvoir accoucher ici à l'hôpital. C'est comme ça ici. Mais à l'hôpital Louis-Mourier, ce n'est pas comme ça, dès que tu appelles tu

as un rendez-vous et le jour du rendez-vous, on t'inscrit directement. Ici ce n'est pas comme ça. Ce que j'aurais souhaité c'est être suivie par le médecin qui m'a prise en charge pour la PMA car, dans un autre hôpital, ils sont obligés de vous interroger par rapport à votre histoire personnelle et médicale aussi. Il faut tout expliquer : « j'ai fait ci, j'ai fait ça, j'ai fait tant de fausses couches, j'ai fait tant de traitements de PMA à Bichat... »

Parlez-moi de votre première fausse couche.

Je l'ai faite en 2010, c'était à la suite d'une FIV. La deuxième, je l'ai faite, j'avais, je pense trois mois de grossesse. C'était aussi après un traitement de fécondation in vitro. Celle-ci s'est faite, si je me souviens bien, en 2011. Mais je pense que ça devait aussi être en 2010 car après la première fausse couche, j'ai attendu trois mois et j'ai repris un nouveau traitement.

Comment vivez-vous l'attente des résultats du test de grossesse ?

Ah ça je ne pensais vraiment pas à cela car je savais qu'il n'y aurait pas de bonnes nouvelles. J'évitais de penser à ça. Mais j'attendais quand même. L'hôpital Bichat, dès que vous faites une prise de sang, on faxe les résultats directement et ensuite on vous appelle. Des fois, on ne vous appelle pas le jour même. Des fois c'est deux jours après. On vit dans l'angoisse. On ne dort pas, on vit dans l'angoisse. On se demande « est-ce qu'il faut que j'aille acheter un test de grossesse à la pharmacie ? » Mais cela je n'osais pas le faire car je me disais au cas où c'est négatif, je vais me sentir très mal, je ne pourrais pas assumer. Mais le fait d'attendre juste le coup de fil de l'hôpital, on est là on surveille le téléphone. Même si quelqu'un d'autre t'appelle, tu ne décroches pas car tu es dans l'attente du coup de fil de la secrétaire, de la sage-femme donc tu ne décroches pas.

Comment cela se passait avec l'équipe médicale durant les implantations ?

Tout se passait bien, la seule chose que je souhaiterais changer, c'est le suivi car je pense que nous ne sommes pas très bien suivis. Surtout le suivi, on n'est pas suivi, on n'est pas écouté non plus par les médecins. Je souhaiterais avoir quelqu'un avec qui discuter sur tout ce que je vis en PMA. Par exemple maintenant, je suis allée faire une hystérosalpingographie, et je n'ai aucun fibrome. À chaque fois que je viens je n'ai aucune explication, pour savoir comment cela évolue, elle ne peut rien te dire, que les médecins. Il faut attendre le jour de votre rendez-vous avec le docteur, c'est tout le temps comme ça. Vu que j'ai attendu pendant une année. Je ne sais pas comment ça évoluait, si c'est des millimètres ou des centimètres ? Je pose des questions au radiologue, elle me demande d'attendre la consultation avec le médecin. C'est vraiment frustrant.

Mais votre hystérosalpingographie de ce matin, est-ce que vous avez eu des réponses ?

Oui, par contre, celle de ce matin avait été très aimable, elle m'a expliqué que le fibrome était dans l'utérus et qu'il fallait envisager une opération chirurgicale avant d'entreprendre une nouvelle tentative.

Qu'est-ce qui va se passer après ?

Je suis censée ramener tous les résultats au médecin. Ici, c'est elle qui décide à quel moment doit se dérouler l'opération. Donc je devais prendre rendez-vous le plus rapidement possible. C'est la raison pour laquelle je suis passée au secrétariat ce matin. Mais comme d'habitude il n'y a pas de place et je suis sur la liste d'attente. Il n'y a jamais d'explication. Tel que je vous l'ai expliqué, lorsque j'ai fait mes fausses couches c'est à l'hôpital Louis-Mourier ce n'est pas l'hôpital Bichat. Quand j'arrive ici et que j'explique, il me demande toujours pourquoi je ne suis jamais venue ici au moment de la fausse couche ? [*Elle le dit sur un ton ironique et vraiment frustré*]. Je leur renvoie la question « Est-ce que on m'a accepté dans votre hôpital ? Non. ».

Dernièrement, j'ai aussi fait une grossesse arrêtée, c'était à la suite d'un transfert. J'avais des douleurs atroces au ventre, tout le temps des douleurs. Je suis venue aux urgences, ils m'ont dit que ce n'était rien du tout et que cela pouvait arriver après un transfert.

Mais la douleur persistait. Quand je suis arrivée une seconde fois j'avais très mal. J'arrive ici, je leur dis « je n'en peux plus, j'ai vraiment mal ». Ils m'ont donné des calmants, cela n'apaisait toujours pas la douleur. Et comme j'ai gueulé, il y avait un médecin qui passait dans les couloirs et qui s'est arrêté. Il m'a vue, il m'a posé des questions et c'est à ce moment qu'il a vraiment pris en compte ma souffrance. Ils m'ont fait une échographie, ils ont vu que c'était vraiment grave et ils m'ont amenée directement au bloc. Vous voyez combien de temps ils ont mis pour se rendre compte que c'était vraiment une urgence alors que cela s'est passé trois semaines après le transfert ? J'avais déjà des douleurs et la première fois ils m'ont dit que c'était dû aux stimulations ovariennes. J'en avais l'habitude mais là c'était vraiment trop, c'était ça ou grossesse arrêtée. Ils ont dit aussi que c'était une torsion des ovaires. Ils ont dû aspirer la fameuse grossesse arrêtée et il n'y avait pas d'explication aussi comme d'habitude.

J'ai quand même demandé le compte rendu. Je suis venue voir le médecin avec, avant qu'on ne m'envoie chez un autre médecin. C'est même à ce moment-là que je vous ai rencontrée. Franchement elle, elle ne parle pas beaucoup. C'est pour cette raison que j'ai changé de médecin. Il n'y avait jamais d'explication, rien du tout. Même quand j'ai fait la fausse couche, j'avais six mois de grossesse. Cela s'est passé à l'hôpital Beaujon, vous voyez je suis suivie à l'hôpital Bichat, dès que je tombe enceinte je suis lâchée dans la

nature donc je vais à l'hôpital Beaujon ou à l'hôpital Louis-Mourier. J'ai vraiment besoin d'un endroit calme où je suis bien suivie. Quand je vais à Louis-Mourier et que j'explique la situation, ils me disent que ce n'est pas normal, vu que je suis suivie là-bas pour la PMA, je devrais aussi être suivie pour la grossesse. Depuis 2006 jusqu'à maintenant, toutes les grossesses que j'ai eu je n'ai jamais été suivie ici. Dès que je viens pour faire une inscription, attend la réponse mais celle-ci est toujours négative. C'est compliqué même à six mois quand j'ai fait ma fausse couche. Apparemment, je ne sais pas si c'est moi qui fais obstacle à tout ça, je ne sais pas.

Pourquoi pensez-vous cela ?

C'est à cause des événements. Attendez, j'ai fait une fausse couche à Beaujon, on m'a dit qu'on allait faire une autopsie sur le fœtus. Je ne sais pas si cela a été fait. Je suis repartie pour demander ce qu'il en était, ils m'ont dit « on va vous appeler ». Ils ne l'ont jamais fait jusqu'à présent et cela s'est passé en 2012. Même ici j'ai essayé d'en discuter avec le docteur : « Est-ce que vous ne pouvez pas demander les résultats de l'autopsie, vu que vous êtes mon médecin, pour essayer de comprendre ce qui ne va pas ? » Elle ne l'a jamais fait. Quand je lui ai expliqué que j'ai fait une fausse couche, elle m'a répondu : « Ah bon, vous avez fait une fausse couche. » Elle semblait plutôt surprise puis elle a ajouté « Oh la pauvre ». C'est tout, cela s'arrête là. Elle n'a pas voulu vraiment chercher comment cela s'est fait et pourquoi, elle ne m'a même pas demandé le compte-rendu, rien du tout. Je lui ai donné le compte-rendu de mon propre gré.

J'ai décidé de changer de médecin, mais la dernière fois quand je suis venue à l'hôpital La Pitié-Salpêtrière, on a expliqué au médecin qui suivait mon mari pour l'azoospermie. Il nous a dit que ce n'était pas possible qu'on devait avoir un suivi, un suivi vraiment régulier. C'est lui qui nous a fait un courrier et on est venu ici, et c'est elle qui nous a conseillé de voir le Docteur E.... Mais pour avoir un rendez-vous c'est vraiment difficile. J'ai eu un rendez-vous avec elle c'était vraiment bien car elle est à l'écoute. Il y avait aussi un autre médecin comme elle, il était vraiment à l'écoute, il n'est plus à l'hôpital Bichat. J'ai essayé d'avoir son adresse, je l'ai trouvée. Je suis en train de réfléchir pour voir si je ne vais pas aller le consulter, lui. Il est maintenant à son propre compte. Avec lui, c'est vraiment bien car quand il voit qu'un traitement ne marche pas, il change de solutions ou de trajectoire tout simplement. Même s'il consulte en privé, après, pour le transfert d'embryon, il nous envoie dans un hôpital public. Donc les ordonnances, c'est lui qui les fait mais l'hôpital accepte de faire le transfert d'embryon. Le Docteur Auger prenait vraiment son temps. Il prenait même le temps de m'appeler pour savoir comment j'allais, si je supportais bien le

traitement, si ça n'allait pas, est-ce que c'était possible de le changer, par exemple. Concernant les autres médecins que j'ai eus après, c'était vraiment pas cela. Mais avec le Docteur Epelboin, c'est la première consultation. On verra comment cela va se passer. J'ai vraiment vu défiler plusieurs médecins. Après le Docteur Auger, j'ai eu le Docteur Sylvie puis on m'envoyait chez docteur C. S. Ensuite j'en ai eu une autre qui s'appelle Khan. Je ne sais pas qui, en tout cas j'ai vu plusieurs médecins et c'était des consultations avec l'un, ensuite on change le jour ou avec un autre, à chaque fois c'est comme ça.

Ce dont je me plains ici, c'est le fait que les rendez-vous sont trop longs et déjà, pour les avoir, c'est compliqué. Une fois, je suis venue j'ai voulu prendre trois rendez-vous de suite, et la secrétaire m'a dit que ce n'était pas possible. Je voulais le faire pour pouvoir anticiper mais la secrétaire m'a dit non. C'est elle qui donnait un rendez-vous tous les deux mois. C'est vraiment ce qui m'énerve ici, je vous pose la question de savoir pourquoi je suis venue à Bichat. J'aurais pu aller dans un autre centre de PMA mais cela allait être encore plus loin.

Est-ce que votre famille au pays est au courant de vos difficultés ?

Oui, ils sont au courant, ils savent tout, ils me demandent de ne pas désespérer. Le problème c'est que je suis la fille unique et il n'y a que des garçons. En plus si je fais un enfant et que c'est un garçon, ma mère se dit : « C'est un garçon que tu as eu. Après, lui, il ira épouser une femme et les enfants seront pour cette femme. Ce ne sera pas ta famille à toi. » C'est parce que, dans nos coutumes et traditions, l'enfant est généralement pour la femme.

Ma mère me dit souvent « tu sais que tu es une femme, tu es ma fille, tu es l'unique fille que j'ai, alors, si tu vois que cela ne marche pas, mets tes sentiments de côté et trouve-toi un autre mari ». Moi, je dis à ma mère que ce n'est pas bien et qu'elle imagine que c'était moi qui étais à l'origine de l'infertilité, que moi je ne peux pas faire d'enfants et que lui peut en avoir. Ce n'est pas bien son conseil et je lui dis que je ne le suivrai pas.

Est-ce que les problèmes que vous vivez en ce moment remettent en cause votre identité de femme ?

Oui, des fois je me dis que je ne suis pas une femme parce qu'une femme est faite pour avoir des enfants et moi je n'en ai pas. Le problème c'est qu'avec lui je ne peux pas, donc quelque part... Je pense que je ne suis pas une femme ou bien que je suis une femme à moitié. J'ai un enfant mais je pense que ça va, si au moins j'avais une fille aussi ça va, ça aurait équilibré les choses. Mais pour mon mari, ça va, vu les difficultés qu'on a, il se contente de notre fils. Il me dit souvent : « Tu sais, ce n'est pas la peine de te torturer. On a

eu un enfant, je pense que ça va. Il y a des couples qui n'en ont pas, qui font des FIV à répétition et toujours aucun résultat, ça ne marche pas. Nous, on a eu la chance d'en avoir un donc je pense que ça nous suffit ». Et moi je lui réponds toujours « toi ça te suffit mais moi non. »

Quelle était votre ressenti par rapport au diagnostic d'infertilité de votre conjoint ?

Je savais que ça ne venait pas de moi, j'étais plutôt triste pour lui, il y a un moment où il voulait se suicider. Il se disait.... « En fait, je suis bon à rien, je suis un homme oui, mais il faut prouver que je suis un homme. Moi je ne peux pas le prouver. » Il voulait en finir avec la vie plutôt que d'être là. Heureusement que j'étais là, à ce moment-là, je l'ai beaucoup soutenu. Je lui ai dit « on va aller voir un gynécologue. » À ce moment-là, on ne savait pas qu'il y avait des solutions, on ne savait pas du tout qu'il y avait des solutions comme les FIV, on ne savait rien.

Le médecin qui a posé le diagnostic ne vous a pas parlé des solutions ?

Il nous a expliqué mais sûrement qu'on ne voyait que l'infertilité, notre esprit était plus concentré là-dessus que sur tout ce qu'on nous disait après. On n'avait rien compris. Je peux dire qu'on avait les oreilles bouchées. On entendait sans entendre. Quand nous sommes venus à Bichat, le médecin nous a expliqué ce qui devait se passer. Après des fois je pense que les médecins peuvent dire n'importe quoi car c'est toujours Dieu qui décide. On a fait une première tentative j'avais l'espoir jusqu'au jour où ça a marché. J'ai fait une prise de sang, j'ai appelé l'après-midi pour me confirmer que j'étais enceinte. J'ai raconté à la sage-femme que je saignais car, à ce moment-là, j'avais mes règles. Mais la sage-femme m'a confirmé que je pouvais avoir mes règles mais qu'il fallait que je sache que j'étais enceinte. C'était confirmé par le test de grossesse. Il fallait que je fasse attention à moi. Il fallait que je me repose. À ce moment-là, je travaillais donc j'ai tout arrêté. Mais je n'ai pas arrêté tout de suite car je me disais toujours que j'avais mes règles et que c'est sûr que la grossesse va passer. Deux jours plus tard je suis revenue en consultation avec un nouveau test de grossesse et le médecin m'a encore confirmée que j'étais enceinte. Il m'a dit qu'au bout de trois jours les saignements allaient s'arrêter et c'est ce qui s'est passé. Je pense qu'à ce moment-là j'ai acheté au moins 15 tests de grossesse. Pour être vraiment sûre que j'étais enceinte. J'avais vraiment du mal à accepter le fait que j'étais enceinte mais en même temps, j'étais contente car tous les tests étaient positifs. Je savais que j'étais enceinte mais... mais j'attendais les changements liés à la grossesse. J'ai attendu un mois : rien du tout. Deuxième mois : rien et je vous pose la question de savoir comment cela pouvait se faire. C'est à partir du quatrième mois que j'ai commencé à ressentir les malaises. Et c'est là

où je me suis dit « je suis vraiment enceinte. »

Avez-vous songé à un autre traitement en-dehors de la PMA ?

Non je n'ai envisagé aucun traitement. Ma mère m'a proposé des soins traditionnels mais j'ai dit non.

Pourquoi ?

Je lui ai dit que cela devait marcher que les traitements que je faisais étaient mieux que les traitements traditionnels. Je lui disais souvent que Dieu va faire, je lui répétais ça à chaque fois qu'elle m'appelait. Ça viendra quand Dieu va décider, pour l'instant il ne l'a pas encore fait, donc j'attends. Quand il va décider, ça va se faire. Et puis quand je suis tombée enceinte, j'ai appelé maman pour lui dire « écoute cette fois-ci, Dieu a décidé et voilà ce qui s'est passé. » Je l'ai annoncé à ma mère quand je pense que j'en étais au huitième mois de grossesse. Mais quand je lui ai annoncé la nouvelle, je lui ai dit que j'étais à deux mois de grossesse. Sinon elle allait me poser des questions et m'appeler tout le temps donc j'ai préféré lui dire ça comme ça. Parce qu'elle était contente, elle allait m'appeler tous les jours et me posait plein de questions. Du coup quand j'ai accouché, j'ai fait pareil. Je n'ai pas appelé tout de suite. J'ai appelé quand l'enfant avait deux mois.

Pourquoi attendre tout ce temps ?

Parce que je voulais profiter d'abord moi toute seule en tant que mère avant de partager ma joie avec mes proches. Et puis au final, je l'ai appelée pour lui dire. Elle m'appelait tous les jours, des fois, à cinq heures du matin. Elle appelait des fois juste pour entendre le bébé pleurer, en plus elle n'a jamais vu mon fils. Parce que la dernière fois que je suis repartie au Congo c'était en 2004 et je n'avais pas encore d'enfants. De plus, ma mère a voulu que je revienne au pays parce qu'elle savait qu'au Congo il y avait des traitements qui pouvaient m'aider à avoir des enfants. Je lui ai répondu que non et que je devais retourner auprès de mon conjoint. Elle m'a dit que je pouvais trouver un mari là-bas au pays, je lui ai répondu que non.

Comment vivez-vous les étapes de la PMA ?

Je ne vis pas ça très bien. À chaque fois que je viens ici, je stresse, j'angoisse car j'ai peur de ce que je vais entendre. Je me dis un jour, on va me dire c'est la fin, on arrête tout, on a tout essayé et là on ne peut plus rien pour vous et cela me fait très peur [*elle est vraiment triste quand elle lui dit*]. Même si je sais qu'il y a toujours cette possibilité d'aller à l'étranger, j'ai quand même peur... Déjà, quand on arrive ici, on a déjà plein de soucis personnels, la seule chose qu'on veut c'est avoir des explications claires et du coup on se dit « la prochaine fois que je reviendrai, ce sera toujours la même chose, on n'aura pas

d'explication ». Et cela m'angoisse tout le temps surtout concernant les fibromes, tout le temps ça m'angoisse.

La dernière fois que je suis venue j'ai posé la question de savoir qu'est-ce qui n'allait pas. On m'a dit que c'est avec l'échographie qu'on saura tout et qu'on aura des réponses. J'ai fait tous les examens, j'attends maintenant que le médecin m'explique les résultats. Ce que le radiologue m'a dit, c'est de prendre le rendez-vous le plus rapidement possible avec mon médecin traitant parce que si on ne le prend pas tout de suite, ça va être trop tard. Mais je lui ai expliqué que cela faisait déjà une année et du coup elle n'a pas compris pourquoi ça a pris autant de temps. Car on l'a su depuis 2014, octobre 2014, et elle m'a posé la question de savoir : « c'est maintenant que vous faites l'hystérocopie ? » Je lui ai répondu « oui c'est comme ça ». Ce n'est pas normal car au moment où je venais pour faire une échographie pelvienne, on m'a demandé d'arrêter le traitement de fécondation in vitro tout de suite. Du coup j'ai été choquée par l'arrêt du traitement, je n'ai eu aucune explication. Ils m'ont juste expliqué que c'est à cause de la découverte des fibromes qu'il fallait absolument que j'arrête le traitement. Moi je voulais plus d'explications car je ne savais pas exactement ce que c'était les fibromes et ce que ça pouvait faire dans mon corps. Il n'y avait personne pour m'expliquer, je suis repartie chez moi.

Une semaine plus tard, je suis revenue à l'hôpital. Ni la sage-femme, ni médecin. La seule chose qu'elle m'a dit c'est d'attendre mon rendez-vous avec le médecin. Du coup j'ai commencé à crier parce que je ne comprenais pas, ils ont dû appeler Docteur Yaz pour essayer de me calmer. C'est lui qui m'a amenée dans son bureau, il a essayé de m'expliquer avec des schémas. Il m'a dit que les fibromes pouvaient gêner l'implantation du fœtus c'est la raison pour laquelle on avait tout arrêté et que l'implantation ne pouvait donner aucun résultat ça devait se solder par un échec. Et donc contre les fibromes qui envahissent l'utérus, on est obligé de faire une opération et de tout enlever. Vous imaginez ce que ça fait d'apprendre ce genre de choses ? C'est la raison pour laquelle je suis angoissée tout le temps. Je voyais vos appels, je me disais « qu'est-ce que je vais pouvoir lui dire ? est-ce que je vais pouvoir parler avec elle ? » Si déjà j'ai des fibromes et que peut-être dans un mois ou deux ans on va m'enlever mon utérus, je ne pourrai plus avoir d'enfants et donc pourquoi en parler ?

[Remarque : *Ce que je peux comprendre c'est que Madame est très angoissée par le fait que si on lui enlève l'utérus, qui caractérise sa féminité et qui par la même occasion lui permettrait d'avoir un enfant, cela l'anéantirait car elle ne pourrait plus atteindre son objectif d'avoir des enfants. De plus, le fait qu'elle n'ait pas d'explication de la part de*

l'équipe médicale sur ce que sont les fibromes, ce que ça peut engendrer, quels sont les risques et les conséquences, la plongent dans une angoisse qui fait que les rendez-vous sont vécus dans le stress d'apprendre de nouvelles choses qui vont empêcher une fécondation in vitro ou l'arrêter totalement. J'essaie d'expliquer à Madame qu'il y a une possibilité de faire des fécondations in vitro sans les trompes mais sans utérus, je ne sais pas et je ne suis pas sûre mais qu'on pouvait vérifier ces éléments sur Internet pour essayer de la rassurer. Nous avons un peu discuté du don d'ovocytes. Madame n'est pas tout à fait d'accord avec cette proposition car, pour elle, l'enfant ne sera pas le sien, même si elle supporte la grossesse. Il y a ici un refus catégorique d'avoir à utiliser cette issue pour pouvoir aboutir à la maternité. Pour elle ce serait comme une adoption ; elle trouve que c'est pareil. Pour elle, elle pense qu'il n'y aura rien dès lors que cet enfant sera en gestation dans son ventre. Elle refuse totalement le don d'ovocyte. Je lui ai dit : « Ce sera forcément l'enfant de votre mari puisque le sperme sera de lui. Vous savez celle qui porte l'enfant, c'est forcément la mère de l'enfant. » « Les réponses que vous m'avez apportées me rassure. Au moins, j'ai une explication [Allusion au fait que nous ayons cherché sur Internet quelques informations concernant la PMA].

Est-ce que la qualité des liens avec l'équipe médicale peut avoir une influence sur l'échec ou la réussite en PMA ?

Oui je pense que cela peut avoir une incidence sur la suite des événements parce que moi, par exemple, lorsque j'arrive je viens avec des questions et je repars avec mes questions sans réponse. Je trouve que ce n'est pas une bonne chose. Ça peut vraiment bloquer sur la suite des événements. Des fois, je me dis qu'on est pris comme des moutons, « venez ici passez par là », tout cela me choque, des fois.

Pour vous qu'est-ce que ça représente d'avoir un enfant ?

Ça représente beaucoup de choses en ce sens femme on se sent mère. C'est vrai que j'ai un enfant qui m'appelle maman mais je ne me sens pas vraiment maman entièrement. Pour moi être femme il faut vraiment passer par la maternité c'est le seul moyen de devenir une vraie femme.

Mais vous avez un enfant ?

Oui, c'est vrai que je suis une femme mais je ne suis pas encore comblée.

Comment vivez-vous l'attente des résultats ?

Surtout le VIH c'est très angoissant. Déjà, quand j'ai fait le premier test de VIH, on n'a rien trouvé mais j'ai quand même insisté pour avoir un second test, on ne sait jamais. Et après le deuxième test, on a dit qu'il n'y avait rien mais par contre pour l'hépatite B c'était positif.

Suivez-vous un traitement contre l'hépatite ?

Non, je ne suis aucun traitement car je l'ai dans le sang mais il n'est pas actif. Je n'ai pas de traitement, je vais juste voir l'hépatologue qui me fait passer des tests pour voir à quel moment on peut commencer le traitement de fécondation in vitro.

Est-ce que l'annonce de l'hépatite B n'a pas retardé la prise en charge en PMA ?

Si, bien sûr, cela a vraiment retardé le traitement. Ça a vraiment bloqué le traitement et comme toujours il n'y avait pas d'explication. Rien du tout. J'étais sous traitement. On a dû tout arrêter parce qu'on avait découvert que j'avais une hépatite virale.

Un bon jour, j'étais chez moi, on m'appelle pour me dire qu'il faut que j'arrête le traitement. Non, c'était déjà pour me dire que j'avais l'hépatite. Ils ne m'ont pas vraiment dit d'arrêter le traitement. La sage-femme m'a appelée pour me dire le jour du transfert. J'arrive ici au laboratoire. C'est à ce moment-là que j'ai appris qu'on ne pouvait pas faire le transfert car j'avais l'hépatite B et qu'il fallait d'abord que je sois traitée. Il fallait que je passe d'autres examens afin que le médecin puisse décider si je peux faire le transfert. Je me suis posée la question de savoir mais pourquoi ils n'ont pas demandé de ne pas venir ? J'ai suivi le traitement jusqu'au bout et là, à la fin, ils me demandent de tout arrêter. Le jour où j'arrive pour le transfert ils me demandent, ils me disent qu'ils ne peuvent rien faire.

Je suis allée voir la secrétaire du Docteur Hazout qui nous a fait rentrer entre deux consultations et là, le médecin m'a tout expliqué. C'est là où je me dis que ce médecin il était vraiment génial, c'était le meilleur. Il nous a pris sans rendez-vous et il nous a juste expliqué 10 à 15 minutes de quoi il en retourne. Avec les autres, ici, comme ça, ça ne passe pas, c'est vraiment pas possible. Avec l'ancienne secrétaire, c'était vraiment simple, elle faisait rentrer entre deux consultations, elle me donnait un rendez-vous au plus vite. Avec les autres, on explique les problèmes qu'on a, elles ne peuvent même pas nous laisser passer pour 5 ou 10 minutes afin de discuter d'un problème.

Comment vivez-vous toutes ces complications ?

Vraiment franchement, ça vous affaiblit. Du coup, je ne voulais plus de traitement, j'ai tout abandonné.

J'avais abandonné. C'est le docteur qui m'a rappelée, il m'a motivée, il m'a demandé d'aller à l'hôpital Beaujon. C'est même lui qui a prit mon rendez-vous là-bas car je lui avais dit que je n'avais pas le courage et la force de le faire, que j'arrête tout. Il m'avait dit qu'il allait me rappeler, ensuite il m'a rappelée pour me dire qu'il m'avait pris un rendez-vous. Là-bas j'ai fait encore une batterie d'examen, j'ai eu des ordonnances, et le médecin hépatologue m'a dit que l'hépatite B ne gênerait en rien la suite du traitement de fécondation in vitro.

Deux mois plus tard je suis revenue à l'hôpital Bichat et j'ai recommencé les traitements. J'étais vraiment découragée car il y avait un jour où il n'était pas là, on a rencontré un autre médecin qui nous a dit qu'on ne pouvait pas nous transférer deux embryons car je suis trop jeune. Alors que le docteur H. m'avait dit qu'il allait voir car j'étais très jeune et l'autre médecin aussi a jugé pareil. Il m'a dit « un seul un embryon vous suffit ». Par contre, mon ancien médecin, il avait finalement changé d'avis car, avec ces deux embryons, on pouvait multiplier les chances. Et c'est lui-même qui m'avait transféré les deux embryons. Cela a marché quand même jusqu'à trois mois après j'ai fait une fausse couche.

Des fois je me dis que peut-être que c'est lui qui me portait chance, on ne sait jamais. Car je savais qu'avec toutes ces complications, avec lui, si je posais une question je vais avoir mes réponses, même si c'était pas la réponse que j'attendais mais au moins j'avais une réponse. Il va prendre tout son temps pour bien expliquer, il me rassurait, il m'apaisait. Déjà, il avait cette capacité à voir en consultation que je n'allais pas bien et il me le faisait savoir, il me conseillait même d'aller voir un psychologue.

Vous l'avez fait ?

Avec lui, oui, je l'ai fait une fois mais avec les autres qui m'ont conseillée non, après ma fausse couche. Mais je n'ai plus envie de voir un psychologue. Après ma fausse couche je ne sais pas si j'étais réellement de ce monde, je me sentais vraiment ailleurs, car je savais que j'allais avoir une fille, j'avais tout préparé, et un jour comme ça il n'y a plus rien. On m'avait conseillé de voir un psychologue et je disais toujours non et plus comme vous savez, nous les Africains, je me disais je ne suis pas folle pourquoi voir un psychologue ? Et je me disais que j'allais surmonter tout cela et que ça passera avec le temps, c'est souvent des choses qui arrivent et que ça passera. Mais plus le temps passait plus je n'arrivais pas.

Et un jour, j'ai décidé d'aller voir la fameuse psychologue. Elle a commencé à me poser des questions, j'ai commencé à pleurer. Elle m'a demandé si j'avais déjà trouvé un prénom pour ma fille, je lui ai dit oui. Puis elle m'a conseillé d'acheter un chien ou un chat et de lui donner le même prénom. J'ai vraiment mal vécu ça, je me suis dit vraiment ce jour-là, elle ne m'avait pas rassurée. Et je me suis dit plus jamais je n'aurai recours à des psychologues. Je me suis dit : elle a minimisé ma douleur en me demandant de prendre un chien ou un chat et de lui donner le prénom de mon enfant. Je suis sortie de son bureau en criant et c'est une de ses collègues qui a essayé de me calmer.

Et les traitements traditionnels ?

Je n'ai jamais essayé parce que je me disais que ça ne marcherait pas car au pays il y a des

gens qui ont essayé et cela n'a jamais marché. Et ici il y a des traitements qui fonctionnent, les gens ont des résultats et à ce moment-là j'avais déjà commencé à consulter à l'hôpital Bichat. De plus on m'avez déjà rassurée et donc je me suis dit cela ne sert à rien.

Mais avant Bichat, si vous aviez eu la possibilité de suivre un traitement traditionnel l'auriez-vous fait ?

Oui, je l'aurais sûrement fait. Car je n'avais aucune connaissance aucune information sur la PMA. J'aurais sûrement fait, mais comme on m'avait déjà rassurée, à l'hôpital Bichat, on m'avait plus ou moins expliqué ce qui allait se passer donc après non, je ne pouvais sûrement pas. Et du coup, après la première tentative et que ça a marché immédiatement, je me suis dit c'est la meilleure. De toute façon les traitements traditionnels je les aurais faits mais je n'aurais jamais su qui était vraiment à l'origine de l'infertilité, est-ce que c'était lui est-ce que c'était moi. Alors qu'avec la médecine occidentale, cela a prouvé que c'était lui qui était à l'origine de nos problèmes, c'est lui qui était plus concerné.

Quelle était votre vision de la PMA avant de commencer les traitements ?

Déjà je n'avais aucune information par rapport à ça et je ne m'imaginai pas un jour avoir recours à cela. Le médecin qui m'a orientée m'a juste expliqué que si cela ne marchait pas, il faisait allusion aux cachets qu'il m'avait prescrits, qu'il y avait d'autres méthodes encore plus poussées qui pouvaient me permettre d'avoir des enfants.

Que souhaiteriez-vous changer dans votre prise en charge en PMA ?

Que les médecins soient plus à l'écoute des patients car quand on est dans ce processus de PMA, on est vraiment désorienté. Des fois, on a juste envie qu'on nous écoute. On a envie de parler, vraiment parler, sans en finir, pour dire ce qu'on ressent vraiment. On est conscient que cela prend du temps avec lui, avec d'autres patients à l'extérieur qui attendent mais au moins on veut être écouté. En tout cas, en ce qui concerne la prise de rendez-vous, il faut vraiment avoir un cœur, avoir de la motivation pour pouvoir continuer, mais arrivé à certains résultats, c'est vraiment pas possible. On a toujours peur, rapport à ce qu'on nous annonce à chaque fois. On se dit « on a fait des examens, on a un rendez-vous avec le docteur, ensuite on aura d'autres rendez-vous », en tout cas ça n'en finit pas.

Là, j'ai une échographie que je dois faire mais je ne sais vraiment pas à quel moment je pourrais la faire. C'est attendre qui me dérange. Pour faire cet examen que j'ai fait aujourd'hui, j'ai dû attendre longtemps. Déjà, c'est vraiment compliqué car c'est un examen qu'il faut faire au septième jour du cycle et moi, vu que j'ai un cycle irrégulier, c'était vraiment compliqué parce que je peux faire trois mois sans avoir les règles. Cela pose vraiment problème, j'avais essayé de demander au médecin un traitement pour essayer de

réguler mon cycle menstruel, le médecin m'a dit non. Peut-être qu'elle a une explication mais comme d'habitude elle ne me l'a pas donnée. Elle m'a juste dit « surtout il ne faut pas essayer de traitement, non il n'en est pas question. »

4. Entretien retranscrit de Sergine

Bonjour je souhaiterais que vous me parliez de vous.

Je m'appelle Sergine, j'ai 35 ans et je suis de la Côte d'Ivoire. Je vis en concubinage depuis 2007 avec mon conjoint.

Vous travaillez ?

Oui, je suis femme de ménage.

Depuis combien de temps vivez-vous en France ?

Depuis 2003, je suis venue parce que mon ex-mari vivait ici, donc il m'a fait venir.

Parlez-moi de votre ex-mari.

Au pays, on s'est marié traditionnellement. Là-bas, on vivait ensemble, nous avons eu 2 enfants, une fille et un garçon, et après il est venu ici. Déjà, depuis le pays, on ne s'entendait pas tellement bien et je voulais demander le divorce mais ses parents ne voulaient pas.

C'était un mariage arrangé par la famille ?

Non, on s'est rencontré, on s'est aimé, mais il avait des comportements qui ne me plaisaient pas. Il profitait beaucoup, souvent il avait beaucoup de copines et des fois il ramenait des filles sous notre toit. Franchement il n'y avait pas du tout de respect. Après, on a eu 2 enfants ensemble.

Vos enfants vivent avec vous ?

Non, ils sont restés au pays, ma fille a 18 ans et le garçon 16 ans.

Il vit toujours ici en France, mon ex-conjoint. Il n'appelle même plus les enfants parce qu'on ne vit plus ensemble.

Après, vous avez divorcé ?

En 2004, car malgré qu'on soit venu en France, cela n'allait pas.

Parlez-moi de votre famille.

J'ai 2 frères et 2 grandes sœurs. Je suis la quatrième du ventre de ma mère.

Ma mère est vivante et mon père, lui, n'est plus.

Comment aviez-vous vécu votre départ pour la Côte d'Ivoire ?

Déjà, au pays j'étais une commerçante, je me débrouillais pas mal. Du coup quand il a appelé mes parents pour dire de venir ici, je ne voulais pas du tout car depuis là-bas, on ne

s'entendait pas. Je me suis dit, « en Afrique, ici, on ne s'entend pas, quand je vais partir comment cela va se passer entre nous ? » Il a insisté et mes parents, ils ont dit « de toute façon on ne peut rien dire c'est ton mari. Tu dois partir. »

Quand je suis venue, même pas 1 mois, on a commencé à faire les bagarres. Il était violent, il ne voulait pas que je sorte. En plus je ne connaissais personne. C'était vraiment insupportable. J'ai même voulu repartir au pays.

C'est comme ça que mes parents m'ont donné le numéro d'un frère, le fils de mon oncle. Au départ je pensais qu'il vivait en Italie, je ne savais pas qu'il était ici. Ils m'ont donné le numéro et je l'ai appelé et je lui ai expliqué le problème et je lui ai dit où j'habitais. Il est venu jusqu'à la maison et mon mari était absent. J'ai expliqué la situation. Je n'ai pas dit à mon mari que j'avais de la famille. Un autre jour, mon mari a été violent, j'ai pris mes affaires et je suis partie chez mon frère, pendant qu'il était au travail. Après, ils ont envoyé quelqu'un pour demander pardon. Je suis repartie et les mêmes problèmes toujours. Et puis je suis partie et c'était en 2005.

Comment avez-vous vécu votre séparation d'avec la famille, les enfants ?

C'était pas du tout facile, surtout quand je suis venue, je n'avais pas de boulot, rien du tout. C'était pas du tout facile.

Quand vous étiez mariée, c'était un rapprochement familial ?

Non, le visa en Afrique, c'est lui qui a fait les dépenses. Quand je suis venue, je ne sais pas comment il s'est arrangé, je suis passé par le Mali. Il avait des connaissances là-bas. Il m'a dit de partir au Mali, je suis restée 1 mois au Mali, ils ont fait tous les papiers et je suis venue en France.

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ici ?

Quand je suis arrivée, le fait que je ne connaissais personne. Je vivais seulement avec lui et en plus il n'y a pas d'entente entre nous, tout le temps il y avait des bagarres. J'avais beaucoup de stress.

Des fois, je faisais toute la journée sans manger. Je n'avais pas l'appétit. Quand il va au boulot, je suis un peu à l'aise, dès qu'il sonne à la porte, les problèmes commencent. Ça n'allait vraiment pas du tout, j'ai vécu vraiment beaucoup de choses.

Il avait un frère ici, je partais là-bas pour aller m'expliquer comment cela se passait à la maison, son frère n'était pas du tout bien envers moi. Un jour, on s'est bagarré à la maison je suis allée lui expliquer et il m'a dit « j'ai toujours pensé, depuis en Afrique, que ce mariage n'allait pas du tout. Arrêtez ce mariage, vaut mieux divorcer. Ce que je peux faire : tu peux rester chez moi ici, et je cherche un travail pour toi. Et l'argent, les dépenses qu'il a

effectuées pour que tu arrives ici, tu vas lui rembourser et puis tu retournes au pays. Ou bien ce n'est pas la peine, comme vous avez eu 2 enfants, cela devient ton argent et on va te faire retourner au pays. »

J'ai été déçue par sa réponse et je suis retournée à la maison. J'ai eu une amie qui m'a trouvé le travail au noir et cela n'allait pas. J'ai été hospitalisée car cela n'allait pas. J'ai expliqué au médecin que ça n'allait pas dans mon foyer et il a vu ce qu'il pouvait faire et ensuite j'ai eu mes papiers en 2004. Et voici où j'en suis.

Maintenant vous avez une carte de 10 ans ?

Non, pas encore.

A quel moment avez-vous décidé d'avoir un enfant ?

Depuis qu'on s'est mis ensemble, on n'a pas de problème. Il est vraiment bien avec moi, on s'entend très bien et il y a du respect.

C'est depuis 2008, qu'on a cherché à faire des enfants mais cela ne marche pas. On a essayé de faire beaucoup d'inséminations et comme lui aussi n'avait pas encore ses papiers, cela nous a franchement bloqués car le médecin nous a dit que comme il n'a pas ses papiers il ne pouvait rien faire pour nous. Cela nous a bloqués 3 ans à cause du fait qu'il n'avait pas de papiers. Maintenant, il a eu ses papiers tout c'est bon.

A-t-il des enfants ?

Il a des enfants au pays. Il a sa première femme en Afrique, ils ont des enfants.

Vous dites que vous avez fait des inséminations ?

J'ai fait 2 ou 3 inséminations et la FIV et cela n'a pas fonctionné. Tout cela s'est passé à Bichat. Depuis 2008, cela fait 3 ou 4 fois que je change de médecin, c'est toujours à Bichat.

Quel est le diagnostic du médecin ?

Il a dit que les trompes étaient bouchées.

En 2008, j'ai subi une opération au début de l'insémination. Après l'opération, on a fait des inséminations mais cela n'a pas marché. Il y a un moment, cela a tenu et ensuite j'ai fait une fausse couche, une fois seulement. Je suis partie faire des examens et une prise de sang et ils ont dit que cela n'avait pas tenu car je n'arrêtais pas de saigner. Depuis ce moment rien ne va encore.

Vous aviez fait combien d'inséminations ?

J'ai fait 4 inséminations et 3 FIV, j'ai consulté un médecin avant et ensuite il m'a donné des examens et des traitements pour faire des enfants, cela n'a rien donné. C'était des piqûres. Ce n'est que cette fois que la dame m'avait donné des comprimés et cela n'avait pas marché et je fais des piqûres encore.

Et comment cela se passe avec l'équipe médicale ?

Tout se passe bien, je pense que cela se passe bien au niveau des traitements. Comme je travaille avec des horaires décalés et que les piqûres doivent être faites à une certaine heure, entre 18 h et 20 h, et comme il y a une infirmière près de chez moi, souvent j'allais faire la piqûre chez elle. Du coup, je ne pouvais pas le faire c'est ce qui était compliqué avec mes horaires je devais le faire à 13 h à peu près. Donc, elle m'a montré comment le faire moi-même et je le fais maintenant toute seule.

Qu'est-ce que vous pensez de la PMA ?

Oui, je pense car j'ai croisé beaucoup de gens qui ont fait plusieurs fois la PMA et cela a marché. Et donc, malgré les échecs, cela me donne l'espoir de partir tous les jours.

Vous m'aviez dit avoir arrêté les traitements car votre conjoint n'était pas en situation régulière.

J'avais tout arrêté à l'hôpital. Je faisais les traitements traditionnels, ici en France. Les médicaments partaient de la Côte d'Ivoire pour ici, c'est ma mère qui me les envoyait. C'était des écorces de bois qu'il fallait faire bouillir pour boire et d'autres pour se purger avec. Et c'était durant à peu près 1 an.

Comment avez-vous fait pour avoir les médicaments ?

C'est ma mère qui est allée consulter à ma place. Elle a expliqué au tradipraticien le problème que j'avais et lui en fonction de ce que ma mère lui avait dit, il avait fait les médicaments.

Il n'y a pas de souci de procéder comme cela ?

Non d'autant plus que j'avais une copine qui était en vacances au pays et donc les médicaments sont venus avec elle.

Et avec ce traitement vous avez senti une amélioration ?

Non, puisque je ne suis pas tombée enceinte. Je ne suis pas traditionnelle, cela ne veut pas dire que j'ai pas confiance, mais je crois en Dieu et si jusqu'à maintenant cela ne marche pas c'est la volonté divine. Tout dépendra du bon Dieu. C'est vrai qu'ils font leur travail. Le jour où cela va marcher c'est que c'est le bon Dieu qui a voulu, et comme je n'ai pas encore d'enfant, c'est que le jour n'est pas encore arrivé. Je ne me morfonds pas, je prends toujours courage de le faire. Peut-être qu'en le faisant, cela va marcher.

Vous m'aviez parlé d'une opération ?

Oui, le 23 juin 2015, j'ai subi une opération, il ont trouvé une boule dans ma trompe et ils ont tout nettoyé. Je suis partie il n'y a pas longtemps, pour un contrôle, pour voir si tout va bien. Tout est normal. Ils m'ont dit d'appeler lors de la date de mes prochaines règles pour

commencer une nouvelle stimulation. Donc là, on va essayer un autre traitement pour voir ce que cela va donner car cela fait partie des dernières stimulations et donc on doit mettre les chances de notre côté. On espère que cette fois c'est la bonne.

Et votre mère en pense quoi ?

Ben, c'est elle qui m'a conseillé les traitements traditionnels. On m'avait déjà dit que le tradithérapeute avait fait des miracles. Il avait fait en sorte que les femmes fassent des enfants. On avait une femme pas loin de chez nous, mariée depuis 35 ans sans enfant, et c'est quand elle a fait les traitements chez le monsieur, qu'elle a eu des enfants.

Là je veux aller en Afrique bientôt, je ne veux pas me décourager et penser comme les autres que les médicaments traditionnels ne sont pas bien et que c'est seulement la médecine moderne qui est bien. Je fais tous les traitements mais je ne les fais pas au même moment. Si c'est la médecine moderne, c'est la médecine moderne et si c'est le traditionnel, c'est le traditionnel. Mais depuis la dernière fois que ma mère m'a envoyé les médicaments je n'ai plus refait.

Est-ce que le fait de ne pas avoir d'enfant avec votre conjoint cela va affecter votre couple ?

Oui, je pense que ça va l'affecter. Dans un mariage même si vous vous aimez et qu'il y a le bonheur et que son entourage a des enfants, même moi cela m'affecte. Quand j'apprends qu'une de mes amies vient d'accoucher, je stresse et je me pose la question de savoir pourquoi moi aussi je ne peux pas être mère.

Surtout dans les mariages africains, les hommes, ils veulent toujours des enfants, s'il y a des enfants cela donne espoir pour faire des projets communs pour notre progéniture. Là pour le moment, s'il me propose de construire une maison, je ne serai pas d'accord car rien ne nous lie et s'il décide ses enfants qu'il a faits avec sa première épouse vont s'accaparer tous les biens. Donc, cela ne m'encourage pas mais si on a un enfant oui, je peux le faire.

Mais il ne se plaint pas de la situation ?

C'est quelqu'un de très croyant, lorsqu'on fait des inséminations et des FIV et que cela ne marche pas, je stresse et lui me remonte le moral.

Que pensez-vous des traitements ?

Le problème c'est que les traitements sont trop longs. Depuis 2008 et bientôt 2015, on vieillit. C'est vrai que j'ai dit que tout dépendra du bon Dieu mais c'est long. Avant les rendez-vous étaient trop longs mais avec le nouveau médecin ça va. Chaque mois, on a un rendez-vous. Avant quand je faisais une tentative, il fallait, en cas d'échec, attendre 3 ou 4 mois avant la prochaine tentative alors que maintenant c'est moins long.

Plusieurs fois j'ai souhaité qu'on implante 2 embryons à chaque fois mais elle a toujours refusé car peut être si un seul embryon ne tenait pas, le second pouvait. Les autres médecins ne voulaient pas, ils disaient que j'étais trop jeune. Avec ce médecin je lui ai expliqué et elle m'a rassurée en me disant qu'elle va le faire.

Avez-vous eu des problèmes d'hyperstimulation ?

Tout dernièrement, j'ai eu un problème lors d'un traitement. Les embryons qu'ils ont décongelés et qu'ils devaient ensuite m'implanter n'étaient pas bons. Donc, ils ont tout annulé. C'est maintenant que je vais reprendre une autre stimulation.

Comment avez-vous vécu cela ?

Cela m'a beaucoup stressée, il y a des gens qui disent que souvent quand tu fais la FIV et que tu travailles, cela ne peut pas marcher. Normalement, tu dois te reposer pour une meilleure implantation. À cause de cela, j'ai même pris des vacances de 2 semaines pour que je puisse bien me reposer. C'est à la dernière minute que cela n'a pas eu lieu. Cela ne fait rien, cela m'a beaucoup fait mal à ce moment-là, mais cela est passé. La prochaine fois que je vais le faire, je demanderai un arrêt maladie.

Comment vivez la période d'attente des résultats du Beta ou test de grossesse ?

Cette période est la plus stressante parce que c'est vrai qu'ils ont tout fait mais tu pries et tu te dis « j'espère que c'est la bonne ». 2 semaines après, quand on fait la prise de sang et que c'est négatif, vraiment je n'arrête pas de pleurer et ça joue beaucoup sur moi.

Il vous arrive d'en parler ?

Non, mes problèmes je préfère que cela reste entre mon mari et moi car dans les domaines africains, je sais comment cela se passe. Ils vont raconter tes problèmes aux autres. Je n'aime pas dire mes problèmes aux gens.

Avez-vous consulté pour savoir les causes ?

Oui, je ne vais pas mentir, je l'ai déjà fait 2 ou 3 fois. Ils m'ont dit que cela va durer un moment et que tôt ou tard je vais avoir un enfant. Ils m'ont dit de faire des sacrifices, je les ai faits. Deux personnes m'ont dit que mon ex-mari est responsable. Ils m'ont dit qu'il est allé voir des gens pour pas que tu tombes enceinte, tout cela je ne fais pas confiance. Je crois au bon Dieu et que si c'est vrai qu'il est responsable, je remets tout cela au bon Dieu, je ne me décourage pas.

Sur les 3 personnes que vous avez vues, avez-vous eu les mêmes diagnostics ?

2 des 3 m'ont dit la même chose : que mon ex-mari était responsable, que cela prendrait du temps mais que tôt ou tard je ferai un enfant et j'ai fait des sacrifices.

5. Entretien retranscrit de Solène

Bonjour comment ça va depuis la dernière fois qu'on s'est vu ?

C'est dur, très dur ce que je suis en train d'endurer. Je suis tombée enceinte : naturellement, je suis vraiment perturbée. J'ai fait trois tentatives de fécondation. Avant, j'avais un traitement de gonades puis implanter plusieurs embryons mais en plein traitement on a tout arrêter. Je n'ai, je n'avais pas le choix, ce n'était pas facile je me suis souvent perdue dans la prise de traitement parce que je savais qu'il y avait 12 heures entre les deux prises au début ce n'était pas facile à cause du mal de tête de grossesse naturellement. [*soupir* ?]

Avant, avec mon ex-conjoint, je n'ai jamais eu de grossesse, nous avons divorcé. Mais avec le nouveau j'ai eu une grossesse spontanée. Le premier mois tout allait bien, à partir du cinquième mois de grossesse tout a basculé. Cela s'est passé en 2011.

Chez nous, vous voyez comment ça se passe, les hommes n'acceptent jamais le divorce. Durant ma grossesse, j'ai fait une échographie, le bébé était petit. J'ai eu un traitement à l'époque, je n'avais pas de tension artérielle. Puis ils ont découvert que j'avais de la tension artérielle. L'histoire a changé. J'ai été en urgence à l'hôpital, on a interrompu la grossesse c'était le cauchemar, à 26 semaines d'aménorrhée. Je me suis dis à ce moment-là « je ne suis pas la première ».

Puis la seconde fois, j'ai fait une grossesse extra-utérine en 2013 ou 2014, je me souviens plus très bien, cette fois aussi. Puis tout a été fait rapidement. J'ai fait une Hydrosalpinx, c'est-à-dire enlever la première trompe. Et depuis qu'on a enlevé la première, je regrette parce qu'on m'enlève la trompe pour que ça aille mieux mais au final ce n'est pas bien. Avec la première grossesse extra-utérine, il n'avait rien enlevé, donc il ne restait uniquement qu'une seule trompe, la deuxième.

Mon contact avec le médecin est assez froid sans aucune empathie. D'abord, elle ne m'a même pas examinée, elle a dit que c'était une hydrosalpinx. Donc j'ai fait une hystéro que je lui ai montrée mais cela a été négatif. Et enfin, on a essayé une première tentative de fécondation in vitro. De plus, je trouve que les rendez-vous, les examens sont trop. [*soupir*]. En plus les échecs, c'est vraiment difficile.

Au fond de moi, je sais que si j'avais accepté la proposition du médecin sans pour autant faire les examens, j'allais me retrouver sans trompes et ne pourrai plus jamais tomber enceinte. Naturellement, cela devait être dur pour moi. Déjà, je regrette d'avoir enlevé la première, il fallait que je la laisse comme ça, cela aurait peut-être changé les choses.

Depuis quand vivez-vous en France ?

Je vis en France depuis 2004 je suis venue en exil à cause de la guerre.

Sur le plan médical, c'est bien parce qu'on a des soins de qualité. Avant, je vivais chez les copines puis j'ai fait une demande d'asile politique. Mais ce qu'il faut savoir, c'est qu'avant de venir en France, je vivais déjà à Kinshasa puis je suis venue en France.

Il y a une dame qui m'avait aidée. J'ai été choquée par la guerre, encore des histoires. Parfois, on se dit « c'est fini » et les problèmes reviennent. Surtout le fait de savoir qu'on n'a pas de nouvelle de la famille. Il faut que je vous dise aussi qu'à la base je suis très anxieuse. Si j'attends quelque chose et que ça ne vient pas, c'est dur. Ils me soutiennent, l'équipe médicale, les sages-femmes, la secrétaire, mais avec le médecin ça ne se passait pas très bien.

Je me suis mariée avec un homme infertile. Dans notre pays, les mecs pensent que les femmes stériles ne servent à rien... Après l'annonce de son infertilité, j'ai divorcé car quand c'était mon tour je n'ai eu aucun soutien.

C'était difficile pour moi car l'une de mes collègues, avec qui je travaille, était tombée enceinte au même moment que moi. Et elle aussi avait perdu le bébé. Et aujourd'hui, elle a deux enfants. Chez moi, il y a la foi. Vous savez, on est tous des bonnes personnes. Ce n'est pas facile, si vous êtes déjà tombée enceinte. Mon enfant aura eu 4 ans déjà.

Une copine est tombée enceinte par la fécondation in vitro et cela a marché. Je sais que ça va marcher mais pas chez moi. Quand je vois le fils de ma copine cela me fait penser au mien.

Avez-vous consulté un tradithérapeute ?

Je prie Dieu, je n'ai pas consulté. Je dis cela car quelqu'un qui a déjà porté un bébé doit porter un second enfant.

Mon ancien conjoint me harcèle et me menaçait pendant ma grossesse. J'étais en pleine procédure de divorce. Avec mon ancien conjoint, on a consulté dans un hôpital, on a fait plusieurs examens sans succès. Le médecin nous a proposé de faire la fécondation in vitro. La biologiste a posé plusieurs questions et lui a demandé s'il avait eu des enfants. Les examens ont montré que moi je ne pouvais pas tomber enceinte de lui.

Ce qui m'a le plus touché, c'est qu'il m'accusait. Dans le milieu congolais, il parlait aux gens que nous connaissions, disait que j'étais stérile. Il a bien dit à tout le monde que j'étais stérile que je ne pouvais pas lui donner des enfants. Donc, il passe son temps à humilier. À ce moment-là, pas de papiers et de logement. Lorsque j'ai rencontré mon nouveau conjoint nous sommes allés voir un médecin pour voir s'il était stérile ou pas, tout allait bien. Mais comme je n'étais pas encore totalement divorcée, lorsque j'ai eu ma grossesse, mon ancien

conjoint me menaçait. Il me stressait, me harcelait car il ne veut pas accepter le fait que je sois tombée aussi rapidement enceinte.

Lorsque j'étais enceinte, j'étais très contente. J'ai même fêté ça avec mon gynécologue. Je la connaissais depuis très longtemps mais la perte de ce bébé a été vécue comme un échec.

Vous faites quoi dans la vie ?

Je suis assistante maternelle dans une crèche juste à côté de chez moi. Je travaille dans une école, je vois des enfants grandir ça me fait mal [*pleure*]. Je reste dans une grande maison comme la mienne et tu n'as pas d'enfant, ça me choque. J'ai la foi, je sais que je ne mourrai pas sans en avoir un.

Un autre point qui me dérange, c'est que j'ai eu un traitement et tout est parti pour moi. L'aide médicale à la procréation est militaire, on aurait dit que c'est l'armée, il faut faire ceci, cela, les traitements le travail... Déjà, il y a le stress du travail et les traitements et au final, cela ne marche pas. Tu ne te sens pas soutenue. La grossesse au lit, c'est différent de la grossesse qui vient durant la fécondation in vitro.

Il y a deux semaines, le jour du transfert, j'ai appris une très mauvaise nouvelle, que ma sœur était décédée et en même temps, mon conjoint a perdu son père. Comme je suis en exil, je ne peux pas partir dans mon pays. Donc, c'est mon conjoint qui était parti. J'étais convaincue que puisque Dieu nous a privés de voir ma sœur et son père, j'étais rassurée qu'on allait avoir satisfaction.

Après la tentative, je ne faisais aucun effort. J'étais à la maison le jour des résultats parce qu'elle m'a répondu [*la sage-femme*]. J'ai compris que ce n'était pas bon. Je ne m'attendais pas à ça... Les échecs, les échecs c'est très dur...

Moi je suis restée car à chaque fois, on a annulé. Et donc, lorsque le médecin m'a dit que c'était bon pour la tentative, avec l'annonce du décès de ma sœur je ne pouvais pas partir. Et j'étais sûre que Dieu a repris et qu'il allait donner.

Le jour où la sage-femme m'a appelée pour m'annoncer l'échec, j'en avais vraiment besoin parce que je préfère qu'on me le dise. Je sais que je suis forte mais le silence était trop pesant.

Je savais que c'était une mauvaise nouvelle mais je voulais me rassurer. La sage-femme est plus gentille. Par contre, le médecin, elle ne me rassure pas. Elle ne parle pas beaucoup, elle est distante. Pour moi, la gynécologue était vécue comme Dieu, Jésus par rapport à la gynécologue. Je sais que parler et consoler, ça n'aide pas mais je la trouve militaire.

J'ai commencé à suivre les traitements à l'hôpital à cause de mon hépatite chronique. Je sais que ce n'est pas la compassion qui fera que je tombe enceinte mais cela aide toujours.

Et par rapport au nombre d'embryons je voulais qu'elle en mette 2 mais le docteur voulait un seul.

Parlez-moi de votre famille.

Nous sommes six enfants dont quatre garçons et deux filles.

Vous avez parlé de sorcellerie pouvez-vous être vraiment explicite ?

Mon ancien conjoint m'a dit un jour « tu ne pourras jamais être mère ».

On reste en France, on a coutume, on ne se connaît pas. Je ne connais pas ce qu'il était mais je crois que je sais qu'il va se passer quelque chose.

De plus, les blancs ne comprennent pas le fait de perdre le bébé avec six semaines. Elle m'a fait des bilans approfondis mais je pense qu'il y a autre chose, que le Dieu qu'on prie tous les jours va changer les choses.

Les traitements traditionnels sont envisagés mais pas les marabouts. C'est notre tradition à nous. Je peux le faire en juillet, mon conjoint part au Congo, si la FIV ne marche pas.

Je vous dis : il n'y a pas de grossesse facile que sur le lit.

Je suis inquiète par rapport à l'arrêt de la prise en charge. Cela nécessite une réflexion. Quand on a décongelé les embryons, j'étais bien contente de les implanter. Rien n'a marché et des fois je me pose beaucoup de questions, dans mon ventre, sur ce qui n'a pas marché. Et pourquoi, le jour de ma fausse couche, je n'ai rien compris, comme si on m'attendait à l'hôpital. Ils ont vu la tension. Après, l'histoire a changé même si je dis non, ça ne va rien changer. Et à cette époque, je me disais que même si je perds le bébé, la prochaine fois ce sera la bonne car c'est le même conjoint qui a permis cela. Donc tout allait marcher. Et les médecins ont dit qu'il fallait absolument me séparer du bébé sinon je devais perdre la vie.

Parlez-moi de votre demande d'asile.

Tout s'est bien passé, j'ai eu l'accord.

Il y a des mamans qui prient pour moi, pour que je fasse des enfants. Les gens disent que c'est bizarre mon histoire, si ça ne vient pas, ce n'est pas ma faute.

Durant cette période de crise, mon conjoint m'a rassuré. Il a toujours été présent car je sentais que j'allais péter un câble. Je ne supportais pas de rester à la maison et j'ai demandé à la sécurité sociale de reprendre le travail après ma fausse couche.

Parlez-moi de votre famille.

Mes parents ont divorcé lorsque j'étais très jeune. J'ai vécu avec ma mère et deux de mes frères et les autres étaient chez papa mais le week-end on se voyait. Les plus petits avec le père car il avait refait sa vie et c'était plus facile pour la belle-mère. 11 enfants. Je suis partie en France pour sauver la famille de la précarité.

Mon père est décédé en 2012. Mais je ne pouvais pas partir car j'étais réfugiée et je n'avais pas encore la nationalité Française.

Ma mère souffre de la situation de mon infertilité. Au début, on n'en parlait pas mais maintenant si, car je pense qu'elle va comprendre quelque chose, vous savez en Afrique.

Pourquoi devenir mère ?

Devenir mère, ça change, surtout quand on s'occupe des enfants des autres et on se dit, « pourquoi pas m'occuper des miens ? ». Dans ma famille, personne n'a de problèmes pour avoir des enfants. Mon petit frère, le dernier, en a trois. Tout le monde a des enfants sauf moi.

J'ai une angoisse liée à la tentative. La crainte de perdre aussi le bébé après une tentative. Dès la fin de l'implantation, le médecin te dit que tu peux rentrer chez toi mais moi, je pense que je vais perdre le liquide de la ponction. Une fois je me souviens j'avais vraiment envie de faire pipi mais je me disais que si j'allais le faire, tout ce qu'il m'avait implanté va sortir.

Je sais que l'accueil durant la ponction était bien dans le bloc, il n'y avait pas beaucoup de monde. Mais le plus difficile c'est l'attente. On désespère, puis après il y a l'annonce des kystes qui a fait qu'on annule tout. Je me suis vraiment fait engueuler par le médecin. C'est parce que je voulais à tout prix avoir un bébé. Donc, j'ai changé de médecin. En plus, je n'ai pas toujours tenu compte de tout ce que l'autre m'avait dit de faire.

Le problème avec la fondation in vitro c'est que tu n'as pas envie que les gens sachent ce que tu fais. Mais c'est difficile car lorsque tu prends un congé pour aller à l'hôpital, tout le monde est au courant. Et puis il y a le regard des collègues car ils veulent tout savoir et quand tu as un justificatif d'absence, ils savent et leur regard te juge.

Avec le médecin, elle ne me laisse pas le temps de parler, elle te freine car elle est trop stricte. La façon dont elle m'a reçue, c'était vite fait, expéditif. J'envisage de changer de médecin.

La patiente est convaincue de ne pas avoir une Hydrosalpinx, convaincue du contraire, elle m'a donné un bilan à faire. Je regrette d'avoir enlevé ma trompe, il ne faut pas dire oui à tout. Je ne sais pas ce qu'ils m'ont tripoté ou gaspiller. Mais j'ai toujours peur qu'on m'ait retiré les deux trompes. Ce que je ne comprends pas, c'est pourquoi je tombe enceinte mais que des grossesses qui se sont soldées par des échecs. [*Forme de réparation d'une image bafouée mais finale souffrance car GEU*].

La belle-famille pose des questions. Une fois, le mari vous protège c'est bien. Et puis, ils m'ont vu enceinte mais ils se posent des questions. Mais l'inquiétude se lit sur le visage

des gens. Si c'était au pays cela aurait été chaud car toute la famille est là-bas.

6. Entretien retranscrit de Grâce

Bonjour.

Je suis Grâce, j'ai 29 ans et je viens de la Centrafrique. Je suis venue en France pour faire la PMA et je suis restée pour y vivre.

Que pensez-vous de la PMA ?

Vraiment la PMA nous apporte un point positif d'un côté et d'un autre côté un point négatif car il y a beaucoup de difficultés que je rencontre durant ces démarches. Et moi, je pense que.... [*Bruit d'un bébé qui pleure dans le couloir*].

Vous avez parlé de points positifs et négatifs ?

C'est grâce à la PMA qu'on peut découvrir car quand j'étais en Afrique, il n'y avait pas ..., La médecine n'était pas développée et grâce à la PMA, j'ai su tous mes problèmes quoi, comment faire face.

Les points négatifs c'est que des fois tu peux.... Les reports, surtout les examens, c'est trop chiant. Les opérations qu'on me fait tout le temps là, en tout cas ça commence à me... Si tu n'as pas vraiment le moral, ce n'est pas évident.

Vous avez fait quel genre d'opérations ?

Pour enlever les synéchies, l'attente est tellement longue que c'est décourageant. L'attente des examens, à chaque fois quand tu viens, on te dit que tel médecin n'est pas là. C'est très décourageant de ce côté-là.

Je pense que c'est très avantageux, surtout pour nous les Africains, parce que chez nous la médecine n'est pas développée, vraiment c'est un point fort.

Et en Afrique, qu'avez-vous fait comme traitement ?

Oui, j'ai fait plusieurs bilans et ils n'ont pas pu découvrir ce que j'avais. Avant, je tombais enceinte normalement. Mais à chaque fois, arrivée à 7 mois de grossesse, je faisais des fausses couches à répétition. Pendant 7 fois. Alors que j'avais des synéchies. Mais les médecins ne connaissaient pas ça. Et c'est grâce à la PMA que j'ai su que j'avais tel problème. Les médecins ont remédié à cela.

Ont-ils enlevé toutes les synéchies ?

Ils ont enlevé toutes les synéchies, il en restait un tout petit peu mais le médecin à dit que ce n'était pas grave. Cela ne pouvait pas empêcher un transfert d'embryon, une implantation.

Parlez-moi de vos consultations dans votre pays ?

Juste des gynécologues. J'ai consulté 3 gynécologues, là-bas. Ils m'ont affirmé qu'il n'y avait aucun problème. Mon précédent conjoint avait un petit souci au niveau de ses spermatozoïdes et moi j'avais juste des trompes bouchées. Ils m'ont fait l'hydro pour déboucher les trompes. J'arrivais à tomber enceinte sans problème, sans prendre de traitement. Le problème est que je n'arrive pas à mener une grossesse à terme.

À 7 mois de grossesse, c'était quand même des fausses couches ?

À 7 mois de grossesse, quand j'avais des petites contractions et que j'allais à l'hôpital, on me disait que le travail avait déjà commencé et du coup il ne pouvaient rien faire ni l'empêcher ... Cela n'allait pas et à chaque fois que je faisais une fausse couche et au moment de la sortie de l'enfant, automatiquement le col de l'utérus se resserre se ferme. Et les sage-femmes n'ont pas vraiment le temps de réanimer l'enfant donc toutes se focalisaient sur moi et elles n'ont pas pu sauver un de ces enfants-là.

Comment vivez-vous ces fausses couches à répétition ?

C'était horrible. C'était vraiment heu...très insupportable. Si vraiment je ne m'étais pas accrochée à Dieu, je pense qu'aujourd'hui, je ne serais pas être en vie, ce serait fini.

Et aussi du côté des Africains, vous connaissez comment ça se passe : si tu te maries avec un homme, vous faites des années et si vous n'avez pas d'enfants, ce n'est pas évident.

À quel moment êtes-vous venue vivre en France ?

Je suis venue en France en 2012 et quand je suis allée voir un médecin, il m'a fait faire des examens. Il a dit que je n'avais pas assez de gros problèmes. Il a juste fait le diagnostic des synéchies au niveau de mon utérus et il m'a orientée vers la PMA.

Vous étiez déjà installée ?

Je n'étais pas venue pour y rester. Je suis venue pour consulter et compte tenu de la situation, le médecin m'a dit que si je voulais faire un enfant un jour, il fallait vraiment que je reste ici car le traitement est long et ce n'était pas quelque chose que je peux faire pendant 3 mois. Donc compte tenu de la situation, j'étais obligée de rester.

Donc, c'est vraiment la PMA qui a fait que vous vous êtes installée ? Aviez-vous entendu parlé de la PMA ?

Au pays, j'en avais déjà entendu parler par l'une de mes grandes sœurs car elle avait des petits soucis de conception. Elle est venue faire la PMA mais cela n'a pas marché et dès son retour au pays, elle est tombée enceinte spontanément.

À votre arrivée en France, vous étiez toujours avec votre ancien conjoint ?

Non, nous étions toujours ensemble, mais après mon arrivée, le Monsieur n'a pas pu

attendre, il est parti enceinter une autre femme. Avant de venir, on était allé voir un médecin et celui-ci lui a donné un traitement. Il a tout acheté, commencé le traitement et dès que je suis venue, sa famille lui a dit il ne fallait pas qu'il reste comme ça, à m'attendre et qu'ils ne sont pas sûrs que je vais retourner un jour au pays. Du coup il s'est remarié avec une autre et a fait des enfants. J'ai décidé de rester, ça ne sert à rien de rentrer car je n'ai plus aucun foyer, j'ai laissé mon travail et j'ai dit « cela ne sert à rien ».

Donc l'importance dans la vie c'est que tu puisses travailler aujourd'hui. Si tu n'as pas d'enfant, les blancs peuvent supporter mais nous, les noirs, cela ne passe pas, cela ne passe pas.

Donc les raisons de la migration, c'était pour le traitement ?

Oui, mais ce n'est pas difficile pour moi car toute ma famille est ici et, de surcroît, avec la crise au pays, il n'y a pas la paix en Centrafrique.

Et les points négatifs ?

En PMA il n'y a pas, euh, des choses sûres car j'ai commencé mes traitements depuis janvier 2015 et jusqu'à présent, on n'arrive pas à me faire le transfert d'embryon à cause de la synéchie et de mon endomètre qui ne s'épaissit pas pendant les traitements. Et le médecin a décidé que, comme il y avait encore des synéchies, il va encore m'opérer car cela pouvait jouer sur le fonctionnement de l'endomètre. Il y a aussi cela.

Qu'auriez-vous souhaité qu'on améliore dans votre traitement ?

Surtout ce que je veux qu'un jour ça change, c'est surtout au niveau des rendez-vous. Les rendez-vous sont trop longs et souvent on te donne un rendez dans 3 mois et quand tu arrives on te dit le médecin est absent. Cela aussi rallonge les traitements. Si les suivis étaient vraiment rapprochés, je crois qu'une personne n'aurait pas besoin de 3 ans pour concevoir.

Pour vous cela fait que 2 ans que vous êtes en PMA ?

Oui, mais 2 ans, c'est long. Le médecin qui m'a conseillé de venir était un gynécologue. Il ne m'a fait aucun traitement, juste un bilan. Il m'a dit que mon cas nécessite la PMA et m'a orientée ici.

Comment vivez-vous votre arrivée en France ?

Des difficultés ? pas vraiment car ma famille est présente ici. Donc, je n'ai pas vraiment eu de difficultés en tant que telles.

Comment vivez-vous les traitements puisque vous n'êtes jamais allée au bout d'un traitement ?

Souvent ce n'est pas supportable mais j'ai un mari qui me soutient beaucoup et j'ai mes

parents et mon pasteur qui me soutiennent. Des fois, je me dis « cela ne sert à rien de se décourager ». L'important c'est le but.

Je sais qu'aujourd'hui je fais les traitements, on ne sait jamais. Le tout, c'est Dieu qui coordonne. Le médecin, il nous aide seulement. Les enfants, vraiment si c'est Dieu qui bénit, demain il va te donner, il va te donner. Si Dieu, il va bénir tous les traitements que les médecins te font prendre, tu vas avoir l'enfant. Pour moi, je suis dans l'espoir de concevoir à nouveau à terme. C'est ce qui me donne le courage de continuer dans cette voie.

Que pensez-vous de votre prise en charge ?

Pour le moment ça va, dans l'ensemble tout se passe bien, je ne paie pas mes examens car cela coûte cher. Donc, vraiment la prise en charge se passe bien.

En Afrique avez-vous consulté d'autres personnes ?

Non, à part les médecins non. Les traitements traditionnels, moi je n'ai pas confiance parce que souvent les gens te disent que des fois ils font des choses pour escroquer les gens. Moi, je n'ai pas voulu me compliquer la vie davantage. Donc, je n'ai pas opté pour la médecine traditionnelle.

Avant la PMA qu'est-ce que vous en pensiez ?

Ma sœur m'a expliqué que ce serait bien si mon médecin m'orientait ici, que cela allait beaucoup m'aider. Dès que j'ai pris contact avec le médecin ici, j'ai vraiment eu la révélation. Je me suis retrouvée car il m'a donné des examens à faire et il m'a montré des étapes à suivre afin d'arriver à la fin.

C'est très angoissant. Moi, je fais beaucoup d'effort pour ne pas y penser parce que moi, quand tu te mets à beaucoup penser, cela t'empêche de vivre. Donc du coup, je me dis si aujourd'hui on m'appelle pour me dire « viens faire tes examens », je le fais. Mais si on ne m'appelle pas, je ne vais pas me focaliser là-dessus parce qu'à force de beaucoup penser, cela peut jouer ou bloquer. Car tout est là dans la tête. Si ça ne marche pas dans la tête, tout ce que tu fais comme traitement cela ne pas marcher.

Et moi je me dis coûte que coûte, je sais qu'à la fin, je vais avoir un enfant. Je vais y arriver j'en suis sûre. Je n'ai pas encore fait beaucoup de traitements : un traitement en 2014 et après jusqu'à présent non. On m'a fait des piqûres, c'était vraiment douloureux. Mais bon, ça rendait très nerveuse, fatiguant, mais je ne pouvais que faire avec. Donc, je supportais. Vraiment, dans l'ensemble, ça va.

Mais je suis arrivée à la ponction mais il n'y a pas eu de ponction, pas encore. J'avais des problèmes d'endomètre et les synéchies, tout ça. On m'a fait 2 opérations après la ponction.

Non, une avant et une après. La première fois, le médecin n'a pas pu enlever tout et la seconde, c'est un autre médecin. Il a tout enlevé mais il reste une toute petite qui n'empêcherait pas l'implantation d'embryon. Donc, du coup ce n'est pas grave.

Qu'est-ce que vous pensez de l'équipe médicale ?

Les médecins, ça va, ils sont accueillants, gentils, ils expliquent bien les choses, et mon seul souci c'est vraiment les rendez-vous.

Au niveau des services des examens, à l'hôpital, je n'aime pas faire mes examens ici. À chaque fois, tu prends les rendez-vous et les médecins sont absents. On t'appelle pour dire que le médecin est absent et tu dois reprendre un autre rendez-vous dans 2 mois. Et, cela fait trop mal au cœur car cela retarde l'échéance parce que souvent, avant de voir le médecin, il faut que je vienne avec les résultats des examens. Je suis dans l'obligation d'annuler mon rendez-vous et pour prendre un autre il faut attendre 3 mois. C'est fatigant.

Quels sont les conséquences de ce problème sur votre vie personnelle ?

Ça m'empêche d'aller de l'avant...

C'est-à-dire ?

Je n'ai envie de rien faire professionnellement, de ne rien faire du tout. Je ne supporte plus de rester comme ça, plus de cinq ans, sans enfant. Je ne supporte plus.

Et votre conjoint comment voit-il cela ?

Ça va, ça va... lui aussi n'a pas encore d'enfants. Il me soutient, cela se passe bien.

Qu'est-ce qui s'est passé avec votre ancien conjoint ?

C'est la famille qui nous a séparés mais lui aussi, il était pour quelque chose. Il ne me soutenait plus. À un moment donné, il m'a lâchée. Tout cela s'est passé quand j'étais au pays. Je suis venue me faire soigner en France, six mois après j'ai appris qu'il avait enceinté une autre femme et on s'est séparé. Je me suis dit « j'ai un autre problème à gérer, donc je ne vais pas pouvoir supporter cela ». Il a choisi une autre femme, il a recommencé sa vie, il a fait un enfant, il n'a qu'à continuer sa vie, moi aussi la mienne. J'ai décidé d'arrêter avec lui.

Qu'est-ce que votre famille pense de vos difficultés ?

Non, à part mes frères et sœurs, je n'en parle à personne. Les gens aiment beaucoup parler. Du coup, j'évite. Je me confie à Dieu plutôt qu'à quelqu'un qui ne peut pas un jour changer mon statut. Je préfère beaucoup plus me confier à Dieu, dans la prière.

Il n'y a que ma mère et deux de mes sœurs qui sont au courant.

À quel moment avez-vous rencontré votre nouveau conjoint ?

Je l'ai rencontré après. Quand je suis allée voir le premier médecin, il m'a dit qu'il faudra

que mon mari soit là car la PMA exige la présence du conjoint. Donc pour commencer il fallait qu'il vienne mais j'étais toujours avec mon ancien conjoint. Du coup, j'ai appelé mon mari je lui ai dit que j'avais déjà fini avec les examens et le premier médecin m'a orientée vers un spécialiste, il faut qu'il vienne. Il m'a dit qu'il a beaucoup de travail et qu'il ne pouvait pas venir. J'ai dit « pas de soucis », j'ai tout abandonné jusqu'au moment où j'ai appris que Monsieur ne voulait pas venir parce que la femme était sur le point d'accoucher. Il voulait rester là-bas jusqu'à l'accouchement de celle-ci. Dès que j'ai appris cela, j'ai tout arrêté avec lui, je me suis dit « je reste comme ça ».

Si je trouve quelqu'un d'autre, je reprendrai les traitements. C'est à ce moment-là que j'ai rencontré mon nouveau conjoint. Et c'est avec lui qu'on a pris le premier rendez-vous en PMA.

Parlez-moi de votre première consultation PMA.

Je suis venue la première fois en consultation avec le courrier d'un médecin et, bien sûr, mon conjoint. Il fallait que je ramène les pièces administratives.

Déjà, je n'ai eu aucun mal car, en Afrique, j'allais toujours en consultation avec mon mari chez le gynécologue, j'avais l'habitude. Avant, quand j'ai rencontré mon conjoint actuel, je lui ai expliqué mes problèmes gynécologiques actuels, il m'a dit qu'il n'y avait aucun souci. Vu que la médecine ici en France est très développée, il n'y a pas de problème. Il a dit « quand on se marie c'est pour le meilleur et pour le pire ». Du coup il ne pouvait que me guider dans cette voie-là. Il n'a pas hésité un seul instant, il m'accompagne.

Et sa famille qu'en pense-t-elle ?

Je pense que sa famille n'est pas au courant de sa situation donc pour le moment ça va. Ils vivent tous ici. Mais il n'y a que son papa et sa maman qui sont restés vivre au pays.

Vous m'aviez dit parler avec votre pasteur de vos problèmes ?

Oui, de temps à autre il me donne des conseils. Prendre l'exemple de Sara dans *La Bible*. Il me demande de ne pas baisser les bras, toujours se confier à Dieu. Aussi : que Dieu a créé toute femme pour concevoir. Aujourd'hui, je n'ai pas très inquiète parce que je sais que j'ai réussi à tomber enceinte au moins 7 fois et il n'y a que des petits problèmes qui m'empêchent de mener à terme les grossesses. Je pense que je suis entre de bonnes mains, ici à la PMA, et j'ai confiance aussi, ça marchera.

Sept grossesses, en l'espace de combien de temps ?

Il n'y avait pas beaucoup d'écart entre les grossesses. Déjà, j'ai un problème de cycles irréguliers. À chaque fois que je faisais une fausse couche, trois mois plus tard je me retrouvais encore enceinte. À chaque fois, je ne voyais jamais mon retour de couches.

Donc je tombais enceinte directement et quand je suis enceinte souvent à chaque fois que je m'en rendais compte, c'était déjà à 3 ou 4 mois de grossesse.

Comment viviez-vous vos grossesses l'une après l'autre ?

Je ne pensais pas du tout à ça. Je dis que « chaque chose en son temps ». Et je me disais que peut-être la grossesse précédente devait se passer ainsi. Et je devais positiver les choses. C'est à partir de ma dernière fausse couche que je commence à me poser des questions, à me rendre compte qu'il y avait un souci quelque part et c'est à ce moment-là que j'ai commencé à m'inquiéter.

Qu'avez-vous fait à ce moment-là ?

Je n'ai rien fait car je n'avais aucun soutien de mon mari. J'ai tout abandonné et je me suis confiée à Dieu. Au pays, quand tu vas voir un médecin, il te donne des médicaments bizarres qui n'arrangent rien du tout. Donc, j'ai décidé de laisser tomber et laisser la nature faire les choses.

Qu'est-ce qui vous a motivé de venir suivre des traitements à l'étranger ?

Au début, je ne pensais pas venir directement à la PMA. Je ne pensais pas. On m'a fait comprendre que, compte tenu que vous veniez en PMA, il fallait avoir tel ou tel problème de conception. Moi je pensais que c'était destiné vraiment aux femmes qui n'ont jamais eu la chance de concevoir. Je me suis dit ce n'est pas fait pour moi.

Quand j'étais allée voir le premier médecin, c'est lui qui m'a orientée ici, vu mon diagnostic de synéchies. Je me suis rendu compte que la PMA n'était pas faite que pour les personnes qui avaient des problèmes de fertilité. Je pense que c'est ce qu'il faut conseiller aux femmes qui ont des problèmes pour enfanter, la PMA.

En Afrique, quand quelqu'un vient avec un problème quelconque chez le médecin, des fois ils savent le souci mais au lieu de l'orienter directement chez le spécialiste, il laisse la personne suivre des traitements du foie qui n'aboutissent pas. Et des fois, c'est des traitements longs de un an. Mais des fois ils savent qu'à la fin, ils vont orienter la personne vers un spécialiste. Donc c'est une perte de temps inutile. C'est ce qui fait mal au cœur.

Mais moi j'ai été soulagée lorsque j'ai rencontré le premier médecin. Je n'ai même pas fait trois mois de consultation, ni de suivi. Lui, il m'a orientée automatiquement chez les spécialistes en PMA. Et très rapidement j'étais prise en charge.

Donc l'expérience de PMA pour moi s'avère être une expérience positive car je me dis c'est grâce à la PMA aujourd'hui que j'ai peut-être un embryon quelque part. Car j'ai suivi tout le traitement, jusqu'à la ponction des ovocytes. C'est juste le jour de l'implantation où on a dû tout arrêter. Donc je suis satisfaite parce que je sais que j'ai des embryons quelque part. Il

n'y a qu'un seul embryon qui est resté mais les autres n'ont pas pu mieux se former.

Donc en ce moment, je n'ai pas à de traitement lourd, juste un petit traitement pour mes ovaires afin de recevoir l'embryon congelé et des traitements pour épaissir l'endomètre, c'est tout. Pour le moment, rien n'est prévu. Je dois faire une échographie demain pour voir s'il faut continuer le traitement ou pas.

Ce que j'ai déploré, c'est que le médecin me dise qu'on peut commencer les traitements tout de suite et la sage-femme tient un autre discours, qu'il faut attendre les prochaines règles. Heureusement pour moi, le médecin m'a dit que cela ne sert à rien d'attendre plus longtemps. Si je fais l'échographie et que tout va bien, on va me faire le transfert d'ici mi-novembre. Si tout va bien, si l'endomètre n'a aucun souci.

Comment vivez-vous tout cela, entre le discours du médecin et celui de la sage-femme ?

Ce que la sage-femme avait dit m'avait vraiment fait mal au cœur car le fait de venir, je ne sais pas comment expliquer ça, quand tu traverses un problème, c'est à ce moment-là que tu peux savoir ce que ça fait. Quand tu te mets dans la peau de la personne, tu peux savoir comment la personne vit cela. Mais ce que tu n'as jamais vécu cela, tu ne peux pas ressentir à la place de la personne.

De toutes les façons, ils font ce qu'ils veulent. S'ils ont des vacances, ils ne vont pas s'empêcher de les prendre parce que toi tu dois faire une implantation. Ils ne savent pas qui sont les gens, qu'ils sont vraiment en attente de quelque chose qui peut leur apporter quelque chose de positif dans leur vie. Ils ne savent pas ça.

Je suis venue et elle m'a dit « il faut attendre le cycle prochain ». Tout le temps, c'est comme ça mais ce n'est pas bien. C'est vraiment ce problème-là qui me choque, comme je vous l'ai dit tout à l'heure mais sinon ce ne sont pas les traitements, ça va je supporte bien. Les médecins, tout se passe bien malgré les changements. Le secrétariat aussi, tout se passe bien. Mon seul et unique problème c'est le report des rendez-vous et le report des traitements. Je trouve ça fatigant, c'est ça qui me décourage.

Vu que vous êtes arrivée en France pour poursuivre des traitements pour la PMA, avez-vous eu des problèmes par rapport à votre séjour ?

Non pas du tout je n'ai eu aucun problème.

Quel était le contexte de votre arrivée en France ?

Au début, je suis venue en vacances et, par la même occasion, j'en ai profité pour rencontrer un médecin. Mais quelques jours après, il y a eu un coup d'État dans mon pays. Mon père étant dans l'armée, les gens sont allés chez nous, ils ont accusé mon père de faire

partie des rebelles. Et même mon frère qui vit en France depuis 1996 était accusé de la même chose. Et ces gens-là ont dit que c'est lui et mon père qui ont voulu faire un coup d'État. Ils ont cassé notre maison, ils ont frappé mon père, mon père a dû s'enfuir. C'est à ce moment que j'en ai profité pour faire une demande d'asile politique. Cela n'a pas été vraiment compliqué.

La complication, c'était plutôt au niveau du traitement car ça prend beaucoup de temps. La première fois que j'ai déposé mon dossier, j'ai dû attendre deux ans pour qu'il puisse m'entendre. Et huit mois après, ils m'ont répondu.

Du coup, au départ, c'était pour des vacances, je profitais de cette occasion pour faire des traitements pour la PMA et voir ce qui n'allait pas. Puis j'ai décidé de rester à cause des problèmes que ma famille rencontrait. Donc j'ai demandé l'asile politique.

Je ne me sens pas trop seule vue que toute ma famille vit ici. Et après ce qui s'est passé, d'autres de mes frères sont venus vivre en France avec toute leur famille. Donc, au pays, il n'y a pratiquement plus personne de ma famille. Du coup ce n'était pas compliqué pour moi car je me suis dit « si je reste là-bas je vais passer toute ma vie sans enfants ».

Dans la vie, il faut savoir faire un choix. Si je reste là-bas, bien que je travaille et que j'ai un mari, si je n'arrive pas à faire d'enfants pendant des années avec mon mari, il allait me quitter pour aller vivre avec une autre. Et cela allait me faire trop mal. Il fallait que je pense à moi-même. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de venir. Et c'était pour me faire soigner s'il y a possibilité qu'il vînt ici, on aurait eu un enfant et je comptais rentrer au pays. Mais comme entre-temps, Monsieur a changé, il a fait son choix, cela m'a décidé à rester.

Comment avez-vous vécu le premier traitement qui s'est soldé par un échec d'implantation ?

C'était vraiment difficile trop dur, d'une part, et d'autre part, j'étais contente d'en arriver là. Dur.

Pourquoi ?

Dur par rapport au traitement parce que les traitements sont trop lourds, les piqûres tous les soirs.

Tous les deux jours, tu es à l'hôpital et, de surcroît, ce traitement s'est passé durant la période de froid. Heureusement pour moi que j'avais une infirmière qui passait tous les soirs me faire des piqûres à la maison. Mais pour peu qu'elle arrive en retard, cela me frustrait car je me disais « si je rate l'heure de la piqûre, cela peut jouer sur les résultats et le traitement ». Donc j'étais tout le temps angoissée. La peur si la sage-femme ne vient

pas : qui est-ce qui va me piquer ? De plus, moi-même, je ne savais pas le faire. Toujours quelque chose dans le ventre, la peur.

Parlez-moi du jour du transfert.

Effectivement, après tous les traitements, piqûres, examens, nous sommes venus le jour du transfert. Déjà, j'avais fait une hyperstimulation. Du coup, on ne pouvait pas transférer l'embryon. Le médecin m'a expliqué et m'a demandé de patienter un ou deux mois et après on va faire notre transfert.

Comment avez-vous vécu cela ?

Je me suis dit « si les médecins me disent de repartir, c'est pour une bonne cause ». Je n'ai pas vraiment mal pris cela. Je me suis dit « de toutes manières, là, si on me dit non, c'est qu'il y a des petits problèmes ». Ce que je veux, moi, ce n'est pas être pressée. Je me suis dit que j'ai beaucoup souffert pour supporter les traitements, il faut que le milieu soit confortable pour l'embryon. Et il n'y en a qu'un seul, donc, il ne faut pas que je m'amuse. Du coup j'ai supporté.

Résumé

Ce travail vise à explorer le vécu du processus d'assistance médicale à la procréation (AMP) en contexte migratoire, des femmes d'Afrique subsaharienne. La recherche a été menée au sein d'un centre hospitalier d'assistance médicale à la procréation en Île-de-France, également spécialisé dans le traitement des personnes ayant un risque viral. Les cas de figures suivants ont été étudiés : tout d'abord, des femmes migrantes ayant découvert leur infertilité avant ou pendant la migration. Ensuite, il y'a des couples où l'infertilité serait d'origine masculine. En outre, il y'a aussi des couples où l'infertilité est découverte chez les deux partenaires. Le dernier cas de figure est celui où l'infertilité tirerait son origine d'une infection virale (VIH, VHB, VHC) contractée par l'un voire les deux conjoints. La recherche s'est déroulée en deux étapes principales, observation des consultations de médecine de la reproduction durant plusieurs mois avec différents médecins, suivie d'un travail d'entretiens semi-directifs et non directifs effectué auprès de dix-sept femmes migrantes, âgées de 25 à 42 ans, ayant entamé une prise en charge médicale. Pour l'analyse qualitative des entretiens, ma méthodologie de travail a été axée sur "*la Grounded Theory*" et sur le "*Complémentarisme*". De plus, cette méthodologie a été renforcée par un codage des catégories réalisé avec le logiciel Nvivo 10, outil d'aide à la classification du matériel empirique, qui ne se substitue pas au chercheur ni à l'analyse papier-crayon.

À travers les difficultés et le processus complexe d'AMP, cette étude a permis de dégager des spécificités existant chez ces femmes migrantes, la rencontre interculturelle, une technicité souvent inconnue, le poids des facteurs socioculturels spécifiques ainsi que les éléments de la singularité psychologique. Il ressort de ces analyses différents paramètres importants, l'influence des cultures non seulement sur les représentations de l'infertilité, mais aussi sur le désir ou sur le besoin d'enfant ainsi que sur le degré d'acculturation. Aussi, la durée du séjour, l'origine géographique, les pressions familiales et les craintes de polygamie sont autant de paramètres mis en exergue.

Ce parcours médical est vécu suivant les cas, comme un parcours d'émancipation sociale avec un désir de se dégager des normes culturelles de la place assignée à la femme. Le vécu de l'AMP est marqué en effet par différentes phases : idéalisation, espoir, désillusion, découragement et dépression suivant les situations, et donc, un parcours qui n'est pas dénué d'aspects traumatiques. Le comportement des femmes très codé culturellement s'est révélé source de malentendu avec l'équipe médicale. À titre d'exemple, certaines femmes pouvaient s'inscrire dans le pluralisme médical (biomédicale et médecine traditionnelle). Ces attitudes étaient parfois à l'origine des ruptures ou des suspensions de prise en charge incompréhensibles par l'équipe médicale.

Mots clés : Aide médicale à la procréation - Infertilité - Migration - Désir d'enfant - Théorie ancrée - Représentations culturelles.