

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES,  
SOCIALES ET EDUCATIVES

\*\*\*\*\*

UNITE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES SOCIALES

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

POSTGRADUATE SCHOOL  
FOR THE SOCIAL AND  
EDUCATIONAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORALE RESEARCH UNIT  
FOR HUMAN AND SOCIAL  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

**SOUFFRANCE CONJUGALE ET ASSISTANCE MEDICALE A LA  
PROCREATION (AMP) : LE CAS DU CONJOINT CAMEROUNAIS  
INFERTILE**

*THESE PRESENTEE ET SOUTENUE LE 3 OCTOBRE 2022 EN VUE DE  
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTORAT PH/D EN PSYCHOLOGIE*

**SPECIALISATION : PSYCHOPATHOLOGIE ET CLINIQUE**

PAR

**MARGUERITE ROSE NGUEKEU**

MASTER EN PSYCHOLOGIE

**MEMBRE DU JURY**



Président	:	MAYI Marc Bruno, Professeur	Université de Yaoundé I
Rapporteur	:	TSALATSALA Jacques-Philippe, Professeur	Université de Yaoundé I
Membre	:	NKELZOCK KOMTSINDI Valère, Professeur	Université de Douala
Membre	:	NGUIMFACK Léonard, Maître de Conférences	Université de Yaoundé I
Membre	:	AMANA Evéline, Maître de Conférences	Université de Yaoundé I

Octobre 2021

**SOMMAIRE**

DEDICACE..... ii

REMERCIEMENTS .....iii

RESUME..... iv

ABSTRACT ..... v

INTRODUCTION GENERALE..... 1

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE ..... 7

CHAPITRE 2 : INFERTILITE, SOUFFRANCE CONJUGALE ET AMP ..... 56

CHAPITRE 3 : ANCRAGE THEORIQUE ET APPROFONDISSEMENT DES CONCEPTS  
..... 122

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE ..... 190

CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES RESULTATS ..... 224

CHAPITRE 6 : ANALYSE, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS. 251

CONCLUSION GENERALE ..... 297

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 303

LISTE DES TABLEAUX..... 320

LISTE DES FIGURES ..... 321

LISTE DES ANNEXES ..... 322

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES ..... 323

ANNEXES ..... I

TABLE DES MATIERES .....

*A mon très cher époux Jean Claude KENFACK et nos enfants ;*

*Pour tous les moments de loisir et de bonheur durant lesquels je vous ai manqué ;*

*Trouvez en ce travail non seulement un justificatif de ma conduite mais aussi le témoin de la  
persévérance*

**REMERCIEMENTS**

Cette thèse est le fruit de la collaboration de plus d'une personne que je tiens à remercier.

Je remercie sincèrement le Professeur Jacques-Phillipe Tsala Tsala qui, en tant qu'encadreur de cette thèse, s'est toujours montré à l'écoute de mes difficultés et a œuvré à l'aboutissement de ce travail. Je le remercie pour l'inspiration, l'aide et le temps qu'il a bien voulu me consacrer.

Je remercie aussi le Dr Guy Sandjon, Médecin Chef de la Clinique de l'Aéroport-Douala et ses collaborateurs qui m'ont accueilli dans ce centre d'AMP où j'ai pu m'entretenir avec les participants de cette recherche. Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

Mes remerciements vont également à l'endroit de tous les enseignants du département de psychologie de l'Université de Yaoundé 1 pour les enseignements reçus durant mon parcours universitaire.

**RESUME**

Ce travail traite du vécu du parcours d'AMP du conjoint camerounais infertile qui fait face à une proposition d'IAD dans un contexte culturel où l'infertilité masculine est encore taboue et où cette pratique n'est pas encore réellement ancrée dans les mœurs. En effet, le parcours d'AMP de ces personnes, relatif à leur souffrance reste très peu étudié dans les recherches en psychologie clinique. Nous avons rencontré des conjoints infertiles engagés dans cette procédure d'AMP. Nos observations font état de ce que certains abandonnent, d'autres poursuivent et d'autres encore restent indécis dans leur position. Pourtant, selon la théorie du relativisme culturel en ethnopsychiatrie, les souffrances que les individus développent prennent sens dans le contexte socio-culturel auquel ils appartiennent ; par rapport à la conception et à la représentation que les peuples ont de la maladie (physique ou psychique) dans ce contexte ; et les prises en charge se fondent et s'étayent sur ce sens culturel de la maladie. L'objectif ici est de comprendre le vécu du conjoint camerounais infertile dans son parcours d'AMP/IAD compte tenu de sa souffrance conjugale dans un contexte encore marqué par des exigences culturelles. Pour cela, cette étude a été menée auprès de trois hommes infertiles dont l'âge varie entre 37 et 44. Les données ont été collectées à l'aide des entretiens individuels de recherche semi directifs et de l'échelle du HADs. Elles ont été analysées à l'aide de la technique d'analyse de contenu. Les résultats obtenus révèlent au niveau de l'échelle du HADs, la présence du syndrome anxio-dépressif chez tous les participants ; et au niveau des entretiens, le vécu du parcours de l'AMP marqué par cette souffrance se caractérise par des échecs, le doute et le camouflage (il est très souvent masqué).

**Mots clés :** infertilité, souffrance conjugale, valeurs culturelles, AMP/IAD

**ABSTRACT**

This work deals with the experience of the ART procedure of the infertile Cameroonian spouse who faces a proposal for AID in a cultural context where male infertility is still taboo and where this practice is not yet really anchored in mores. Indeed, the ART procedure of these people, relative to their suffering, remains very little studied in research in clinical psychology. We have met infertile spouses engaged in this ART procedure. Our observations show that some give up; others continue and others remain undecided in their position. However, according to the theory of cultural relativism in ethnopsychiatry, the suffering that individuals develop takes on meaning in the socio-cultural context to which they belong, in relation to the conception and representation that people have of illness (physical or psychological) in this context, and the treatments are based and supported on this cultural meaning of the disease. The objective here is to understand the ART procedure experience of the infertile Cameroonian spouse given their marital suffering in a context still marked by cultural requirements. For this, this study was conducted with three infertile men whose age varies between 37 and 44. The data were collected using individual semi-structured research interviews and the HADs scale. They were analyzed using the content analysis technique. The results obtained reveal at the level of the HADs scale, the presence of the anxiety-depressive syndrome in all the participants, and at the level of the interviews, the procedure of the ART marked by this suffering is characterized by failures; doubt and camouflage (it is very often masked).

**Keywords:** infertility, marital suffering, cultural values, ART/AID



**INTRODUCTION GENERALE**

L'Afrique est un continent essentiellement vitaliste ; raison pour laquelle la place accordée à l'enfant est primordiale dans un couple. D'ailleurs, le but premier du mariage est la fécondité et par ricochet, l'agrandissement de la communauté. L'enfant est ainsi devenu le pilier central de la stabilité conjugale. Des chercheurs tels que Sow (1977/1978) ; Yana (1988), Hurault (1987) se sont intéressés à la valeur portée sur l'enfant dans le couple africain. D'après ceux-ci, on n'est pas vraiment mort en Afrique lorsqu'on a laissé une descendance ; d'où la préoccupation constante de tous à avoir un enfant et d'accroître son patrimoine vital. De même, la fécondité apparaît comme un moyen d'affirmation de soi au sein de la société africaine.

Aoudou (2009), signalait déjà que l'organisation familiale dans la plupart des sociétés africaines en général et camerounaises en particulier valorise les personnes qui ont beaucoup d'enfants ; ce qui motive les hommes dans la conquête d'un plus grand nombre d'enfants. Le statut d'un homme étant valorisé par sa capacité à procréer.

Fiadjoe (2012), insiste sur le fait qu'en Afrique, donner la vie à un enfant est non seulement un signe extérieur de capacité physique à avoir des rapports sexuels mais aussi à transmettre la vie et maintenir la chaîne entre les générations. C'est donc dire que lorsqu'un couple ne peut pas transmettre cet influx qui va se "faire chair", il est comme impropre à l'accomplissement du plan divin qui est celui de possession, création et transmission de la vie à un enfant.

Mais alors, ce défaut de transmission de la vie dans un couple a longtemps été attribué à la femme qui subissait des sévices multiformes du fait de ne pouvoir procréer. L'infertilité du couple devient ainsi « *un drame personnel pour celle-ci, qui se voit dépréciée, dévalorisée voire humiliée* » (Tsala Tsala, 2009, p. 145). Elle porte à elle seule le lourd fardeau de l'infertilité du couple d'autant plus que l'idée selon laquelle l'homme puisse être infertile est rejetée ; d'ailleurs aucune preuve n'est fournie tant qu'il est viril. C'est ainsi que l'infertilité de l'homme pose moins de soucis, tant que celle de la femme soulève beaucoup de remous (Nguimfack, 2000).

Les résultats de nos travaux de recherche de master (Nguekeu, 2015), portant sur le vécu de l'infertilité féminine chez la femme camerounaise en couple ont également révélé que celle-ci est en échec de loyauté non seulement vis-à-vis de son couple et de sa famille, mais aussi de sa belle-famille et de sa communauté toute entière. Cela explique la présence perpétuelle des



états dépressifs chez cette dernière qui vit des maltraitances de la part de son conjoint, de sa famille, belle-famille et de tous ses proches.

Aussi déclare Aguessy (2012), il est dit jadis en Afrique que l'homme ou le mari n'est jamais infertile. En effet dans cette société, une femme avisée ou intelligente, ayant découvert la difficulté de son homme à procréer fait l'effort de lui coller la grossesse d'un autre géniteur afin d'épargner celui-ci et même son couple de la honte donc tout le monde les couvrait ; et c'est ainsi que le problème est parfois résolu et l'acte se répète. De même, en cas d'infertilité, les couples respectaient la pratique du fosterage pour maintenir un lien de transmission et de solidarité avec le lignage ; et lorsque le mariage n'était pas suivi d'une naissance, la famille de l'époux se tournait vers des réponses sociales (recours à un guérisseur ou un marabout) ou encore faire féconder l'épouse par le frère du mari à l'insu de ce dernier (Bonnet, 2014 ; Tchego, 2001 ; Yana, 1988)

Pourtant la littérature en psychopathologie et psychologie clinique montre que la question du devenir père surtout dans un couple infertile intéresse de plus en plus les chercheurs (Bydlowski, 2016 ; Delaisi de Parseval, 2004 ; Jaoul, 2010). Ceci parce qu'avec l'avènement du spermogramme à la suite des travaux des biologistes, l'infertilité masculine a été clairement diagnostiquée (Melh, 2017). Par conséquent, plusieurs problèmes graves longtemps ignorés, se sont vus mis à découvert chez la gent masculine ; créant ainsi une sorte de déstabilisation non seulement chez ces hommes mais aussi dans leurs couples. D'où cette tentative de résolution progressive avec une efficacité thérapeutique croissante. Des problèmes de fertilité déclarés tels que l'azoospermie, l'astheno-zoospermie, les oligospermies etc, s'offrent désormais à de nouvelles possibilités de contournement aux malades telle l'AMP.

D'après Bydlowski (2016), un homme rencontre son père, le devient ; le prolonge en se différenciant de lui. Celle-ci insiste sur le désir d'être père rencontré chez l'homme qui a soif de fonder une lignée ou de s'identifier en rivalisant son père.

Jaoul (2010) quant à elle soulignait déjà que le choc de l'annonce de l'infertilité se transforme la plupart de temps en une myriade d'émotions telles que la tristesse, la frustration, le chagrin, la honte, la colère et même la solitude. Pour les deux membres du couple, il faut ajouter une culpabilité à l'égard de la famille en raison de l'impossibilité de s'acquitter d'une dette générationnelle, de transmettre le nom ; et un questionnement sur le rôle social de chacun dans le couple. Le diagnostic d'infertilité ne vient pas seulement traumatiser la femme et son

compagnon mais aussi bouleverser l'équilibre du couple et les rapports avec leurs ascendants, réveillant ainsi des souffrances et des deuils enfouis. La souffrance de l'infertilité peut également prendre la dimension narcissique lorsqu'elle remet en cause la virilité de l'homme ou la dimension objectale lorsqu'elle est tournée vers l'autre (Jaoul, 2013). D'après cette auteure, l'annonce de l'infertilité chez l'homme entraîne des réactions telles que la jalousie, la révolte, la culpabilité et la recherche désespérée d'une cause ;

Signalons que jusqu'au XVIIIème siècle, l'être humain avait pour seul moyen de procréation les rapports sexuels entre un homme et une femme, l'acte de procréation était ainsi limité aux seuls hommes et femmes fertiles, les infertiles (seule la gent féminine était concernée) étant condamnées à ne pas expérimenter le sentiment d'être parent biologique. Ainsi, l'importance accordée à la procréation dans nos sociétés africaines valorise les hommes qui ont plusieurs enfants. L'exemple le plus probant est celui des chefs traditionnels qui créent une sorte d'influence au sein des populations avec un nombre très élevés d'enfants et de femmes ; ceci leur vaut parfois le titre de garant de la tradition et du culte des ancêtres. Prenant appui sur les Toupouris de l'extrême-nord du Cameroun, Aoudou (2009) précise que dans la majorité des groupes ethniques du septentrion camerounais, le respect d'un homme commence à partir du moment où il est père (obtient son premier enfant). Il faut dire qu'à partir du moment où un homme acquiert le titre de père, il est cité lors des assises au sein de la communauté villageoise. De même il est appelé « père de tel », puisque l'on ne devra plus utiliser son nom propre pour l'appeler.

Cependant, de nos jours, la tradition fait face à de nouvelles normes qui lui impose une reconfiguration, et fait en sorte que la paternité biologique prime sur la paternité sociale. Ce qui fait croire avec Tsala Tsala (1991 ; 1992 ; 2002 ; 2004 ; 2009) que l'originalité et, peut-être le drame du couple et par ricochet de la famille africaine actuelle, tiennent de ce qu'elle est actuellement à cheval entre deux modèles souvent contradictoires. La tradition se voit modifiée sous les pressions de la modernisation et de la mondialisation ; de tel enseigne que la famille africaine contemporaine est en déshérence car, elle cherche son identité entre les valeurs traditionnelles qui lui ont assuré une certaine stabilité et les valeurs de la modernité qui la contraignent à se réorganiser (Tsala Tsala, 2004). Il faut dire que de nos jours, réitère Tsala Tsala (2009), il n'est plus possible d'observer une société africaine fonctionnant exclusivement sur le modèle traditionnel ; d'où la pratique des nouvelles techniques de procréation qui réduit considérablement les pratiques ancestrales telles que le sororat (pratique qui oblige un homme

à épouser la sœur cadette de sa femme en cas d'infertilité du couple) ou le « confiage » d'enfant pour combler le vide dans un ménage en mal d'enfant.

C'est ainsi que la paternité sociale se voit progressivement remise en cause au détriment de la paternité biologique. Le *pater familias*, jadis détenteur de l'autorité suprême dans la famille élargie, a au fil du temps cédé la place au nouveau père. Ce dernier, non seulement s'approprie l'éducation de sa descendance, animé par le phénomène de nucléarisation de la famille, mais aussi, avec l'avancée de la science, a tendance à se rassurer que ses enfants sont vraiment siens. Ce qui accentue le diagnostic de l'infertilité masculine qui jadis était méconnue et même considérée comme tabou. Vécu comme véritable drame, similaire à un deuil, les victimes vont s'investir sur des nouvelles techniques de procréation dans l'espoir de satisfaire leur mal d'enfant.

Ainsi, l'absence d'enfant dû à l'infertilité constitue un traumatisme pour celui qui le vit. Jaoul (2011) ajoute qu'il est mis en place une sorte de sidération psychique, un conflit affectif dès qu'une ombre est portée sur le projet d'enfant par un retard rencontré à sa réalisation. Ce drame qu'est l'infertilité représente malheureusement dans certain cas un frein à ce titre de père et crée des remous dans la vie du couple.

Il est bon de savoir que chez l'africain, avoir un enfant est un moyen de transmission et partant, lui permet d'atteindre symboliquement l'immortalité puisqu'une part de lui vivra à jamais dans ses descendants, précisent Constantin, Daverio et Zermatten (2010). En tant que garant de la lignée, c'est à lui qu'incombe la tâche de perpétuer le nom reçu à travers les générations. Aussi, la parentalité biologique dans la société médiévale du XIIème et XVème siècle est beaucoup plus axée sur la notion de divinité ; à savoir Dieu qui a fait l'homme à son image ; Dieu-père s'auto génère en tant que fils. C'est ainsi que la notion de ressemblance entre parent et enfant est mise au premier plan dans l'établissement des liens familiaux. La ressemblance souligne Frunzeanu (2009) récupère l'acte biologique de l'enfantement et fait inscrire les descendants dans le système juridique de la succession ou dans le système religieux de l'apaisement des ancêtres.

Or, l'attachement culturel à la transmission des gènes et surtout l'importance accordée à la filiation biologique pourrait rendre l'acceptation psychologique de la PMA très difficile en Afrique même si le couple a accepté la demande (Kadio-Moroko, 2012). Le cas de l'insémination artificielle avec don du sperme (IAD exogène) n'en demeure pas la moindre.

C'est dans cet optique que nous avons voulu comprendre comment la souffrance induite au sein du couple par l'infertilité retentit sur le parcours d'AMP chez un homme qui se reconnaît infertile.

Ce travail présente un triple intérêt : social, scientifique et clinique.

Pour ce qui est du social, cette recherche pourrait faciliter la sensibilisation et la prise de conscience des populations sur l'existence naturelle et la réalité de l'infertilité masculine. En d'autres termes, la divulgation des résultats de cette recherche, mettant en relief la souffrance psychique de l'homme aux prises avec la proposition d'IAD, amènera plus d'un dans la population générale à se pencher sur cette situation d'infertilité masculine encore tabou dans nos sociétés africaines. Dès lors, sensibiliser sur cette situation, les hommes et familles pourraient voir, apprécier ou juger l'infertilité du couple différemment avec plus d'impartialité ou encore à sa juste valeur. Cette recherche pourrait avoir un impact très positif chez des couples infertiles et même des familles en général ; à propos des violences et stigmatisations faites aux femmes dans nos sociétés camerounaises en particulier et africaines en général en cas d'infertilité de couple.

Quant à l'intérêt scientifique, il faut souligner que les recherches et connaissances scientifiques sur l'infertilité du couple et même le recours à l'AMP soient pour la plupart centrées sur la gent féminine. Cette recherche lève le voile sur la tendance africaine selon laquelle l'infertilité du couple puiserait ses origines du côté de la femme. Déjà les demandes de consultation psychologique en situation d'infertilité du couple pourraient justifier cette appréhension car c'est toujours la femme qui est indexée et sa souffrance semble toujours être mise au premier plan, celle de l'homme ignorée. Cette thèse pourrait attirer l'attention de certains cliniciens non culturellement outillés à ce sujet, qui ont l'habitude de se focaliser sur les souffrances présentées par la conjointe en omettant l'expression de cette souffrance chez le conjoint.

D'un point de vue clinique, cette recherche contribuerait à la compréhension du vécu subjectif de l'infertilité en contexte africain, particulièrement l'infertilité masculine. La lecture ethno-psychanalytique faite sur les résultats permettra de renforcer les connaissances sur le fonctionnement psychique des personnes en situation d'infertilité ; dans ce sens, elle permettra de faire face au traumatisme de l'infertilité. Ces nouvelles connaissances contribueraient à

augmenter l'efficacité thérapeutique en clinique psychologique car, les nouveaux processus psychiques identifiés faciliteront la compréhension, les choix et les actions du clinicien.

Cette thèse est divisée en six chapitres qui se suivent et se complètent.

Le premier aborde la problématique et met en relief les données anthropologiques sur la procréation en Afrique ; le contexte général de l'infertilité dans le monde, en Afrique et au Cameroun ; la formulation du problème de recherche.

Le second, intitulé infertilité, souffrance conjugale et assistance médicale à la procréation aborde la physiologie de la reproduction chez l'homme ; les perspectives historico-sociales de l'infertilité ; l'infertilité psychogène ; la souffrance liée au parcours d'assistance médicale à la procréation et celle confrontée à l'IAD.

Le troisième chapitre met en exergue l'ancrage théorique et l'approfondissement des concepts de la recherche.

Le quatrième chapitre traite de la méthodologie avec l'accent porté sur le rappel du problème de recherche et la précision sur les centres d'intérêt ; le type et champ de la recherche ; la méthode de recherche ; le site de collecte des données ; la technique d'analyse des données ainsi que le déroulement de la collecte des données.

Le cinquième chapitre porte sur la présentation des résultats. Il s'agit de la présentation des cas et leur anamnèse ; la présentation des résultats issus des entretiens et ceux issus du HADs.

Le sixième et dernier chapitre traite de l'analyse, de l'interprétation et de la discussion des résultats. Ce chapitre s'ouvre sur le rappel du cadre théorique de la recherche ; se prolonge sur l'analyse et l'interprétation des résultats des entretiens et du HADs ; et se referme avec la discussion de ces résultats.



## **CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE**

Il sera question dans ce chapitre de présenter les données anthropologiques sur la procréation en Afrique, le contexte général de l'infertilité dans le monde, en Afrique et au Cameroun. Ensuite une précision sera faite sur les données en AMP. Enfin, sera formulé sous la base du contexte et de ces données, le problème qui est traité dans cette recherche.

### **1. Les données anthropologiques sur la procréation en Afrique**

La reproduction est un ensemble de processus par lesquels les espèces se perpétuent en permettant la naissance d'un nouvel individu. Cette naissance permet au géniteur, l'être humain, de marquer son identité personnelle ; celle-ci favorise l'élucidation de soi au sein de la famille à partir du « se reconnaître dans le lignage » (Ricœur, 2004). Selon Smagulova, Charlotte-François, Vialard, et Vid, (2015), la procréation est une propriété fondamentale et obligatoire du monde vivant ; et partant, toute espèce vivant doit disposer d'un mécanisme efficace de reproduction sous peine de disparaître.

Alors, faire des enfants en Afrique, ne serait pas un acte anodin, ce n'est pas non plus un acte nécessaire au bon fonctionnement de la société ; c'est un acte pour l'humanité toute entière, inhérent non seulement à la perpétuation de la race humaine mais aussi à l'introduction de soi dans un groupe. Ainsi donc, il n'existe aucune naissance qui n'attende reconnaissance d'une relation personnelle recherchée. Il serait donc aberrant, soulignent Haden, Kloug, Luong, Mottaz et Sarp (2001), de travailler pour un futur que nous n'assurons pas la descendance ; étant donné que les enfants sont garants de notre patrimoine non seulement génétique mais aussi culturel.

L'inscription dans une généalogie, propose Pierron (2007), donne non seulement une place dans la suite des générations mais aussi la marque de l'incarnation dans la lignée. Ainsi donc, se reconnaître dans cette lignée permet à l'histoire personnelle de trouver ses ressources pour augmenter connaissance approfondissement de soi.

Sow (1977) pense que pour les africains, on n'est pas vraiment mort lorsqu'on a laissé une descendance ; d'où la préoccupation constante de tous, d'avoir des enfants et d'accroître, ce faisant, son potentiel vital. Dans les sociétés de structure matrilineaire, dit-il, les oncles encouragent leurs neveux et nièces à procréer. Il ajoute qu'il ne saurait, ici, y avoir, comme ailleurs, de culpabilité individuelle lancinante liée à la sexualité, surtout lorsqu'elle est accompagnée de procréation.

Pour Yana (1988), la fécondité apparaît comme un moyen d'affirmation de soi au sein de la société et une voie d'entrée dans la « *cosmogonie* », puisqu'il est important pour lui d'avoir des descendances qui lui feront des sacrifices après sa mort. Il est essentiel pour un bamiléké d'accroître la population de son village, c'est-à-dire d'engendrer de nombreux enfants et de former un lignage qui se perpétue de génération en génération. La fécondité est ainsi l'un des signes marquant la réussite personnelle (Hurault, 1987).

De même, la famille, dit Nguimfack (2008) a été de tout temps considérée comme le creuset du développement de ses membres, de par les liens sociaux qu'elle sous-tend et la satisfaction des besoins aussi bien sur le plan matériel que psychologique des personnes qui la composent. Ainsi donc l'acte de procréation permet à un individu de payer sa dette, d'être loyal envers sa famille.

Cette loyauté selon Boszormenyi-Nagy (1973) est toujours associée à la dette. Cette dernière est acquise déjà par le simple fait d'avoir reçue la vie ou d'être né. Tsala Tsala (2009 :154) souligne que « dans une famille par exemple, chacun reçoit et doit donner à son tour pour demeurer loyal et être considéré comme tel de telle sorte que, plus la dette est remboursée, plus le mérite du payeur s'accroît, plus il oblige et endette celui à qui il donne ».

Pour Tsala Tsala (2009) la loyauté est à la fois une caractéristique du groupe et une attitude propre à tout un chacun ; ainsi tout membre loyal d'un groupe devrait internaliser l'esprit des attentes de son groupe et se conformer aux injonctions ainsi internalisées par un ensemble d'attitudes spécifiques ; sinon il sera sujet au sentiment de culpabilité. Il souligne que la famille africaine ne se compose pas uniquement du couple et de ses enfants ; elle inclue toutes les relations en amont et en aval du mariage. Sylla (2001) l'atteste quand il dit que la grande famille se constitue autour des couples avec toutes les liaisons issues du lignage maternel et du lignage paternel. Dès qu'on naît, on est donc redevable toute sa vie et appelé à remplir ses loyautés vis-à-vis de ses géniteurs, de son groupe d'appartenance ou de la société, de son couple en donnant également la vie. Alors, le manquement à ce devoir éthique est souvent source de souffrance (Boszormenyi-Nagy, 1973).

## **2. Contexte général de l'infertilité dans le monde, en Afrique et au Cameroun**

L'infertilité est une situation qui affecte plusieurs couples dans nos sociétés. Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2010) comme étant l'absence de



grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception. Elle est à différencier de la stérilité qui est l'incapacité totale pour un couple d'obtenir un enfant.

D'après Adamayi (2016) l'infertilité du couple est considérée comme une fatalité et est la première cause de mésentente conjugale ou de divorce ; l'origine masculine de l'infertilité est de découverte récente ; autrefois seule la femme était incriminée dans l'infertilité du couple. Pourtant elle est à l'origine de plus d'un tiers des infertilités du couple et est en relation avec une altération quantitative et ou qualitative du sperme, d'origine congénitale ou acquise. L'infertilité d'après cet auteur est d'origine masculine dans 20 % des cas, d'origine féminine dans 30 % des cas et d'origine mixte dans 40 % des cas et aucune cause n'est retrouvée dans 10 % des cas.

### **2.1. L'infertilité dans le monde**

D'après le rapport de l'Agence Biomédicale (2015), le taux de conception spontanée ne dépasse pas 25% de chance par cycle pour un couple normalement fertile. Compte tenu de ces chiffres, 60% des couples qui désirent un enfant parviendront à cet objectif en six mois, 80% en un an et 90% en 18 mois.

Environ 10 % de couples dans le monde seraient confrontés à l'infertilité. Dans le couple, la responsabilité est répartie comme suit :

- L'infertilité touche autant les hommes que les femmes.
- Dans 30 % des couples, l'infertilité est féminine.
- Dans 30% des couples, l'infertilité est masculine.
- Dans 30% des couples, l'infertilité touche les 2 membres du couple.
- Dans 10% des couples, l'infertilité est d'origine inconnue (on parle de stérilité idiopathique).
- L'âge de la femme fait partie des principaux facteurs prédictifs de la fertilité. Même si de nombreuses femmes connaissent une grossesse après 30 ans, une femme d'une vingtaine d'années est toutefois plus fertile. L'ovulation constitue le problème de fertilité féminine le plus courant.
- Une femme de 35 ans a environ deux fois moins de chances de tomber enceinte qu'une femme de 20 ans ; ce pourcentage n'est que de 10% chez une femme de 40 ans.

- Une femme de 37 ans peut dans 25% des cas connaître un problème de fertilité, pourcentage qui s'élève à 50 % chez une femme de 41 ans et à 75 % chez une femme de 43 ans.

Le taux d'infertilité est plus élevé en Amérique du Nord, au Moyen-Orient et en Océanie (Médical Company Ilaya, 2019). Aussi, dans les pays développés, on estime qu'au moins 8% des couples seraient infertiles. D'ailleurs, les chiffres pourraient s'avérer encore plus élevés.

Au Royaume-Uni, par exemple, on estime que 1 couple sur 7 a des problèmes d'infertilité. Les États-Unis ont également un taux élevé, où on croit que 10 à 15% des couples existants sont aux prises de problèmes similaires. Environ 50% des couples n'ayant pas conçu durant la période de 12 mois, réussissent finalement à concevoir des enfants au cours des deux années suivantes.

En Belgique, d'après le rapport de l'Institut Européen de Bioéthique (2017) l'infertilité touche en moyenne 1 couple sur 6. D'après les estimations, 10 à 15% des couples doivent faire face à l'infertilité. Dans environ 30% de cas, la responsabilité est partagée entre les deux membres du couple. Dans 30% de cas elle est d'origine masculine et dans 30% de cas elle est d'origine féminine. La cause étant ici une combinaison des troubles médicaux chez les deux partenaires ; et dans 10% des couples, elle est d'origine inconnue.

D'après Castonguay et Strub (2014), le Canada est aussi concerné par la question de PMA puisque l'infertilité y a doublé en 20 ans. En 1992, 8,5 % des couples hétérosexuels n'arrivaient pas à concevoir un enfant naturellement après un an ; mais entre 2009 et 2010, ce taux est passé à 16 %. Les techniques de fertilisation assistée qui sont de plus en plus efficaces en sont très sollicitées. D'ailleurs, la demande pour ces services a beaucoup progressé dans de nombreux pays, notamment au Canada et au Québec depuis plus d'une décennie. En effet, entre 2001 et 2010, le nombre de cycles répertoriés dans ce pays ont augmenté de 223 % pour passer de 7 782 à 17 387

En France en 2016, d'après le rapport de l'INSERM (2018) ; 6,9% des femmes ayant eu un enfant ont eu recours à un traitement de l'infertilité, contre 5,7% en 2010. Certaines données suggèrent par ailleurs une baisse de la qualité du sperme dans certaines régions du monde au cours des 50 dernières années. Environ un couple sur huit consulte en raison de difficultés à concevoir un enfant. Dans trois quarts des cas, l'infertilité est d'origine masculine,

féminine, ou elle associe les deux sexes. Dans 10 à 25% elle n'est pas attribuable à un défaut spécifique d'un des deux partenaires.

A l'échelle planétaire, plus de 80 millions de couples, soit entre 8 et 12% de la totalité des couples sont infertiles ou l'ont été à un moment donné de leur vie procréative

## **2.2. Situation de l'infertilité en Afrique**

L'infertilité en Afrique est un drame personnel, beaucoup plus pour la femme, celle-ci est dépréciée, dévalorisée, voire humiliée (Tsala Tsala, 2009). On rejette l'idée que l'homme puisse être infertile tant qu'aucune preuve n'est fournie. C'est ainsi que la femme porte à elle seule le lourd fardeau. En effet, l'infertilité de l'homme pose moins de soucis, celle de la femme soulève beaucoup de remous (Nguimfack 2000), ce qui peut l'entraîner dans une phase de culpabilisation et de baisse d'estime de soi.

D'après Rambert (2016), entre 15 % et 30 % des couples africains ont des difficultés à procréer, les mauvaises conditions sanitaires étant un facteur aggravant

Une étude menée au Sénégal par Niang et al. (2009) pendant la période allant de 2000 à 2004 sur 492 dossiers de patients ayant consulté pour des problèmes d'infertilité conjugale révèle que : l'infertilité était de type primaire dans 66,5% de cas. La varicocèle, anomalie la plus retrouvée était présente dans 64,6% des cas. Le spermogramme était perturbé dans 84,3% de cas ; on pouvait y noter l'oligospermie (35,6%) et l'azoospermie (28,6%).

En République Démocratique du Congo, la prévalence est de 11%, la responsabilité est partagée entre homme et femme respectivement de 34,6% et 21,4% (Mubikayi et al., 2010).

Au Nigéria, le taux d'infertilité est de 30,3% (Olatunji et al., 2003).

En Afrique du sud souligne Le Marcis (2014), l'Infertility Clinic du Steve Biko Academic Hospital de Pretoria reçoit entre 1500 et 2000 personnes qui consultent pour des cause d'absence de grossesse. Les causes de l'infertilité sont relatives à l'homme dans 20% des cas et sont dues aux deux partenaires dans 30 % des cas d'où la nécessité d'une évaluation complète du couple (17,30).

L'infertilité du couple est une tragédie en Afrique, d'autant plus qu'avoir des enfants demeurent la raison suprême pour le mariage. Cependant, c'est en Afrique que la prévalence de

l'infertilité est la plus élevée ; elle atteint 15 à 20 % dans certaines zones. Il faut retenir que les complications des infections sexuellement transmissibles en sont la cause majeure car est estimée à 55 et 65% (Leké, 2012). Les nouvelles techniques de diagnostic et la chirurgie endoscopique ont permis de mettre en évidence le rôle des infections dans l'infertilité du couple. Leké (1991) cite le Cameroun, la Gabon, la RDC, le Togo, la Tanzanie, le Soudan et le Kenya parmi les pays africains ayant une faible fécondité.

Selon Gueye et al. (2012), les couples africains étaient plus susceptibles que ceux d'ailleurs d'avoir une infertilité secondaire ou de longue durée, ainsi que des antécédents de maladies sexuellement transmissibles.

En Afrique, souligne Leke (2012), la prévalence de l'infertilité est d'environ 15%, alors qu'ailleurs, en pays développés, elle est de 10% ; ceci s'explique par le fait que dans les pays en développement, les coûts des soins d'infertilité ne sont pas couverts par les frais des assurances ; et la plupart des pays en développement ne paient pas des frais de la technologie avancée comme la PMA dans l'assurance santé.

La difficulté de la prise en charge de l'infertilité dans les pays africains est liée à l'absence de contrôle, de la durée de l'investigation et du traitement avant la référence à la PMA. Les tentatives d'insémination même avec échec sont payées y compris les procédures thérapeutiques infructueuses. Le coût de l'investigation complète est élevé d'autant plus qu'il inclut les analyses de base, les échographies, les spermogrammes et spermocultures.

### **2.3. Le cas particulier du Cameroun**

Dans les pays en développement comme le Cameroun, affirme Leké (2012), on distingue l'infertilité primaire (cas où il n'y a jamais eu de grossesse) ; qui s'élève à 40% d'infertilité et l'infertilité secondaire (qui survient après une ou plusieurs grossesses) qui contribue à environ 60 % des cas d'infertilité totale.

Une étude camerounaise réalisée par Nana et al. (2011) sur 104 patients dont 92 femmes et 12 hommes, relève qu'au Cameroun comme en Afrique, 20 à 30% de couples souffrent du problème d'infertilité et la prévalence varie d'une région à l'autre. Bien que des couples ignorent les vraies causes de l'infertilité, ils ressentent néanmoins son impact, qui frappe surtout les femmes selon une certaine opinion.

Par ailleurs, cette étude menée sur 104 patients infertiles à l'hôpital centrale de Yaoundé relève que certains troubles psycho-sociaux ont été retrouvés chez des patients, et les proportions sont les suivantes : le stress (84,61%), la dépression (53,85%). L'assimilation de l'infertilité à la sorcellerie était reportée par 36,5% et une moitié consultait des marabouts (Nana et al, 2011).

Aussi, les statistiques issues du registre de consultation du service de gynécologie de l'Hôpital de District de Dschang où nos recherches de Master 2 ont été effectuées, montrent que pendant la période allant de janvier 2012 à décembre 2013 (soit 24 mois), le spécialiste a reçu 2092 patients ; dont 82 femmes consultant pour l'infertilité primaire et 111 pour des raisons d'infertilité secondaire. Soit un total mensuel d'environ 87 patientes. Le pourcentage des femmes consultant pour des problèmes d'infertilité primaire et secondaire était respectivement 3% et 4% par mois dans ledit centre hospitalier (Nguekeu, 2015).

D'après une étude menée par Noubom (2016) au Chracerh- Cameroun sur 868 dossiers (259 dossiers actifs de couples infertiles et 609 dossiers retrouvés aux archives). Les concernés étant âgés de 30 à 40 ans (femmes) et de 40 à 50 ans (hommes) ; avec la durée de l'infertilité variant de 1 à 5 ans. Il en était ressorti que l'infertilité primaire était de 58,8 % des cas. L'origine de l'infertilité étant mixte dans 47,5% des cas ; féminine dans 33,6% des cas ; masculine dans 13,1% des cas et inexplicée dans 05,8% des cas. Le facteur étiologique d'infertilité féminine le plus représenté était les pathologies tubo-pelviennes (51,74 %), suivie des troubles ovulatoires (26,18%). Les pathologies tubo-pelviennes étaient dominées par les lésions tubaires (61,58%). Chez l'homme 16,41% avaient un trouble sexuel, beaucoup plus à type de dysfonctionnement érectile (52,27%). Une anomalie du spermogramme était retrouvée chez 60,62% des partenaires, l'oligospermie (36%) étant l'anomalie la plus retrouvée. L'anomalie organique la plus retrouvée chez l'homme était l'atrophie/dystrophie testiculaire (46,15%), suivie de la varicocèle (38,46%). Le moyen thérapeutique le plus prescrit chez la femme était le traitement chirurgical (45,90%) avec une forte représentativité de la coelioscopie (65,48%). Le recours à l'AMP était prescrit dans 40,17% des cas, représentant le deuxième geste thérapeutique le plus utilisé. Suite à un traitement, 34,07% des couples ont pu concevoir.

Ayissi (2017) explique que de janvier à octobre 2017, l'Hôpital Régional de Ngaoundéré (HRN), formation sanitaire de référence de l'Adamaoua, a reçu 2258 personnes en consultation pour les problèmes liés à l'infertilité, à l'infécondité et à l'infertilité. Ces patients, donc 1581

femmes et 677 hommes ont été enregistrés pour les cas de stérilité, soit respectivement 70% et 30% ; et une moyenne d'environ 158 femmes et 68 hommes par mois.

Le Dr Mohamadou Hassimi, directeur de l'HRN donne les raisons du nombre réduit de la gent masculine en réitérant qu'en principe, ce sont aussi 158 hommes qui devraient se présenter ; mais environ 90, plus de la moitié, refusent de consulter. La probabilité pour que ces 90 hommes soient atteints d'infertilité est très élevée.

Dans leur article intitulé *Traditional Health Care of Male Infertility in Bansoa, West Cameroon*, Noumi, Eboule et Nanfa (2011), ont réalisé une étude portant sur un échantillon de 179 hommes souffrant des problèmes d'infertilité primaire. Ceux-ci ont été enregistrés au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital régional de Bafoussam en décembre 2009. La synthèse des données révèlent après réalisation du spermogramme que 23,4% des participants avaient un taux de sperme normal. 76,5% restant présentaient des anomalies au niveau de la quantité de spermatozoïdes. Le cas où l'homme n'a qu'un testicule ou pas du tout n'était pas pris en compte dès le départ dans la mesure où un tel homme ne peut pas procréer (Noumi et al, 2009). Les résultats du spermogramme des 137 hommes présentant des anomalies sont les suivants : asthénospermie : 17,6% ; asthéo-teratospermie : 1,1% ; astheno-nécrospermie : 1,1% ; asthéo-hypospermie : 0,5% ; Azoospermie : 8% ; Nécrospermie : 1,1% ; oligospermie : 13,4% ; oligo-asthéo-teratospermie : 5% ; oligo-asthéo-terato-nécrospermie : 1,1% ; teratospermie : 1,1%.

#### **2.4. Brève anthropologie de l'infertilité au Cameroun**

Il convient de souligner que dans toutes les cultures du monde, donner la vie est l'acte le plus important pour la perpétuité de la race humaine. Le contexte africain étant essentiellement vitaliste, la procréation y est d'une importance capitale au vue de la pérennisation des valeurs ancestrales ; l'infertilité apparaît donc comme un drame personnel et social, surtout pour la femme à qui on attribue la responsabilité de l'infertilité du couple. En Afrique, la fécondité est un signe de bénédiction, un évènement merveilleux souvent entouré de rituels. La naissance d'un enfant dans une famille africaine fait la joie de la communauté entière, qui non seulement manifeste sa reconnaissance envers Dieu mais aussi envers les divinités tutélaires de la famille. Il faut reconnaître que la procréation se situe dans la mouvance générale de la société africaine qui dicte son modèle à suivre.

Les principales causes de l'infertilité dans l'imaginaire africain en général et camerounais en particulier s'articulent autour de trois axes : les déficiences physiologiques, l'inobservance des obligations rituelles ou des interdits et l'œuvre des divinités ou des sorciers (Aoudou, 2009). Ces trois dimensions vont s'entremêler et compliquer la situation dès lors qu'il faudra creuser la source du mal ; surtout en milieu rural où l'ignorance et les pratiques culturelles sont plus marquées.

Au Cameroun, cette perception est commune dans toutes les ethnies, c'est davantage à la femme qu'incombe la responsabilité de l'infertilité dans le couple. Quelques exemples :

- *Chez les Béti*

Les Béti considèrent l'infertilité comme un signe de malédiction ; Ombolo (1990) dit de cela que c'est une catastrophe dans la vie du couple ; en précisant que pour l'époux, c'est une horrible perspective de l'interruption de la lignée de descendance transmise par son père ; en plus il ne sera pas vénéré un jour comme ancêtre. Par ailleurs, pour l'épouse, c'est à la fois la douleur intime non seulement d'être privée de ce qui constitue le bien suprême dans la vie sociale mais aussi qui assure à toute femme sa pleine valeur. L'infertilité induit chez la femme la mauvaise conscience de priver le mari de l'enfant étant donné que dans l'immense majorité des cas, c'est elle seule qui est la responsable dans ce drame de la non conception du couple.

Selon Aoudou (2009), l'homme Béti infertile est tellement envahi d'angoisse lorsqu'il s'interroge sur le message qu'il transmettra au collège des ancêtres et sur le sort qui lui sera réservé ; l'infertilité apparaît donc comme une rupture d'équilibre, de l'ordre vital.

L'auteur insiste sur la cause de l'infertilité qui peut s'avérer définitive du fait des avortements précoces, les relations sexuelles avant les premières menstruations, bref, les mauvaises conduites avant le mariage. Il lui a été rapporté que chez les Ewondo, certains cas d'infertilité sont liés à la désobéissance d'un conjoint d'obtempérer à un rite prémarital consistant à la traversée d'une rivière en courant.

- *Chez les Massa et les Toupouris*

Ceux-ci attribuent la cause principale de l'infertilité à Dieu, car disent-ils, c'est sa volonté. De même tous s'accordent pour ce qui est de l'inobservance des rituels traditionnels. Erny (1988) souligne que pour ces populations, l'infertilité est la conséquence de toute

désobéissance relative aux pratiques rituelles, ou transgression d'interdits exige, pour effacer les effets, des purifications et des réparations correspondantes.

Chez les Toupouri et Massa de l'Extrême-Nord Cameroun (Aoudou, 2009), la violation de certaines normes ou pratique en lien avec la dot d'une femme par exemple, pourrait à la longue être à l'origine de son infertilité. Ainsi, tout homme qui ne s'est pas acquitté de cette obligation à l'endroit de sa belle-famille s'exposerait aux risques de ne pas faire d'enfant. Il faut mentionner que cela est valable pour toutes les cultures Camerounaises ; qu'on soit Bété, Bamiléké, Sawa, Foulbé etc.

Par ailleurs, il faut souligner que l'infidélité et certains écarts de conduite de jeunesse, pèsent d'une manière ou d'une autre sur la jeune fille. Chez les Massa et Mafa, il existe des lieux propices à l'acte sexuel, le non-respect de ces obligations entraîneront non seulement l'infertilité de la femme mais aussi la sécheresse du sol concernant l'aspect agricole.

#### - *Chez les Sawa*

Les Sawa font partie des communautés autochtones du Cameroun qui regroupent un ensemble d'ethnies vivant le long du littoral camerounais. Il faut donc entendre par Sawa tout habitant de la zone côtière pour qui l'eau imprègne très fortement les traditions et cultures (Esoh Elame, 2006).

Tout comme dans d'autres ethnies du Cameroun, le groupement Sawa ne laisse pas la situation d'infertilité passée inaperçue. Pour y faire face ils pratiquent le rite « Esa ». Ce rite, tel qu'explique Mbondji Edjenguele (2016), dignitaire Sawa et anthropologue à la connaissance éprouvée sur la tradition africaine et les rites initiatiques côtiers, est un moment de *remise en cause* qui ne peut être invoqué qu'en cas de crise grave dans la cellule familiale, dans le clan, dans la tribu toute entière, voire à une échelle sociale plus grande encore.

D'après le dignitaire Sawa, Le rite d'Esa est utilisé quand on a épuisé toutes les autres voies de recours. Selon lui, *on ne convoque l'Esa que lorsque tout a été entrepris en vain, que ce soit pour un cas de maladie, de stérilité ou de malédiction ; ainsi donc l'Esa n'intervient que dans des conditions extra*. Ce qui signifie que le cas est très grave et nécessite l'intervention des ancêtres bienveillants.



Comme il est coutume chez les africains de puiser les ressources chez les ancêtres, l'Esa ya mboa, est cette prière collective aux ancêtres disparus et bienveillants, cette invocation solennelle, la cérémonie de réconciliation familiale chez les Sawa. Celui-là même que l'on peut invoquer dans une situation critique. Ce rite est donc convoqué dans les cas d'infertilité pour demander secours aux divinités Sawa afin qu'ils soulagent la peine de la victime de cette tare.

Il convient aussi de rappeler que pendant ce rituel de purification collective, l'on peut énoncer tous les vœux, les menaces, sanctions, sentences populaires. C'est le moment opportun pour chaque membre de la communauté d'affirmer ses bonnes intentions après avoir fait des ablutions faciales dans la cuvette.

Au demeurant, l'Esa est une cérémonie pratiquée pour écarter un malheur ou apporter la bénédiction ; recherche d'une cause, protestation d'innocence ou faire l'aveu en faisant les ablutions avec la feuille de « Dibôkubôku ». Il s'agit également d'organiser ou amener une réconciliation dans une famille ou encore dans la communauté toute entière, question de rejeter la cause d'un malheur. L'Esa est donc un rite pratiqué à tous les niveaux : en famille, chez les marabouts ou guérisseurs et surtout dans les circonstances réunissant tout le peuple Douala.

Ces peuples ont un sens profond de la matérialisation de la religiosité africaine et le font à travers le « Jengu » ou encore « Ngondo ». C'est un ensemble d'actions et d'attitudes, agissant sur le mode de vie et de pensée des Sawa, leur permettant de perpétuer les croyances et rituels ancestraux en tant que véritables expression et symboles culturels (Esoh Elame, 2006).

#### - *Chez les Grassfield*

Avoir beaucoup d'enfant à l'Ouest du Cameroun, correspond à une prospérité non seulement économique et sociale, mais aussi permet de pérenniser le lien entre les morts et les vivants. Selon Yana (1994), la relation entre fécondité et statut de la femme en pays Bamiléké est essentiellement liée au culte des ancêtres et à l'héritage. Pour cela la femme qui n'a pas définitivement procréé n'aura pas droit au sacrifice après sa mort. Bien plus son crâne ne sera pas recueilli.

Par conséquent, il est essentiel d'entretenir les crânes des ancêtres au risque d'être victimes de la colère des esprits ; qui pourrait engendrer l'infertilité et bien d'autres malédictions. Outre le respect des crânes des ancêtres sur lesquels des sacrifices devront être

faits pour attirer le bonheur sur la lignée, l'infertilité telle que le souligne Erny (1988) a pour cause la désobéissance aux pratiques rituelles, la transgression des interdits et la sorcellerie.

Pour ce qui est de la pratique de la sorcellerie, on peut mentionner certains rituels auxquels les femmes n'ont pas le droit d'assister ; tel est le cas de certaines danses traditionnelles où l'observation des certains groupes de danse tel que le « Nkouhgang » serait nocive à la femme enceinte. Bref la pratique des us et coutumes garantissent la fertilité dans l'imaginaire sociale bamiléké. Les bois sacrés (forêts sacrées) constituent les lieux privilégiés pour les rituels chez le peuple Bamiléké du Grassfield. Ces espaces abritent les maisons des principales sociétés secrètes où des offrandes rituelles sont versées périodiquement à leur pied (Salpeteur, 2010).

Le non octroi de la dot est parfois considéré comme l'une des causes de l'infertilité chez les Bamiléké ; ceci dans la mesure où l'homme épouse la famille qui lui a donné la femme, mais ne vivra maritalement qu'avec sa femme. Pour cela il doit verser la dot ; ceci est un ensemble des cadeaux que le futur marié offre à la famille de sa future femme (Tardits, 1960). Cette dot est aussi un moyen idéal de presque tout donner (peu importe la valeur de ce qu'on donne) sans rien recevoir de la part des beaux-parents ; d'autant plus que leur fille engendrera des enfants qui feront fortune à leur gendre. Pour Tsala Tsala (2009), la dot est « *l'ensemble des prestations faites en vue d'un mariage* » (p.80). Chez, les Bamiléké elle prend ainsi la valeur de dette que la femme doit payer en donnant un enfant à son mari. Par conséquent, lorsqu'il n'y a pas eu de dette (dot) au départ, il n'y aura pas d'enfant par la suite.

#### - *Chez les Maka*

« *Maka* », veut dire « grosses lianes épineuse qui envahissent les arbres jusqu'à les dominer ». Ils constituent la grande majorité des populations du département du Haut Nyong dans l'Est du Cameroun. On y rencontre comme partout ailleurs au Cameroun des traditions et des rites variés reposant surtout sur les principes hérités de leurs ancêtres et qui participent au mode et fonctionnement de la communauté entière (Ngon, 2018).

Ces us et coutumes contribuent à la cohésion sociale en ceci qu'ils forment les liens entre le monde visible et invisibles ; d'ailleurs les Maka sont animistes comme la plupart des peuples bantou ; leur force spirituelle vient de l'esprit des ancêtres vivant dans la forêt. Quand la pratique des rites semble infructueuse chez une femme infertile puisque l'infertilité du couple

n'incombe qu'à cette dernière, sa belle-famille s'arrange en sorte qu'elle puisse rencontrer l'un des frères de son époux (Ngon, 2018), ceci dans la stricte intimité familiale ; une fois conçue, cette dernière retourne chez son mari dans le souci de garder non seulement son honneur mais aussi d'assurer sa lignée.

Au demeurant, l'infécondité est perçue dans notre pays comme un signe de malheureux destin, souligne Yana (1995). Il évoque la compassion de ses informateurs pendant son enquête sur la personne infertile. Cette situation crée des incidences dans les relations interpersonnelles. Pour la plupart de ces informateurs, l'infécondité est considérée comme un malheur et inspire de la pitié entre proches et parents. Les avis sur la perception de l'infécondité par des informateurs interviewés par Yana (1995) révèlent que :

- L'aide de la parentèle peut aussi avoir une connotation moins superstitieuse, et l'on pourra conseiller aux gens qui ne parviennent pas à procréer d'aller consulter un médecin ; l'informateur déclare que les gens cherchent à savoir si c'est une malédiction ou si c'est quelque chose d'autre ;

- La plupart ressentent de la pitié pour des personnes infécondes lorsque leur état ne dépend pas de leur volonté ;

- Certains perçoivent l'infécondité comme une exclusion de la grâce divine, une réponse de la providence ; un informateur souligne que certaines personnes n'accouchent pas par ce qu'ils ont été punies par Dieu suite à leur comportement. Un autre par contre s'insurge contre ces propos en demandant de ne pas se moquer de ceux qui en sont victimes.

- Pour certains, souligne l'auteur, mourir sans enfants c'est avoir perdu sa vie ou avoir vécu pour rien dans la mesure où quand un homme n'a pas d'enfants, sa richesse ne vaut rien d'autant plus qu'après sa mort ses biens seront remis à d'autres personnes.

Yana (1995) pense que la perception de l'infécondité apparaît comme symétrique à la représentation de la procréation et de l'image de l'enfant car, aussi bien que la procréation soit souhaitée, autant son absence est redoutée et même déplorée, cependant certains informateurs citadins admettent que l'absence de procréation est parfois volontaire. Les ruraux vont s'insurger contre ce point de vue puisqu'ils pensent que la présence d'un héritier à qui l'on aurait pu donner naissance serait considéré comme une sorte de prolongation de l'œuvre du défunt, et une assurance pour la conservation et la valorisation du patrimoine laissé par ce dernier ; une autre assertion serait celle de la tranquillité de la parentèle car disent-ils, l'esprit d'une personne qui meurt sans enfant perturbe les membres de la famille.

La procréation, affirme l'auteur revêt une grande valeur symbolique pour les adultes interviewés ; et dans ces conditions le désir d'enfant est plus marqué. Ainsi donc les anthropologues ont trouvé à la naissance humaine un phénomène primordial qui est à la base de l'existence dans toutes les civilisations. En Afrique et particulièrement au Cameroun l'individu ne donne sens à sa vie qu'après avoir non seulement fondé une famille mais obtenu un enfant.

## **2.5. Réponses thérapeutiques face à l'infertilité en milieu africain**

En Afrique, l'absence du précieux don de Dieu (l'enfant) plonge les membres du couple dans une incessante quête. Plusieurs tentatives de solution sont envisagées telles que les rites, la multiplication des partenaires (polyandrie, polygamie), la prière, le recours aux guérisseurs traditionnels, ou à l'hôpital, l'adoption ou le fosterage et même le recours aux nouvelles technologies de procréation.

### **- *Les thérapies traditionnelles***

Bochet de Thé (1985) explique que chez les Bété, les thérapies traditionnelles sont classées en fonction des objectifs poursuivis. C'est ainsi que les rites de propitiation consiste à attirer la fécondité sur soi, sa famille et ses cultures. Dans ce cas, des cérémonies d'intercession, spécialement féminines tolérant juste la participation d'un homme ou de deux, célébrés dans tout le village, sont faites aux forces, aux esprits et aux mânes pour l'attraction de la fécondité.

D'après Otye Elom (2014), le rite a une fonction cathartique ayant pour finalité l'expulsion d'un malheur ou d'une malédiction dans le groupe. L'auteur explique que l'observation de certains rites de purification dans les socio-cultures négro-africaines, et principalement chez les Bété du Cameroun, est faite par la manducation des repas ou parfois on trouve des ingrédients non mangeables en temps normale. Chez les Massa, les Bété, les Sawa, les Bamiléké ou n'importe quelle ethnie camerounaise voire africaine, l'observation des rites est fréquente surtout face aux problèmes d'infertilité de couple. Mais il faut aussi souligner qu'avec le foisonnement des obédiences religieuses, certains us et coutumes se voient négligés de nos jours au détriment des thérapies religieuses.

En Afrique, nombreux sont des patients qui consultent des tradithérapeutes sous prétexte que des mauvais esprits sont la cause principale de leur situation. C'est suite à la conférence d'Alma-Ata en 1978 que les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé ont

impliqué les acteurs de la médecine traditionnelle dans les stratégies des soins de santé primaire (Quashie & al., 2014). C'est alors que de nombreux Etats en Afrique Subsaharienne ont redéfini leur politique sanitaire en conjuguant biomédecine et médecine traditionnelle. Les auteurs expliquent qu'au Madagascar, les classes sociales modestes ou encore défavorisées des milieux ruraux et urbains optent pour les services des tradithérapeutes en raison de la faiblesse des coûts voire la gratuité.

D'après Fae (2011), les tradithérapeutes sont sollicités par des patients en raison non seulement de leur dynamisme et leur omniprésence, mais aussi de l'imaginaire populaire qui leur est favorable et de la singularité de leur professionnalisme. Suite à l'enquête exploratoire menée par cet auteur ayant pour objectif de s'enquérir des raisons de la présence massive des tradithérapeutes à Dakar, il en ressort ; que ceux-ci sont plus sollicités par des femmes mariées qui ont des difficultés de procréation. Celles-ci le font pour plusieurs raisons entre autre :

- Leur sollicitation par les urbains ;
  - L'éventuelle singularité des procédés diagnostics, thérapeutiques qu'ils mettent en œuvre pour prendre en charge les problèmes de l'infertilité ;
  - Le type de compétences mises en avant et les modes de légitimité utilisés ;
  - Les effets de la circulation de ces thérapeutes, de leurs savoirs, de leurs produits et de leur dynamisme sur le champ de la médecine traditionnelle sénégalaise.
- *Les thérapies religieuses*

D'après Renault (2002), l'infertilité va provoquer chez les victimes des difficultés émotionnelles souvent très importantes. Créant ainsi l'isolement accompagnée de la blessure narcissique,

C'est ainsi que la victime engage des séances de prières, par ce qu'elle vit une sorte de culpabilité étant donné que la bible montre que Dieu donne la vie, la fécondité : « *je te rendrai extrêmement fécond, de toi je ferai des nations, et des rois sortiront de toi* » promesse faite à Abraham (Genèse 16, versé 6). Cette condition filiale native non seulement cultive la référence lignagère mais engendre une sorte de culpabilité chez la personne infertile qui s'en trouve mise en marge.

Il faut dire que dans l'ancien testament, l'infertilité était dénoncée comme un manque, une grande souffrance et une honte ; ceci est vécu comme un manquement à l'injonction de

Dieu qui dit : « *Soyez fécond, multipliez-vous* » (Genèse 1, versé 22). Et plus loin dans le Livre de la sagesse (3, versé, 13) il est écrit : « *heureuse la femme infertile mais sans tâche ! Sa fécondité apparaîtra lors de la visite des âmes* ». Face à la situation déstabilisante de l'infertilité, les victimes se plonge dans des prières, des jours de jeûne et neuvaine pour demander la repentance à Dieu afin de pouvoir bénéficier de ce don de procréation.

De même le Coran prend en compte le problème d'infertilité ; d'ailleurs dans les versés 42/49 et 50, Il est écrit qu'«à Allah appartient la royauté des cieux et de la terre. Il crée ce qu'Il veut. Il fait don de filles à qui il veut, et don de garçon à qui il veut, ou bien Il donne à la fois garçons et filles ; et Il rend infertile qui Il veut. Il est certes omniscient et omnipotent ». Pour la plupart des croyants musulmans, tout se passe selon sa volonté d'Allah. D'après Hamdan (2019), que ce soit un sentiment de tristesse, une douleur ou une épreuve, rien n'arrive sans la volonté d'Allah ; d'ailleurs le prophète Allah Alaihi wa Sallam dit que tout mal qui atteint le musulman, s'agit-il d'une lassitude, d'une maladie ou d'une angoisse, même d'une piqûre d'épine, lui vaut de la part d'Allah une rémission de ses péchés.

Par ailleurs le coran fait prévaloir le cas de Zakaria qui formait un couple infertile avec son épouse, après avoir pendant longtemps invoqué Dieu Allah en qui il avait une parfaite confiance, son souhait fut exaucé et il mit au monde un enfant à qui il donna le nom d'Yahya

Au demeurant il est fréquent de nos jours de rencontrer des personnes qui, face à leur situation d'infertilité, se consacrent aux louanges et adoration dans l'espoir d'être gratifié comme Sarah dans la bible ou Zakaria dans le coran. Par contre, d'autres se dirigent vers des tradipraticiens de qui ils espèrent des potions miraculeuses.

#### - ***Les thérapies biomédicales***

Avant les années 1970, explique Fiadjoe (2012) le spermogramme n'était pas connu en Afrique, c'est la fécondité de la femme qui était remise en cause en cas de non procréation dans le couple. L'ultime solution envisagée par le mari était la recherche des coépouses à son épouse, qui devaient enfanter, pour ainsi lui offrir du prestige. Quand cette solution s'avérait infructueuse, la famille de l'homme s'arrangeait à trouver en leur sein un géniteur discret qui fécondera les épouses. Tout ceci, précise Fiadjoe (2012), se faisait souvent à l'insu du mari, qui ne supporterait pas de se savoir infertile et qui n'accepterait pas la disgrâce encourue pour des personnes identifiées comme telles.

Avec l'avènement des sciences biomédicales, les causes de l'infertilité ou de l'infertilité sont connues aussi bien chez l'homme que chez la femme. Dorénavant l'infertilité du couple ne sera plus uniquement l'apanage de la femme. Tout est mis à découvert et parfois donne lieu à l'adoption d'un enfant chez certains couples.

- *Le fosterage ou « confiage »*

Le terme fosterage désigne les situations dans lesquelles un enfant grandit de manière plus ou moins durable, auprès d'adultes autres que ses parents biologiques (Kamga, 2013) ; sans que cela n'implique de changement d'identité. Cette situation ne prive pas l'enfant des droits liés à sa filiation d'origine.

Dans certaines sociétés disent Hodonou et al. (1983), en présence d'une impossibilité définitive d'avoir un enfant, quel que soit le partenaire en cause, le couple choisit parfois volontairement l'ultime solution qui est l'adoption. Cependant, l'adoption n'est pas rentrée dans les mœurs africaines. Sous la pression sociale, le couple connaît d'énormes problèmes ; perd sa stabilité et finit souvent par s'éclater. Si la femme est infertile, l'homme opte pour la polygamie ou répudie simplement cette dernière pour en prendre une autre.

Par contre, d'autres couples respectent la pratique du « fosterage » ou (confiage) (Bonnet, 2014) d'un enfant sous leur garde ; cette pratique leur permet de maintenir un lien de transmission et de solidarité avec le lignage. Le plus souvent c'est l'enfant d'un membre de la famille que le couple prend en charge sur tous les plans ; et se font appeler parent de « tel » avec beaucoup de joie. Cette procédure se présente comme alternative à l'infécondité

Bien que ce soit fréquent dans plusieurs ethnies camerounaises, le fosterage est fortement pratiqué dans les familles bamiléks (Kamga, 2013). L'enfant peut être confié à un membre de la famille pour des raisons de scolarisation ou pour apporter de l'aide aux travaux domestiques. On rencontre des cas des familles polygamiques où plusieurs coépouses vivent chacune dans sa case (Kamga, 2013) partagent la même cour de tel enseigne que l'enfant puisse retrouver sa génitrice dans la journée alors qu'il vit avec l'autre coépouse ou encore avec sa grand-mère.

Parlant du fosterage, Théry et Leroyer (2014) soulignent que les anthropologues qui ont travaillé sur les sociétés africaines au sujet de l'adoption aient été frappés par le contraste entre cette pratique et celle que connaît le monde occidental. Loin d'être une réponse aux défaillances

de la parenté comme dans le cas des enfants orphelins ou abandonnés, les couples infertiles, tel le cas en occident, l'adoption en Afrique se pratique avec une grande ampleur entre parents de naissance vivants et parents adoptifs féconds.

Théry et Leroyer (2014, p. 107) mentionnent le phénomène de « circulation des enfants » qui apparaît très fréquent ; d'ailleurs « *on rencontre des parents qui élèvent avec leurs propres enfants un enfant qui leur a été donné tandis qu'un des leurs vit dans une autre famille. Les enfants font ainsi l'objet de dons qui créent ou renforcent les liens entre donneurs et destinataires.* » Il faut dans ce contexte préciser que l'enfant est le plus souvent adopté dans sa parenté.

Malgré le fait que le fosterage inscrivant l'enfant dans une double appartenance, cette pratique n'empêche pas les couples de faire recours à l'AMP.

## **2.6. L'Assistance Médicale à la procréation (AMP)**

Les nouvelles techniques de l'assistance médicale à la procréation regroupent deux principales techniques médicales à savoir :

- L'insémination artificielle, pratique dans laquelle le sperme du conjoint ou d'un donneur est déposé dans l'appareil reproductif de la femme et la fécondation se fait *in vivo*
- La fécondation *in vitro* (FIV) qui est celle dont la fécondation a lieu en éprouvette. Dans ce cas, les embryons, issus des gamètes des parents ou de donneurs/donneuses, sont replacés dans l'utérus de la mère ou d'une autre femme appelée 'gestatrice' ou 'mère porteuse'. Il s'agit dans ce dernier cas de ce qui est appelé la Gestation pour autrui ou GPA. Les embryons peuvent être au préalable sélectionnés : sélection d'embryons 'sains' qui ne portent pas d'anomalie ou de maladie génétique ; ou encore d'embryons mâles ou femelles : c'est la 'sélection sexuée'.

### **2.6.1. Données générales sur l'AMP**

Il faut dire que l'historicité de la PMA est inégale d'un continent à l'autre et même d'un pays à l'autre.



Selon le dernier rapport de l'agence de biomédecine, 145255 tentatives d'AMP ont été recensées en France en 2015 au bout desquelles on a reçu 25.000 enfants sont nés grâce à une AMP. Elles regroupent :

- Les inséminations artificielles qui représentent 37% des tentatives d'AMP, avec environ 54 000 tentatives ;
- Les ICSI qui sont à près de 41 670 tentatives en 2015. Les ICSI représentent 67% de l'ensemble des tentatives de fécondation in vitro quelle que soit l'origine des gamètes utilisés ;
- La FIV est à près de 20 550 tentatives.
- Les transferts d'embryons congelés avec gamètes et embryons de différentes origines représentent environ 28 850 tentatives en 2015.

Selon l'Agence de la biomédecine (2015), 24839 enfants sont nés grâce aux tentatives d'AMP réalisées en 2015, soit 3,1 % des enfants nés dans la population générale cette même année. Parmi eux :

- 8949 enfants sont nés par FIV avec ICSI, soit 36%
- 4304 enfants sont nés par FIV, soit 17,3%
- 6160 enfants sont nés par insémination artificielle intra-utérine, soit 24,8%
- 28 enfants sont nés par insémination artificielle intra-cervicale (0,1%)
- 5398 enfants sont nés par transferts d'embryons congelés (21,7%)

Le nombre d'accouchements rapporté au nombre des grossesses échographiques obtenues après AMP est globalement de 80,7%. Ceci traduit un taux de fausses couches spontanées (FCS) de l'ordre de 19,3%.

Quant à la France en 2014, 143778 actes de PMA ont été posés. Ce qui représente 3.1% du taux de naissance, c'est-à-dire avec un ratio de 1'enfant sur 32 (Dufour, 2017)

### **2.6.2. Le cas particulier de l'Afrique**

Charmillot et al. (2014) expliquent que l'implantation de l'AMP sur le continent africain dans les années 80-90 progresse, bien qu'elle soit encore limitée. Par exemple précisent ces auteurs, la première naissance par FIV diffusée par les médias date de 1987 en Afrique de Sud, de 1998 au Cameroun, de 2006 au Burkina Faso et de 2009 en Côte d'Ivoire. Au vue de cette

progression, la mobilité des couples vers les pays voisins ou même en Europe notamment vers la France n'est plus très accentuée. D'ailleurs il n'est pas rare de voir certains couples partir plutôt de l'Europe pour certains centres de PMA en Afrique pour des raisons de coûts, en l'occurrence le Chracerh au Cameroun.

Bonnet Doris et Duchesne (2016), mettent en exergue le fait que la PMA en Afrique soit une nouvelle façon de faire, non seulement des enfants, mais de faire des parents. Il s'agit de l'enfant du couple et non l'enfant du lignage.

Par ailleurs, l'AMP coûte encore beaucoup pour les africains, il n'existe pas de prise en charge comme en France par exemple qui prend 100% quatre tentatives de Fécondation in Vitro.

Le Marcis (2014) explique qu'en 2010 l'Infertility Clinic du Steve Biko Academic Hospital de Pretoria qui est située dans un hôpital public a réalisé 134 procédures de FIV et ICSI. En Côte d'Ivoire, la Clinique Procréa est le premier Centre de PMA créée en 2008. Au Burkina Faso, la Clinique La Grace Marie est le premier centre de PMA depuis l'année 2005, avec un taux de succès de 30 à 45%. En Algérie, la première naissance issue de cette technique a eu lieu en 1996. Précisément à Oran, la petite Doha, premier bébé in vitro, est née le 14 juillet 2004 par insémination artificielle au centre de procréation médicalement assistée El Mawloud, signale Benabed (2008).

### **2.6.3. Le cas particulier du Cameroun**

Les députés camerounais ont adopté mercredi 29 juin 2022 le projet de loi sur la PMA, la procréation médicalement assistée (RFI, 2022). L'AMP n'avait pas encore fait l'objet d'une législation à proprement parler au Cameroun. Cependant, la pratique prenait en compte les principes des lois bioéthiques en vigueur dans les pays développés comme la France. D'après l'Agence de biomédecine (2015), l'AMP est un ensemble de pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons, l'insémination artificielle, mais également toute technique permettant la fécondation en dehors du processus nature. C'est alors que l'AMP doit répondre à la demande parentale d'un couple en remédiant à l'infertilité de celui dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué, ou encore éviter à l'enfant, ou à un autre membre du couple, la transmission d'une pathologie grave.

La PMA est déjà pratiquée depuis plusieurs années au Cameroun, mais il n'y avait jusqu'à présent pas de cadre légal en la matière. Et c'est pour pallier à l'absence de cadre légale en la matière que le texte a été défendu à l'Assemblée par le ministre de la Santé, le Dr Manaouda Malachie, « *pour répondre aux demandes des couples qui ne peuvent pas avoir d'enfants (...) tout en sécurisant le nouveau-né et la famille (...) et en sauvegardant un modèle social bâti autour de la famille : un papa, une maman, des enfants.*

Ainsi, le projet de loi réserve l'AMP aux couples hétérosexuels, mariés ou pouvant prouver une vie maritale. Pour bénéficier de l'aide à la procréation au Cameroun, il faut avoir au moins 21 ans, ne pas dépasser les 55 ans si vous êtes une femme, pas de limite d'âge si vous êtes un homme.

Au Cameroun, elles sont pratiquées dans trois institutions hospitalières, à savoir :

**La Clinique Odysée**, créé en 1997 est basée à Douala. Ce centre pratique toutes les techniques afférentes à cette pratique à savoir : les inséminations artificielles, la fécondation in vitro classique, (FIV), l'ICSI, la congélation par vitrification et les dons de gamètes. Il dispose en outre d'une banque de sperme, d'ovocytes et d'embryons. Il faut dire que toutes ces pratiques sont actuellement légales et validées au Cameroun. Ce centre d'AMP a obtenu le « Label qualité GIERAF d'AMP » en 2015 avec un taux de succès de grossesse de 40% (Mebenga, 2016).

**La Clinique de l'Aéroport** qui fut au départ connue sous le nom de Centre Médico-chirurgical de Douala au Cameroun a été créée en 1987. Le promoteur de cette clinique a fondé le premier centre de procréation médicalement assisté d'Afrique centrale depuis 1997 ; destiné au départ à la pratique gynéco obstétricale, elle s'est progressivement aguerrie aux différentes techniques de lutte contre l'infertilité du couple, entre autre l'AMP en Afrique et au Cameroun. Ce centre fait dans la microchirurgie tubaire, coelio-chirurgie, fécondation in vitro et transfert des gamètes, insémination artificielle.

Il est important de signaler qu'au milieu des années 1990, un petit groupe d'amis médecins de Douala, gynécologues et biologistes ont décidé de se mobiliser pour apporter des solutions à leurs patients ; il s'agissait d'Ernestine Gwet-Bell, Guy Sandjon, Berthe Bollo, Monique Onomo, Nicole Akoung et Christian Pany. Ceux-ci ayant fait des études en Europe, aux Etats Unis et au Canada, se sont retrouvés à Douala pour travailler sur des cellules humaines (interview du Dr Gwet Bell en 2004, Le Continental). C'est ainsi que naquit plusieurs bébé-éprouvettes donc le premier fut nommé Thommy, né le 14 avril 1998 par fécondation in vitro.

Le Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (**CHRACERH**). C'est en 1998 que Madame Chantale Biya, sous l'impulsion du Chef de l'Etat Camerounais, posa les jalons du tout premier centre africain de recherche et d'application en chirurgie endoscopique et reproduction humaine. Etablissement public administratif de type particulier, le CHRACERH, situé au quartier Ngoussou à Yaoundé, a été mis en service en 2015.

Bien que l'AMP réponde à un objectif thérapeutique, cette démarche n'est pas toujours à la portée de toutes les bourses ; d'ailleurs il ne faut pas croire pour autant que ce ne sont que des gens très riches qui peuvent y recourir. Bonnet Doris déclare (2014) que parmi les 75 couples qu'elle a interrogés dans une clinique à Douala, il y avait des gens qui n'étaient ni riches, ni pauvres ; et que ce sont des gens qui, quelquefois, n'hésitent pas à vendre une voiture ou un terrain pour avoir un enfant ; puisqu'ils ont envie de surmonter leur stérilité. Il faut signaler que ce sont des gens issus de la classe moyenne urbaine. La classe moyenne, souligne l'auteure, est en expansion en Afrique, avec de plus en plus de couples où il y a deux salaires ; c'est ainsi qu'ils parviennent à s'offrir une FIV.

Selon Frydman (2011), l'accès aux soins dans de nombreux pays est modulé par les revenus et les possibilités financières des couples. Dans les pays en voie de développement, bien qu'il y ait une prise de conscience que le traitement de l'infertilité soit nécessaire, il en est de même dans les pays à forte natalité. Cependant, l'échelle collective ne remplace pas l'échelle individuelle, alors la souffrance d'une femme ou d'un homme, qui ne peut être mère ou père, est sans doute multipliée dans ces pays où s'associent un rejet social et un isolement confinant à la dépression.

Cette situation est d'autant plus critique et angoissante pour des personnes infertiles dans la mesure où déjà le Salaire Minimum interprofessionnel garanti (Smig) s'élève à 36000 FCFA au Cameroun. Ce taux est très insignifiant et limite de prime abord la possibilité de se jeter dans la PMA chez plusieurs camerounais infertiles, qui pourrait saisir cette opportunité pour laisser la marque dans leur lignée.

#### **2.6.4. Les problèmes liés à l'AMP**

L'assistance médicale à la procréation est née de la culture scientifique dans le but de donner la possibilité aux couples infertiles d'avoir des enfants, et par la suite ces techniques ont

été utilisées pour éviter la transmission des maladies génétiques. Plusieurs problèmes s'y sont décelés ; entre autres :

- *Problèmes éthiques et juridiques*

Le problème éthique que pose l'AMP est lié au fait que la procréation humaine est au départ l'acte d'un couple, acte dans lequel le don mutuel total fonde la vie d'un nouvel être c'est-à-dire un don physique, affectif et même spirituel ; or dans cette pratique, la procréation humaine devient artificielle ; et la question qui se pose est celle de savoir si l'AMP respecte le bien être intégral de la personne dans le couple (Fondation Jérôme Lejeune, 2017). De plus, les embryons surnuméraires sont congelés, à ce niveau leur vie est suspendue au choix des parents qui peuvent décider qu'ils soient détruits ou non.

L'assistance médicale à la procréation est au centre des débats de nos jours ; et déjà il faut noter les tensions sociales qui sont à l'œuvre dans les usages linguistiques qui sont faits de ces pratiques (Löwy et al. 2014). Ces auteurs font ressortir la dissemblance entre PMA et AMP, qui à leur avis sont des termes qui se trouvent en concurrence. Pour les paraphraser, il faut dire que la préférence de l'une de ces deux expressions, qui néanmoins coexistent se joue autour de l'accès à des techniques au niveau des principaux acteurs et bénéficiaires potentiels. Ainsi donc, la législation française a choisi de substituer en 2009 l'expression « procréation médicalement assistée » (PMA) à celle d'« assistance médicale à la procréation » (AMP) de façon à mieux expliciter le cadre normatif des nouvelles techniques médicales de reproduction destinées à une aide médicale pour pallier l'infertilité diagnostiquée dans un couple hétérosexuel et non pas la procréation en soi.

Pourtant, le terme de PMA évoquerait plutôt un élargissement des bénéficiaires, c'est-à-dire la procréation pour tous. Il faut dire que la « PMA » ouvre l'accès de cette technique aux célibataires et aux couples de même sexe ; ce qui a fait polémique en France avec les différentes manifestations en 2013 autour du projet de loi relatif au « mariage pour tous », interprété comme une porte ouverte à « la PMA pour tous ».

Il faut dire que de plus en plus de pays autorisent ce recours aux personnes non en couple hétérosexuel tels que l'Afrique du Sud, la Belgique, Canada, l'Espagne (depuis 1977) ; certains états des États-Unis, de la Finlande, de la Grèce (pour les femmes célibataires) ; L'Israël, la Lettonie, le Luxembourg, et, plus récemment en Europe, la Suède (pour les couples de même

sexe uniquement) ; ainsi que l'Islande, le Danemark et le Royaume-Uni. Au demeurant, d'après ces auteurs, l'AMP est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple ; tandis que la PMA fait appel à la procréation pour tous. Löwy et al. (2014) présentent ces deux articles qui créent la polémique.

Alors, l'article L152-2 (1994) du code de la santé publique stipule que l'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple. Elle a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué. Elle peut aussi avoir pour objet d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité. L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination.

Cet article a été par la suite modifié par la loi de juillet 2011 et selon l'article L2141-2 (2011), l'assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué. L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons, le décès d'un des membres du couple, le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie, ainsi que la révocation par écrit du consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'assistance médicale à la procréation.

Par ailleurs, l'extension de la PMA aux femmes en couple ou célibataires a été récemment votée en date du 15 octobre 2019 ; loi qui a été adoptée en Belgique depuis la loi du 6 juillet 2007. Il faut signaler qu'aux Etats-Unis la procréation médicalement assistée n'est régulée par aucune loi. De même, au Cameroun bien que la pratique soit mise sur pied depuis 1998, aucune loi n'a encore été assignée à cela.

La question de la recherche des origines signale, Delaisi de Parseval (2009), se fait ressentir actuellement chez nombre de jeunes adultes conçus par don de sperme anonyme. Ceci pose un problème d'une rencontre incestueuse entre frère et sœur. L'auteur pense qu'une rencontre amoureuse peut se produire entre ces jeunes gens conçu dans des circonstances de la PMA c'est-à-dire des enfants conçus avec les gamètes du même homme, celui qui a donné du

sperme pour leur conception. D'après l'auteur les pourcentages de cette rencontre bien que faibles ne sont pas nuls dans la mesure où les donneurs et les receveurs vivent dans le même environnement géographique. Il faut dire que cette préoccupation apparaît simultanément dans tous les pays qui ont pratiqué l'insémination artificielle par donneur (IAD) à une relativement grande échelle depuis trente ans. Certains pays qui ont légiféré sur la PMA essaient d'y apporter quelques solutions en permettant l'accès à l'identité du donneur à partir de la majorité civile des enfants ainsi conçus. D'autres en Europe, telles que la France et l'Italie « *se crispent sur cette question sensible* » (Delaisi De Parseval, 2009). La plupart de ces pays qui ont légiféré pour le don de gamète sont en train de lever l'anonymat au nom de l'intérêt de l'enfant ; il est pareil pour des études portant sur le devenir des adolescents conçu par IAD.

La Grande-Bretagne, pays pionnier de l'AMP qui a voté la loi sur la levée de l'anonymat en avril 2005 dans la mesure où de 30 000 enfants y sont nés de dons de gamètes et d'embryons. Cette décision a été influencée par des études publiées à ce sujet. Delaisi de Parseval rappelle que l'une des plus importantes de ces études était celle de l'équipe de la psychologue Susan Golombok de l'université de Cambridge (Golombok et al. 2002) ; où elle a fait mention du fait que les enfants conçus via AMP manquent de confiance non seulement dans leur famille mais aussi dans les adultes en général par ce qu'ils ont le sentiment d'être discriminés car ceux-ci ressentent un « trou » dans leur filiation et éprouvent surtout le besoin de se comparer à « quelqu'un comme eux ».

Un des problèmes de la PMA est la perturbation de l'ordre de parenté. Depuis 1973, souligne Mehl (2011), avec la création des Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme (CECOS), des femmes peuvent dorénavant se féconder avec le sperme d'un donneur qui ne sera pas père de son enfant. La mère ayant ainsi la latitude de choisir qui l'homme qui pourrait investir de la légalité parentale. L'IAD ébranle donc les normes d'entrée en parenté. Les paternités sociale et biologique se trouvent alors disjointes. L'interrogation de l'auteur sur ces enfantements concerne l'implication du tiers au couple parental. La pratique de l'IAD est un geste simple mais psychologiquement perturbant (Mehl, 2011) du fait de la masturbation pour le recueil des spermatozoïdes et l'insémination dans le col de l'utérus. Cette pratique différencie la paternité et la maternité, la dimension génétique de l'enfant étant redevable à une tierce personne, le donneur, la donneuse ; tandis que la dimension sociale étant attribuée à la femme qui conduit la gestation, accouche puis élève l'enfant, bien qu'il ne porte pas sa trace génétique.

- *Problèmes culturels et religieux*

A la veille des années 1980, la médecine à travers l'AMP a instauré des mesures palliatives à l'infertilité, en permettant aux couples hétérosexuels concernés d'avoir des enfants grâce à la fécondation in vitro de leurs propres gamètes et éventuellement grâce à un don extérieur de gamètes, tels que les ovocytes ou les spermatozoïdes. C'est à la suite de cette supercherie accordée aux couples hétérosexuels que les uns et les autres ont pensé que les couples de femmes physiologiquement infertiles et les femmes seules du fait de l'absence du partenaire masculin ou encore les couples d'homosexuels pourraient aussi y avoir accès ; en faisant recours aux mères porteuses/Gestation pour autrui (GPA) ; don de gamètes...etc. Débat qui n'a pas été unanimement consenti.

D'une part, certaines associations tels que celle des lesbiennes, Gays, Bisexuelles et Transgenres (LGBT) ont milité pour que les homosexuels soient considérés au même titre que les couples hétérosexuels dans le contexte de la PMA ; D'autre part, les autorités religieuses se sont insurgées contre ce point de vue.

L'hindouisme est favorable à l'AMP mais seulement exige que les gamètes soient issus du couple marié et bénéficiaire de cette pratique. Pour les autorités religieuses juives, l'insémination artificielle, la FIV, la congélation d'embryon et le diagnostic préimplantatoire (DPI) ne peuvent être favorables aux couples hétérosexuels (Mathieu, 2012). De même, pour les autorités religieuses musulmanes, ces pratiques ne sont autorisées qu'aux couples hétérosexuels mariés et dans un cadre intraconjugal avec les gamètes du mari. Le DPI, n'étant autorisé que si et seulement s'il est à visé thérapeutique.

Par contre, l'Eglise catholique romaine, qui a interdit l'avortement et la contraception, maintient la même logique pour ce qui est de la PMA. Pour cette religion, l'enfant est un « don » de Dieu selon le Vatican. Il est donc conseiller aux couples présentant des difficultés de procréation d'adopter ou de se mettre au service des enfants ; étant donné qu'un enfant ne devrait être que le fruit d'une relation sexuelle d'un couple marié.

Il faut dire qu'en 1995, dans l'Evangelium Vitae, le Pape Jean-Paul II exposait déjà les risques encourus par la dignité de l'être humain et sa vie suite aux nouvelles perspectives ouvertes par les progrès scientifiques et technique (Mathieu, 2012) ; Aussi, dans l'instruction Dignitas Personae de 2008, il est écrit que la procréation d'une personne humaine doit être



poursuivie comme le fruit de l'acte conjugal spécifique de l'amour des époux. Les techniques qui aident à la procréation ne seront pas à rejeter par ce qu'artificielles. Comme tel, elles témoignent des possibilités de l'art médical. Mais elles sont à évaluer moralement par référence à la dignité de la personne humaine appelée à réaliser sa vocation divine au don de l'amour et au don de la vie. Toujours dans cette instruction, il est précisé 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 étant un acte personnel du couple homme et femme qui n'admet aucune forme de délégation substitutive.

L'Eglise catholique, au sujet de la PMA s'en tient à la dignité de l'embryon qui doit être respecté comme une personne ; ceci est pareil pour la dignité de la procréation qui doit avoir lieu non seulement dans le mariage mais aussi dans l'acte sexuel considéré comme donation mutuelle des partenaires. Elle interdit l'insémination artificielle même intraconjugale et toute forme de FIV, même homologue c'est-à-dire avec les gamètes des conjoints ; d'ailleurs, On ne devrait pas permettre l'intrusion d'un tiers dans la relation de couple en autorisant de don de gamètes. Elle s'insurge contre le DPI et la destruction des embryons non implantés qui constitue l'atteinte à la dignité des individus. Cette religion voit en la PMA la dissociation de la parentalité (biologique, gestationnelle, affective, éducative, civile, etc.)

Quant à la Gestation pour autrui (GPA), l'instruction *Donum Vitae* (1987) cité par Houdaille (2017) souligne que la maternité de substitution est « contraire à l'unité du mariage et à la dignité de la procréation de la personne humaine..., elle représente un manquement objectif aux obligations de l'amour maternel, de la fidélité conjugale et de la maternité responsable. La GPA offense la dignité de l'enfant et son droit à être conçu, porté, mis au monde et éduqué par ses propres parents ; elle instaure ainsi, au détriment des familles, une division entre les éléments physiques, psychiques et moraux qui en constituent ».

Par ailleurs, les autorités protestantes n'autorisent pas la PMA ; mais seulement aux couples hétérosexuels. Par conséquent, excluent les couples homosexuels, les hommes et les femmes célibataires. Il faut dire que cette pratique est accusée par certains observateurs de remettre en question la dignité de la vie humaine dès son stade naissant, du fait de la manipulation des embryons surnuméraires.

Toujours concernant la gestation pour autrui, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a rendu dans son rapport du 27 juin 2017, un avis qui a été accepté par la majorité au

sujet de l'ouverture de la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules, Cependant, ce comité s'est prononcé contre la légalisation de la gestation pour autrui (GPA) (Binet, 2017).

La PMA pose ainsi un réel problème dans la société en ce sens qu'elle modifie la structure familiale par la création de nouvelles situations parentales ; aussi l'intimité du couple est mise à découvert auprès des spécialistes œuvrant dans ce contexte.

En Afrique, l'AMP n'est pas encore ancrée dans les mœurs ; c'est la raison pour laquelle il est très rare que les couples qui y font face à l'insu de tous dans le souci de s'affranchir de la stigmatisation sociale liée à l'infertilité n'en parlent presque jamais, si oui dans le cadre hospitalier. C'est un sujet tabou au vu de la considération qui est accordée à la descendance biolignagère. Malgré le fait que l'AMP ait déjà fait ses prouesses dans cette partie du monde et que certains couples y font recours malgré les difficultés financières, la plupart privilégient les marabouts (guérisseurs) en cas de difficultés de procréation (Doris Bonnet & Duschene, 2014). Il faut dire que l'africain infertile cherche plus à connaître la cause de son mal ; cause qui peut être liée à la sorcellerie, aux us et coutumes négligés ou encore au sort qui lui aurait été jeté. Ceci est d'autant plus vrai qu'en cas d'échec de l'AMP, les accusations sont beaucoup plus portées sur les rites traditionnels qui auraient été négligés.

Aussi, l'AMP, pratique étrangère à l'africain, qui s'adresse encore à une minorité de privilégiés (Rambert, 2016), est encore sujet de débat dans l'imaginaire collectif qui trouve en cela non seulement l'artificialisation de l'être humain, mais aussi les conséquences à long terme sur la lignée. D'aucuns trouvent en cette pratique un risque, se posant la question de savoir s'il s'agit des enfants « normaux », aptes à assumer le règne et pérenniser la culture traditionnelle. D'autres rejettent catégoriquement l'idée du don de sperme qui créerait une scissure dans la transmission du patrimoine non seulement génétique mais aussi culturel, en rompant ainsi les liens héréditaires.

#### - *Difficultés dans la pratique*

Lazaratou et Golse (2006), voient en l'AMP une pratique contraignante dans la mesure où le corps doit se conformer aux techniques et aux rituels exigés tels que la prise de la température chaque matin, les rapports sexuels obligatoires aux heures et dates fixes, qui n'ont rien à voir avec le désir et la jouissance. Le concerné sera soumis à plusieurs examens médicaux dans le souci de déceler la cause organique de l'infertilité. Le parcours de l'AMP va s'avérer très difficile en fonction de l'histoire personnelle de sa victime. Les auteurs mettent en relief le

côté traumatique de l'AMP en ce sens où non seulement il y a un travail de deuil de l'enfant naturel à faire en amont, mais aussi l'acceptation de la non réalisation du désir et l'incapacité à créer une famille de façon traditionnelle. Il faut dire que ceux qui font recours à l'AMP présente « une certaine excitation, voire une euphorie fondée sur des idées de toute-puissance selon lesquelles la nature va être vaincue, le problème trouvera une solution, l'enfant naîtra. »

Le parcours de l'AMP est d'autant plus stressant que chaque nouveau cycle de traitement crée de nouveaux espoirs ; c'est ainsi que l'anxiété s'accroît dans la période qui suit la fin du traitement jusqu'aux résultats du test de grossesse. En cas d'échec, une nouvelle répétition de la procédure va commencer, et ainsi de suite, la vie du couple n'a plus aucune autonomie et se structure autour des nouveaux essais. Ce qui engendre l'appauvrissement des représentations et des émotions.

Bien plus, dans leur rapport de projet, Castonguay et Strub (2014) ont essayé de recenser trois catégories de risques associés à l'AMP. C'est ainsi qu'ils ont distingué les risques obstétricaux, les risques liés au développement des enfants et les risques psychosociaux.

Pour ce qui est des risques obstétricaux, les auteurs mettent en relief les complications pour la mère lors de l'accouchement, le diabète et l'hypertension gestationnelle, le décollement placentaire, la pré-éclampsie, le placenta praevia. Il y a aussi des cas de complications à la naissance comme des naissances prématurées, les enfants nés avec un très faible poids.

Shevell et al. (2005) font comprendre que le diabète gestationnel, l'hypertension gestationnelle, le décollement du placenta ou la pré-éclampsie se produisent de 1,5 à 2,7 fois plus souvent chez les femmes qui ont eu recours à la FIV ou au déclenchement de l'ovulation ; et que les femmes enceintes rencontrent des complications durant leur grossesse plus fréquemment lorsqu'elles ont eu recours à une technique d'AMP et que le placenta praevia se produit 6 fois plus souvent dans le cadre de la FIV. Les accouchements par césarienne sont observés 2,3 fois plus chez les femmes qui ont conçu par FIV que chez celles qui ont conçu naturellement. Cette différence selon les auteurs est liée à la fréquence des naissances multiples. Ce dernier paramètre explique aussi la question du faible poids de ces enfants et même des naissances prématurées.

Quant aux risques liés au développement des enfants, Bergh, Ericson, Hillensjö, Nygren, & Wennerholm (1999) expliquent qu'il n'y a pas plus de cancers chez les enfants conçus par FIV que chez ceux conçus naturellement. Ces auteurs distinguent chez des enfants

nés des nouvelles techniques de procréation les malformations majeures de celles mineures. Ils précisent que les enfants conçus par une technique de PMA ont de 1,4 à 2,3 plus de probabilités de naître avec une malformation ; cela est dû aux naissances multiples (Merlob, Sapir, Sulkes, & Fisch, 2005). Ces auteurs ont montré que 70,3 % des enfants malformés sont nés prématurés suite à des naissances multiples, 76,5 % ont un faibles poids, 58,6 % sont des jumeaux et 11,7 % des triplets.

Concernant les risques psychosociaux, les auteurs estiment que les femmes qui accouchent de jumeaux ou des triplets font plus souvent face au stress que celles qui font des enfants uniques et même naturellement. Il faut aussi dire que faire un enfant naturel unique génère moins de stress que le faire via AMP. Castonguay et Strub (2014) montrent que les taux élevés de stress et de dépression retrouvés chez les mères ayant des naissances multiples peuvent s'expliquer par le fait que plus de la moitié de ces mères mettent plus de temps qu'il n'en fallait à la maison (dans le foyer), à prendre soin des enfants sans pouvoir sortir s'épanouir, ceci pendant plus d'un an pratiquement.

Au demeurant, la pratique de l'AMP est sujette à plusieurs risques, que ce soit chez la mère lors de la grossesse, de l'accouchement et même de la garde des enfants ou du bébé pendant la naissance et son développement.

### **3. Formulation du problème de recherche**

La formulation du problème est axée sur l'état de la question et l'énoncé du problème.

#### **3.1. Etat de la question**

Les travaux sur l'AMP ont été initiés en Ecosse depuis le XVIIIème siècle. Après quelques siècles de recherche, plus précisément en 1978, se fut la naissance du premier bébé éprouvette surnommé Amandine. Cette naissance a eu lieu en Angleterre. Vingt années plus tard, on assista à la naissance de Tommy, premier bébé éprouvette en Afrique centrale né le 14 avril 1998 au Cameroun.

Cette pratique est encadrée par la loi du 24 juillet 1994 fixée en France, stipulant que l'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple. Elle a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué. L'homme et la femme formant un couple doivent être vivants, en

âge de procréer, marié ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination (Löwy 2006).

Depuis lors, les couples hétérosexuels infertiles se ruent vers cette nouvelle technique de procréation dans le souci de trouver une solution à leur mal d'enfant. De même les chercheurs en sciences humaines et sociales s'y attèlent pour comprendre chacun dans son domaine les problématiques liées au parcours d'AMP. Cependant les travaux scientifiques s'intéressent peu au vécu conjugal des couples avec conjoint infertile dont le protocole d'AMP s'est soldé par un échec de fécondation. Pourtant ceux-ci sont confrontés à un parcours particulièrement douloureux surtout quand l'homme infertile fait face à une proposition d'IAD après échec de la première tentative avec son propre sperme.

L'IAD dont il est question, est une technique d'aide médicale à la procréation, mise sur pied par les biologistes pour palier l'infertilité masculine sévère dans les couples. Elle est également proposée au patient en cas d'infertilité masculine lorsque d'autres techniques ont été infructueuses, l'aidant ainsi à trouver une satisfaction à son handicap de procréation dans son couple. D'ailleurs, Tutin (2020) signale que l'IAD est simple dans son principe et fournit globalement un taux de grossesse de 10 à 15% par cycle de traitement. Aussi, près de 25000 enfants naissent chaque année dans le monde après une conception par assistance médicale à la procréation (Beauquier-Maccota, 2018).

Contrairement aux arguments de Tutin (2020) et Beauquier-Maccota, (2018) l'anthropologue Doris Bonnet (2014) pour sa part, explique que les récits de vie de couple face au parcours médicaux mettent en relief un sentiment d'épuisement physique et moral chez les partenaires. Les interventions chirurgicales sont vécues quelque fois dans l'incompréhension, souligne cette dernière, sans oublier les effets secondaires et psychologiques des traitements hormonaux. Qui plus est, ce sentiment d'épuisement est ponctué du mal vivre rythmé par de constante tension conjugale, et même des liens sociaux fragilisés par une violente disqualification sociale. L'auteur fait allusion à la médisance, l'accusation de sorcellerie ; tout ceci entraîne une expérience de vie traversé d'isolement et d'exclusion. Elle pose aussi le problème financier qui est un frein à la pratique de l'AMP en Afrique noir en général et au Cameroun en particulier ; car fait -elle remarquer : l'AMP n'est pas à la portée de toutes les bourses au Cameroun.

Le biologiste de la reproduction Jouannet (2013), à ce propos va poser des questions : d'abord, l'homme ayant eu recours au sperme d'un donneur ne risque-t-il pas de voir fragiliser la qualité et la solidité des liens qui l'uniront à son enfant ? Ensuite, est-ce que l'entourage familial et la société accordent autant de valeurs à cette paternité qu'à celle naturelle ? Et enfin, il se demande : si l'enfant n'a pas été conçu avec les propres spermatozoïdes, les propres gènes de son père, est-ce qu'il va lui ressembler ? dans ce cas doit-on accorder à ce « père diminué », ce « père partiel » les mêmes droits qu'aux autres surtout en cas de séparation ou d'immigration ?

A ces inquisitions de Jouannet (2013), Théry et Leroyer (2014), respectivement sociologue et juriste proposent trois composantes dans l'identification du parent ; à savoir : la composante biologique, domestique et généalogique. La première, fait du parent le géniteur, la seconde identifie celui qui élève au quotidien l'enfant et au niveau de la troisième, c'est le droit qui désigne le parent. Il faut par-là comprendre que le terme parentalité n'interroge plus seulement le champ clinique et le champ éducatif mais aussi le champ juridique.

Bien plus, Théry et Leroyer (2014), à propos de l'IAD, développe l'idée d'une famille à plusieurs, fondée sur la transparence, avec un couple parental c'est-à-dire un homme et une femme, un tiers bien identifié, le donneur. Elles préfèrent quant à elles que toutes les parties prenantes de l'IAD (donneur, médecin, receveur...) soient bien connus mutuellement afin qu'il y ait une sorte de transparence dans cette pratique. D'ailleurs elles soulignent que contrairement à l'opinion qui est aujourd'hui répandue sur la parenté biologique, il n'y a pas de « parent biologique » à proprement parlé. « Non seulement l'expérience corporelle humaine, chargée de sens et de symboles, n'est pas réductible à du biologique, mais cette expérience est elle-même toujours-déjà enchâssée dans le système d'attente d'un monde humain institué qui va lui accorder sa signification sociale » (2014).

Théry (2014) insinue que l'engendrement et la filiation quoi que distincts ne sont jamais indépendants. D'ailleurs Godelier (2004) explique qu'un homme et une femme ne suffisent pas pour faire un enfant. Aussi, les théories de l'engendrement mettent en exergue le fait qu'interviennent les esprits, le double, l'ancêtre, des dieux, ou encore Dieu. L'auteur suggère aussi au sujet du secret ou de l'anonymat de l'IAD, que le donneur et le receveur ne sont pas des rivaux pour une place à prendre, mais qu'ils ont des rôles complémentaires. Cette technique d'IAD qui suscite de grands débats chez des chercheurs pluridisciplinaires va également intéresser les psychologues, qui vont non seulement chercher à comprendre les différents enjeux

psychologiques mis sur pied par des couples infertiles aux prises avec l'AMP/ IAD, mais aussi permettre de comprendre le mobile de leur souffrance conjugale. Ne perdons pas de vue que le tabou de l'infertilité masculine est encore une réalité, même s'il est infiniment moins pesant qu'autrefois (Mandelbaum 2012).

D'après Squires et al. (2008), le parcours pour devenir parent en situation d'AMP est long, pénible du fait de l'attente et même des déceptions. Il serait semé d'embûches, le découragement étant possible. Aussi, précisent les auteurs, cette pratique nécessite une persévérance excessive, voire un certain acharnement, entraînant espoir, anxiété, déception en cas d'échec, tension de couple, médicalisation, anxiété si succès. Ces auteurs pensent qu'en dehors des fragilités individuelles, le parcours du traitement de l'infertilité pourrait, en soi, être déstabilisant. Il n'est donc guère facile pour des patients infertiles déjà blessés narcissiquement de se projeter à ce moment de deuil (échec de l'AMP) dans l'avenir.

D'après la psychologue clinicienne Takefman (2009), certaines études montrent qu'en dépit de l'insistance des couples à entrer dans les protocoles d'AMP, près de 60% d'entre eux abandonnent les tentatives au bout de trois essais, même quand le pronostic médical est bon. Jaoul (2009) quant à elle souligne que la prise en charge par l'AMP est tout à la fois source d'espoir et l'occasion de nouvelles Souffrances dans la mesure où la souffrance de l'infertilité qui a été déniée ne disparaît pas. D'après l'auteur, malgré les informations reçues sur le taux de succès statistiquement attendu, la déception est très grande lorsque la grossesse ne survient pas.

Quant à Bourdet-Loubère et Pirlot (2012), les couples qui s'engagent dans un processus d'AMP font face à un premier traumatisme qui est d'abord celui de leur infertilité. Ceux-ci ne vont dépasser ou accepter leur situation douloureuse qu'en s'investissant aux techniques de AMP. Chez les couples, l'annonce d'une infertilité entraîne des réactions proches de celle d'un deuil ou de l'annonce d'une maladie grave : incrédulité, parfois déni, avec la recherche désespérée d'une cause, la révolte, la jalousie, le sentiment d'injustice. On note aussi la culpabilité et la perte d'estime de soi.

Epelboin (2008) dit de l'annonce de l'infertilité qu'elle représente une véritable violence et s'accompagne souvent d'un vécu de dévalorisation. Aussi, Lasale (2018) pose que se blâmer peut entraîner anxiété et dépression dans le couple. Il signale qu'au Canada 15% de couples sont touchés par l'infertilité ; et ceux dans lesquels le blâme est installé, les symptômes d'anxiété et de dépression sont fréquents. Une autre étude menée par Péloquin (2018) auprès de 279

couples infertiles soumis à un traitement de PMA dans la région de Montréal montre qu'à la suite d'un diagnostic d'infertilité les conjoints se blâment peu ou pas alors que 16% des participants à l'étude présentaient des symptômes cliniques d'anxiété et 21% de dépression. Ces symptômes apparaissent chez les hommes suite au fait de s'auto blâmer ainsi qu'à l'insatisfaction dans la relation de couple. Selon Lasale (2018), l'infertilité engendre la détresse chez les couples et cette détresse demeure invisible dans la mesure où elle entraîne rarement une hospitalisation ou le recours à des consultations en psychothérapie de couple.

Le psychopathologue clinicien Durif-Varembont et le psychiatre Rosenblum en 2018, dans le cadre d'une recherche clinique auprès de 24 couples en attente d'insémination artificielle avec sperme du donneur dans un CECOS, soulignent que l'IAD met en jeu une dynamique familiale au-delà de celle du couple confronté à l'infertilité sévère de l'homme. Ces chercheurs mettent en évidence le vécu psychique et le type de liens croisés entre l'homme et la femme dans chaque couple de donneur et de receveur. Les éléments significatifs de cette dynamique ont été repérés à travers la révélation à la famille de la démarche d'IAD, le risque de la rupture de la descendance et la prévalence de la composante narcissique de la filiation. Il ressort de cette recherche que la variabilité des situations rapportées a montré que l'IAD n'était pas seulement un problème de couple en souffrance bien évidemment, mais aussi une affaire de famille.

D'ailleurs, pensent Durif-Varembont et al. ; (2018), les questions liées à l'insémination artificielle avec sperme du donneur (IAD) apparaissent particulièrement complexes dans la mesure où elles concernent non seulement la sexualité et l'intimité du couple, mais aussi la conception de la famille, de la paternité et de la filiation dans sa disjonction ou non du biologique. Il en est de même pour la parole et le lien dans le couple. Cette technique, précisent ces auteurs, est d'autant plus complexe qu'on a à faire d'une part à des représentations sociales et conceptions anthropologiques de la parenté, de la filiation ou encore de la famille ; et d'autre part de la dynamique du couple ainsi que celle de la famille élargie. Durif-Varembont et al. (2018), trouvent en la pratique de l'IAD des liens intersubjectifs et la vie psychique consciente et inconsciente de toutes les parties prenantes dans cette démarche ; à savoir, les donneurs, receveurs, médecin, entourage etc.

Toujours en lien avec cette perturbation dans le lien familial qui représente un autre facteur de la souffrance que rencontrent les couples infertiles qui font face à l'AMP/IAD, le psychiatre Huerre et al. (2011) s'insurgent contre le fait que la société soit capable de valider



une pratique amenant à concevoir une nouvelle représentation de la famille tout en considérant le dernier maillon de la chaîne, le plus important qui est l'enfant. Ces auteurs accordent encore de l'importance à la paternité biologique qui se voit bafouée par l'insémination artificielle avec sperme du donneur. Aussi, ils soulignent qu'à partir de l'IAD, les couples parviennent à relativiser la dimension biologique de la paternité et pensent devenir parent par un exercice de paternité au quotidien, avec la transmission d'autres choses que du biologique ; telles que des valeurs, des repères, la construction d'une relation affective avec l'enfant et l'aider dans son épanouissement.

Cependant, ces couples sont inquiets de l'intervention d'un tiers de façon non anonyme, et les donneurs eux-mêmes ne sont pas prêts pour l'instant à assumer cette position (Huerre & Pelloux, 2011). Ceux-ci s'insurgent contre cette notion de transparence à tous les niveaux, pour tous les acteurs, dont suggèrent Théry et Leroy (2014) ; car n'étant pas en phase avec ceux qui le vivent. D'ailleurs les couples qui font face à une IAD n'ont pas envie de cette confrontation, et c'est là où naît le paradoxe. Ainsi donc, l'hypothèse d'Irène Théry fondée sur une pluri parentalité possible et un engagement responsable du donneur est purement théorique. Il faut dire que beaucoup adoptent cette pratique pour devenir parent à condition que « le secret » sur le donneur ne soit pas mis à découvert. Ce secret qui est lourd à porter constitue en lui-même un incitateur de souffrance conjugale.

S'insurgeant contre ce point de vue de Huerre et Pelloux (2011) qui voient en l'IAD un secret lourd à porter, la psychanalyste Delaisi de Parseval (2004), pour avoir travaillé sur cette question de père – IAD dans le souci d'approfondir la psychodynamique de l'homme infertile qui devient père par le truchement d'un autre via l'IAD, affirmera que le concept « père » peut s'appliquer à plusieurs figures ou encore désigner divers personnages. Pour ce, on peut avoir le père biologique, le père juridique et même le père de fait. L'appellation père renverrait à celui qui a donné son nom, à celui qui a donné son sperme ou encore à celui qui élève un enfant. Elle a également pensé qu'en cas de succès, L'IAD permettrait aux hommes infertiles d'avoir un enfant et de devenir père.

Dans son ouvrage, Delaisi de Parseval (2004) illustre sa posture en donnant l'exemple du couple Leurret qui a été buté face à leur projet d'enfant du fait de leur infertilité. Ils se culpabilisaient l'un l'autre et cette situation était très angoissante ; surtout compte tenu de la pression familiale et des proches. La situation était très pénible pour la femme qui n'a reconnu avoir été soulagée qu'après les résultats du spermogramme de son conjoint. Elle signale que

pendant leurs six années de vie commune, la femme refusait catégoriquement l'adoption et avait un besoin poussé pour l'enfant ; alors l'unique voie de recours était l'IAD. Ils l'ont sollicité et ont eu gain de cause ; il y a eu grossesse.

Alors présentant l'attitude de l'homme face à sa femme et à l'enfant à venir, Delaisi de Parseval (2004) reprit les paroles de Monsieur Leurret qui dit qu'il était pris par l'événement comme dans un raptus, c'était quelque chose d'entièrement nouveau. Il explique depuis le début de la grossesse, les moments des échographies passés avec sa femme. On pouvait déjà comprendre qu'un lien s'était tissé entre le bébé et le père d'autant plus qu'à partir de ce moment il y avait un contact direct entre les deux et c'était encore plus intéressant, car il pouvait sentir le bébé, le toucher lui-même. L'auteure fait prévaloir la présence active du père pendant la grossesse par en soulignant qu'ils allaient chercher les résultats ensemble, allaient ensemble aussi chez le médecin, en parlaient ; il demandait à sa femme sans cesse des nouvelles du bébé ; le père participe à tout car il est un soutien constant.

Delaisi de Parseval (2004) fait mention du fait qu'à partir du quatrième-cinquième mois, le père avait pris l'habitude de parler tous les jours au bébé, et cela systématiquement aux mêmes heures afin que ce dernier puisse s'habituer à sa voix ; il mettait la bouche sur le nombril de sa femme pour bien faire entendre sa voix ; ce qui établissait une sorte de relation très privilégiée entre le père et le bébé.

Aussi, Delaisi de Parseval (2004) montre dans une analyse métapsychologique des fluides relatifs à la parentalité, l'équivalence dans les fantasmes entre le sperme nourricier du père c'est-à-dire le sperme de la grossesse et du lait maternel. Elle souligne l'intérêt du père de la grossesse, celui qui est présent, qui accompagne la mère qui attend l'enfant (*expectant father*), et vit une sorte de couvade anténatale. La couvade à ce niveau étant un ensemble de symptômes physiques ou psychologiques ressenti par l'homme durant la grossesse de sa partenaire ; entre autre le fait de caresser le ventre de sa partenaire et parler au bébé régulièrement. Cet exercice lui permettant de prendre contact et de renforcer ses liens avec le bébé.

Bien plus, l'auteure parvient à la conclusion selon laquelle le père de la grossesse n'est pas forcément celui qui a fourni le sperme fécondant, il n'est pas nécessairement non plus le père génétique. Par ailleurs, elle démontre de manière significative que la paternité par l'IAD qui est vécue le plus harmonieusement est celle des pères qui ont pu dès l'original investir très

positivement la période de la grossesse ; bien que leurs épouses aient été techniquement engrossées par un donneur exogène.

Dans ce contexte, le futur père a pendant la grossesse fantasmé les relations sexuelles avec la mère comme une manière de nourrir et de protéger l'enfant avec cette dernière dans une sorte de couvade. On peut également parler de l'adoption psychologique de l'enfant par le futur père avant sa naissance. Il faut conclure avec Delaisi de Parseval (2004) que, lorsque le pôle paternel est mobilisé dès la grossesse, le sperme du donneur n'est plus perçu que de manière minimaliste et pour ce qu'il est réellement, un don d'hérédité, mais d'une hérédité coupée de toute histoire ou généalogie vécue. Qui plus est, l'auteure prend l'image de Joseph à l'époque médiévale pour expliquer le fait que l'homme qui devient père au cours de l'AMP-IAD est « *père légale, père nourricier et protecteur ; mais sans lien naturel avec son enfant puisqu'il y a participation d'un donneur de sperme* » (P.351).

Ces auteurs ont tour à tour présenter les prouesses et les limites de la pratique de l'AMP/IAD chez des couples dont l'infertilité est d'origine masculine ; mais à quel niveau se situe le problème central de cette recherche ?

### **3.2. Enoncé du problème**

Rendue sur le terrain dans le cadre de cette recherche, le constat a été clair. Bien que les nouvelles techniques de procréation soient mises sur pied pour résoudre les difficultés liées à l'infertilité du couple, certains conjoints infertiles présentent la souffrance psychique variée telle que l'anxiété, la dépression, le stress, le sentiment de culpabilité ; de honte ; l'angoisse, etc. Parmi ces conjoints en souffrance, certains abandonnent, d'autres se résignent et vont jusqu'au bout du traitement malgré les difficultés financières ; d'autres par contre restent indécis face à la proposition d'IAD. C'est justement ce qui nous a amené à nous intéresser au parcours d'AMP de ces conjoints infertiles afin de comprendre le rôle que leur souffrance pourrait y jouer. Cette souffrance pourrait s'expliquer par leur désir d'enfant qui n'est pas comblé malgré les efforts fournis ; aussi, ils font le deuil de l'échec de la première tentative et cherchent à tout prix à s'inscrire dans la lignée générationnelle.

Plusieurs théories expliquent le vécu de la souffrance qu'engendre ce trouble reproductif au sein des couples et plus précisément chez le conjoint infertile dans un parcours d'AMP.

➤ *La théorie du désir d'enfant*

Les théoriciens du désir, en l'occurrence Freud, souligne qu'il y a dans toute conception de l'homme certaines notions qui sont fondamentales telles que la notion du désir ; puisqu'elle évoque un mouvement de concupiscence ou de convoitise (Laplanche & Pontalis, 1967). Dès 1895, la méconnaissance de son désir par le sujet se présentait à Freud comme une cause du symptôme. Tel était le cas de Emmy et Dora, les patients de Freud chez qui il a soupçonné le désir sexuel inadmissible socialement. Cette projection observée chez ces patients amènera Lacan à dire que le désir est le désir de l'autre. C'est à la suite de l'interprétation des rêves (1900) ; que Freud associe le désir à un savoir inconscient. C'est ainsi qu'en suivant la trace des significations qui viennent le plus spontanément à l'esprit que le sujet peut mettre au jour ce désir que le travail dissimulateur du rêve a masqué sous des images énigmatiques, inoffensifs ou angoissantes. L'interprétation qui en résulte vaut ainsi comme la reconnaissance du désir qui depuis l'enfance ne cesse d'exister et détermine, sans qu'il le sache, la destinée du sujet.

Alors, si ce désir est indestructible, c'est que les signifiants particuliers dans lesquels un sujet vient articuler son désir, c'est-à-dire les objets qui le déterminent, demeurent indestructibles dans l'inconscient à titre de « traces mnésiques » laissées par la vie infantile. Ceci renvoie au complexe d'œdipe qui prend tout son sens dans la rivalité qui oppose le garçon au père. Quand le refoulement originare n'a pas eu lieu, le désir du sujet subit les conséquences dans la culpabilité ou dans les symptômes. Il faut donc dire que le choix d'objet sexuel commence dès la petite enfance ; et le complexe d'œdipe offre à l'enfant garçon deux possibilités de satisfaction : l'une active, l'autre passive.

Ainsi donc, le garçon peut se mettre à la place du père (celui-ci devient son rival, il exerce la castration) ou inversement, remplacer la mère (faire comme une femme). Prenons le premier cas où il devient le rival ; par un processus d'identification, son autorité sera introjectée dans le moi de l'enfant et former le noyau du surmoi. Ceci va imposer des restrictions et c'est ainsi que les tendances œdipiennes seront tenues en échecs, sublimées et transformées pour faire place à l'affection. Cette castration, va trouver appui dans ce que Lacan a appelé le Nom-du-père pour ne pas interdire toute réalisation du désir. C'est alors que le sujet désirant va s'autoriser à jouir par ce qu'il impute au père réel cette autorisation symbolique de désirer.

Pour ce garçon qui devient rival du père et s'identifie à lui, on peut immédiatement comprendre les raisons pour lesquelles celui-ci voudrait aussi comme le père, fonder une famille

identique à celle qu'il a connu dans sa petite enfance ; et par là son désir de faire des enfants. A partir de là, nous sommes en droit de tirer une conclusion sur la souffrance individuelle voire conjugale à laquelle certains hommes confrontés à une difficulté de procréation font face.

Par ailleurs, Bydlowski (2008) précise qu'il y a de cela cinquante ans que la question du désir d'enfant ne se posait pas, d'autant plus que la reproduction était liée au destin et n'était pas volontaire. L'enfant venait naturellement au bout d'un accouplement pendant la période féconde chez la femme. Mais de nos jours, le désir d'enfant est le mouvement le plus naturel du monde, par ce que partagé avec les autres espèces vivantes. Ce désir souligne l'auteur est en même temps mystérieux, contrastant avec la fertilité naturelle de la reproduction dans les autres espèces. Bydlowski (2008) pense que le désir d'enfant doit être compris comme étant la traduction du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce ; et dans sa fonction individuelle, la transmission de l'histoire personnelle et familiale.

De même, arguant sur le désir d'enfant, Bydlowski (1997) insiste sur le fait qu'on peut « admirer la force de cette pulsion universelle qui entraîne les humains à procréer, quelles que soient les circonstances et malgré les guerres, les crises et les famines, alors même qu'ils ont appris à l'éviter » (P. 65); par ce que « ce qui est désiré ce n'est pas un enfant, c'est le désir d'enfant, c'est un désir d'enfance, c'est la réalisation d'un souhait infantile » (1980 P. 87) Cette psychanalyste nous donne la définition suivante : « *Le désir d'enfant serait la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmission de l'histoire personnelle et familiale* » (1997, P. 139).

Freud (1925), dans *Ma vie et la psychanalyse* explique que le désir d'enfant est un désir suprême où peuvent culminer tous les autres désirs ; il insiste sur le fait que l'enfant ne devine jamais la réalité de l'union des sexes car il lui substitue des représentations émanées de sa propre expérience et des propres sensations. Le désir d'enfant culmine donc dans le dessein de mettre au monde un enfant ou d'une manière indéterminable, l'engendrer ; le jeune garçon dans son ignorance n'exclut pas de donner naissance.

Bydlowski (2008) revient sur le développement psychoaffectif, au cours duquel se construit une disposition particulière tant consciente qu'inconsciente conduisant à accepter l'enfant que l'aptitude biologique propose. Le parcours psychoaffectif qui culmine au désir de père chez l'homme est plus linéaire par ce que l'objet d'amour est la mère ; et donc la rivalité

avec le père culmine en renforçant le lien avec la mère ; ainsi donc, si son développement œdipien est sain, il choisira une compagne qui aura les traits de sa maman et avec qui il fera des enfants et l'aimera toute sa vie. C'est ce qui explique le fait qu'en cas d'infertilité d'origine masculine dans le couple, la détresse et les répercussions émotionnelles s'expriment chez l'homme sous la forme de ressentis tels que l'impuissance, la colère et la frustration (Girard, Galini, Toma et Streuli, 2017). La blessure est d'autant plus profonde chez l'homme qui, se percevant pourvoyeur de spermatozoïdes, se sent coupable de ne pouvoir s'identifier à son père

De même en cas d'échec de l'AMP, le couple dans sa souffrance « *apparaît comme le lieu primordial où se réactualisent les angoisses primaires liées à un vécu non ou insuffisamment symbolisé, qui reste clivé de l'ensemble du fonctionnement psychique* » (Garcia, 2007 P. 93). Selon (Zegers-Hochschild & al, 2009 ; Bydlowski, 2014), la prise de conscience d'un problème d'infertilité confronte la plupart de temps le couple à une crise de type existentiel, remettant en question leur propre intégrité non seulement physique mais aussi psychique ; ainsi que la relation du couple et le sens de l'existence. Bien plus, la souffrance psychique chez l'un est très vite décelable à travers la qualité de ses rapports avec l'autre ; on peut noter entre autre le repli sur soi, le mutisme, l'instabilité de l'humeur, l'agressivité, le désintérêt dans les échanges, la démotivation, la baisse ou l'arrêt des activités et même l'irritabilité vis-à-vis de l'autre. La souffrance conjugale liée à l'infertilité est plus accrue lorsque les démarches et tous les efforts fournis sont vains.

On peut jusqu'ici comprendre non seulement les raisons de la souffrance que vit l'homme infertile dans le parcours de l'AMP, mais aussi sa déception face à une proposition d'IAD. La théorie du désir d'enfant présente les raisons des blessures narcissiques de l'homme infertile face à un parcours d'AMP jonchés d'embûches ; mais ne rend pas compte du vécu de la perte (rupture involontaire de la grossesse) lors de la première tentative.

### ➤ *La théorie du deuil*

D'après Pirrelot-Parnot (2013), la souffrance des patients infertiles dans un parcours d'AMP est semblable à celle des personnes qui vivent un deuil. Il s'agit d'un ensemble des processus psychologiques qui sont mis en train par la perte d'un objet aimé et qui aboutissent couramment à ce que le sujet renonce à cet objet (Bowlby 1942). L'objet dont il est question est ce vers quoi est dirigé une action ou un désir ; c'est-à-dire ce qui est nécessaire au sujet pour

parvenir à la satisfaction instinctuelle ou encore ce avec quoi il établit une relation (Rycroft 1982).

Il convient de rappeler que dans la littérature psychanalytique, les objets sont presque toujours des personnes, des parties de personnes ou des symboles des uns ou des autres (Rycroft 1982). Ainsi donc la perte d'objet crée un choc émotionnel et peut être vécue comme deuil. A propos du deuil, Rycroft (1982) et Hanus (2006) mettent en relief le déroulement en trois phases.

La première est celle du refus ou déni, ou encore la phase de l'impact où le sujet tente de rejeter l'idée que la perte est effective ; il est incrédule et ressent de la colère, reproche aux autres, à la personne qui est morte ou à ses médecins, à ceux qui l'ont soigné et à lui-même d'avoir laissé cette mort se produire. Dans le cas d'espèce il s'agit non seulement du vécu de l'annonce de la perte de sa fertilité chez un homme qui avait encore l'espoir de pouvoir féconder sa partenaire et par là obtenir un enfant biologique mais aussi, de l'échec de la solution médicale envisagée comme dernier rempart. Cette personne est littéralement percutée par la situation et la douleur du choc qui émane de cette annonce est tridimensionnelle : psychologique, somatique et sociale. Au niveau psychologique, l'expressivité est souvent à haut bruit mais reste très variée et essentiellement dépendante de la personnalité du sujet et de son contexte social d'existence. Au niveau somatique, il existe des troubles d'appétit, du sommeil et de l'activité quotidienne. Enfin, au niveau social, ce sont surtout les modalités relationnelles qui se trouvent affectées telles que l'absence aux réunions familiales, aux événements heureux nécessitant la rencontre avec des proches et amis, etc.

La seconde phase est celle de la résignation, de l'acceptation ou du désespoir ou encore la période d'état dans laquelle la réalité de la perte est admise et le chagrin survient. C'est la dépression réactionnelle, phase centrale du deuil, qui se remarque. Comme toute dépression de ce type, on note la présence d'un triple syndrome : la douleur morale, la difficulté de fonctionnement somatopsychique et l'atteinte des grandes fonctions de la vie (sommeil, appétit, sexualité). Au niveau de la douleur morale, l'homme infertile est déstabilisé. En ce qui concerne l'atteinte des grandes fonctions de la vie, il est possible de noter des conduites paradoxales (hyperphagie, hypersexualité), souvent transitoires. Cette période n'a pas de durée précise. En revanche, c'est une période sujette à évolution, avec une atténuation progressive des symptômes, que cette dernière soit rapide ou lente.

La troisième est celle du détachement ou encore la période de récupération, qui signe l'accomplissement du travail de deuil pendant laquelle, le sujet, renonçant à l'objet, parvient à s'en sevrer et s'adapte à la vie sans lui. Si le deuil se déroule « normalement » le sujet surmonte la perte et devient capable de s'attacher à un nouvel objet. Il existe autant de deuils que d'individus, mais ces derniers suivent plus ou moins le cheminement indiqué ci-dessus lorsqu'il est question de deuil normal.

Parvenu à cette dernière phase, le sujet (l'homme infertile) a surmonté le deuil de l'enfant biologique et est capable de faire recours à l'AMP. D'après Nizard (2009) ; Sellenet (2013), il est exigé aux couples infertiles de faire au préalable le deuil de l'enfant biologique avant d'entamer soit la procédure d'adoption ou l'AMP. Cela correspond d'après Nizard (2009) à l'idée d'un renoncement à l'enfant issu génétiquement de ses parents comme condition nécessaire à l'accueil d'un enfant qui vient d'ailleurs ou encore non conçu naturellement. Il s'agit selon les auteurs du deuil de la maîtrise de leur vie pour certains ; deuil de la fertilité et de la procréation pour d'autres ; d'une filiation biologique qui transmette des traits physiques, génétiques ; deuil d'une certaine idée de l'appartenance ; d'une certaine vision de la famille.

Face à la rupture involontaire de la grossesse dans un parcours d'AMP, non seulement on fait recours à un deuil de la fertilité chez l'homme, mais à une déception dans l'effort fourni. Le couple est non seulement confronté à la douleur de la perte de la fertilité mais aussi à ce fameux parcours d'AMP qui semble très pénible pour certains. Il faut dire que de prime abord, la souffrance est partagée pour avoir fait un échec lors de la première tentative, ensuite elle pèse plus pour l'homme puisqu'il n'arrive pas à prendre une décision vis-à-vis d'un don de sperme.

Il faut dire que sur le plan psychologique, l'IAD ne procure ni plaisir, ni tendresse, cependant le seul fait de penser au donneur de sperme provoque non seulement de la jalousie, mais aussi du malaise psychologique ; dans la mesure où selon Thévoz (1990) le donneur est présent dans l'imaginaire du couple, bien qu'il soit absent dans la réalité. L'énigme de son identité doit subsister dans la conscience des membres du couple et créer la souffrance conjugale qui est semblable à celle d'un deuil familial.

Selon Mazoyer et Bourdet-Loubère (2012), les patients des services d'AMP sont confrontés, au moment de l'annonce du diagnostic d'infertilité à une sorte de défaut biologique qui peut générer chez eux des dommages psychiques tels que la blessure narcissique (impuissance), le sentiment d'échec, d'erreur (défaillance) et la culpabilité (faute). Pour cet



auteur, la révélation de l'infertilité d'un partenaire engendre un état de crise pour le couple ; et cela s'aggrave à chaque échec de fécondation lors du parcours.

Jaoul (2009) explique que la prise en charge de la souffrance de l'infertilité et du vécu émotionnel du parcours d'AMP est souvent difficile lorsque la grossesse ne survient pas rapidement. Cette déception, recouvrant les deuils antérieurs peut engendrer des traumatismes. Cet échec, perçu comme un second deuil chez l'homme infertile qui vit déjà un drame dans son couple du fait de ne pouvoir donner d'enfant à sa conjointe, va créer en ce dernier un état de tristesse profonde envahissant plus ou moins tout le champ de sa conscience. Les conséquences de l'échec de l'AMP impactent sur la vie relationnelle du couple. A ce propos, Jaoul (2010) met en relief le cas d'un couple reçu en entretien après échec de PMA. Elle les décrit supportant mal les larmes et les moments de découragement. Cette position de force inébranlable précise l'auteur, augmente leur sentiment d'être les seules à souffrir et amène une grande frustration dans le couple. C'est ainsi que lors des séances, on peut remarquer que plus la douleur de la blessure féminine s'exprime, plus l'homme s'efface dans son fauteuil, sans réponse à ce déferlement de griefs. Jaoul (2010) signale qu'à ce moment, la souffrance et la tristesse de l'homme sont tangibles, ce qui échappe le plus souvent à son épouse, toute à sa douleur. Quand vient le moment de s'exprimer, l'homme prend le soin de passer par l'entremise de son épouse pour rétablir une circulation dans le couple. L'auteur insiste sur le fait que la douleur d'infertilité est différente chez l'homme et la femme, ceci dans la mesure où l'impact de l'infertilité et la souffrance qui en résulte doivent être envisagées en fonction du conflit œdipien chez l'homme comme chez la femme.

De même, Girard et al. (2017) soulignent que le parcours de l'AMP est associé à un vécu long et douloureux de perte ou de deuil. Il s'agit à ce niveau non seulement du deuil de sa propre fertilité, de la paternité biologique (recours à une IAD) mais aussi du deuil de l'enfant. Quand après 2 années de vie commune sans enfant avec des spermogrammes répétés dans des cas d'oligo et asthénospermie sévère, avec pour conséquence des tentatives d'ICSI qui n'ont pas abouti à une grossesse, ces traitements apparaissent stressants, les tests de grossesse négatifs se présentent comme des échecs majeurs entraînant une détresse conjugale ; qui peut se présenter sous forme d'anxiété ou de dépression. Le mari va se sentir sous pression en même temps abattu voire désespéré par moment (Girard et al., 2017).

Au vue de ces différentes théorisations qui mettent en exergue des avis divergents sur le parcours d'AMP /IAD ; on retient pour la première que la non satisfaction du désir d'enfant

est à l'origine de la souffrance dans le couple. Cela peut engendrer une instabilité conjugale, un déséquilibre psychique chez le conjoint infertile, préalablement plongé dans une détresse psychologique du fait de son incapacité à donner du spermatozoïde fiable. Spermatozoïde donc la seule présence changerait la donne, non seulement dans le parcours d'AMP mais aussi dans l'histoire individuelle de l'homme et celle du couple. Pour la seconde, la perte ou encore l'échec dans ce parcours est empreint d'une souffrance psychique du fait de la grande douleur que vivent les partenaires. Ces théories mettent en relief la souffrance du conjoint infertile et même celle du couple dans un parcours d'AMP, sans pourtant prendre en compte les éléments culturels qui entrent en jeu ou qui peuvent nous permettre de comprendre le parcours de ces personnes dans ce contexte africain.

➤ *Les éléments culturels*

L'ethnopsychiatrie traite de la dimension culturelle du désordre et l'analyse des fondements psychiques de l'individu (Freud, 1919 ; Roheim, 1950 ; Devereux, 1970, 1972). D'après le dictionnaire de la psychiatrie et de la psychopathologie (1998, p. 219), elle est le « domaine de la psychiatrie consacré à l'étude des troubles mentaux en fonction des groupes culturels et ethniques auxquels appartiennent les sujets qui en seraient atteints ». Elle prend en compte le milieu culturel dans lequel la souffrance émerge. Selon Moro (1992), sa méthode originale est le « complémentarisme » entre la psychanalyse et l'anthropologie ; d'autant plus qu'elle jette un pont sur le clinicien et le patient ; les thérapies traditionnelles et le traitement moderne ; le dehors qui est la culture et le dedans qui est le psychisme.

Bien qu'ayant défini une « relation complémentariste » entre le psychisme et la culture, cette approche va néanmoins nécessiter de distinguer selon Devereux deux types d'inconscient : l'inconscient idiosyncrasique, c'est-à-dire l'inconscient individuel, et l'inconscient ethnique qu'il définit comme étant « cette part de son inconscient total qu'il possède en commun avec la plupart des membres de sa culture. Il est composé de ce que, conformément aux exigences fondamentales de sa culture, chaque génération apprend elle-même à refouler puis à son tour, force la génération suivante à refouler. Il change comme change la culture et se transmet comme se transmet la culture par une sorte d'enseignement (Stitou, 2007).

D'après le fondateur de l'ethnopsychiatrie, Devereux (1970), le postulat de cette théorie est l'universalité psychique c'est-à-dire l'unité fondamentale du psychisme humain. Il montre que tout fait humain doit être rendu compréhensible par les deux approches, psychologique d'un côté, socioculturelle de l'autre, dans un complémentarisme qui n'est pas forcément

simultané et qui n'a pas à tenir compte d'une succession particulière. Pour sa part, Nathan (1990a), précise qu'une autre caractéristique humaine universelle est bien entendu le fait que tout homme a une culture et que c'est peut-être cela qui fonde son humanité et son universalité.

Dans le cas des symptômes ou des désordres ethniques, structurés culturellement, selon Devereux (1970), le sujet n'a pas à élaborer subjectivement son conflit, d'autant plus que la société s'en charge pour lui en lui fournissant un modèle à suivre et en lui dictant des conduites standardisées. Cette logique binaire (d'un côté l'inconscient idiosyncrasique, et d'un autre côté l'inconscient ethnique), finit par reconnaître l'autre non pas en tant que sujet de sa souffrance, mais en tant que victime de sa culture ; et c'est précisément cela qui ouvre la porte à des dérives (Stitou, 2007)

L'ethnopsychiatrie nécessite donc la mise en place d'un dispositif qui permette l'explication de données tant culturelles, appartenant au groupe d'appartenance du patient, qu'idiosyncrasiques, découlant de son histoire singulière. Ce dispositif permettra au thérapeute non seulement de déclencher un mécanisme issu d'une thérapie traditionnelle mais en restant cohérent avec la culture du patient, et sans se désavouer lui-même (Moro, 1992). Restant sur la même longueur d'ondes, Nathan (1993), trouve la nécessité de la prise en compte de la dimension culturelle dans la prise en charge des personnes dont les références culturelles sont autres. Il précisera à ce sujet que la première étape du travail consiste à désigner la cause de la souffrance à partir d'une théorie étiologique traditionnelle c'est-à-dire le mauvais œil, le mauvais sort, les attaques sorcières. Ensuite il explique que : « *L'essentiel du travail "thérapeutique" porte sur la résolution de l'énigme, c'est-à-dire : l'identification de l'agresseur. Une fois cela accompli, le malade va généralement mieux, tout juste s'il garde quelque méfiance à l'égard du sorcier présumé* » Nathan (1993 P. 69).

Il faut dire que dans les sociétés traditionnelles, explique Lecomte, Jama et Legault (2006) la maladie est un événement qui ne concerne pas que le sujet souffrant, mais l'ensemble de son entourage (famille, groupe social, monde invisible). Le malade est considéré comme un intermédiaire entre les humains et les autres. La maladie est alors soignée par le groupe social ou par une communauté thérapeutique. Le groupe ainsi constitué effectue une médiation entre les univers ordinaire et extraordinaire. Les auteurs expliquent qu'une pareille médiation serait rarement réalisée en situation duelle, et c'est la raison pour laquelle l'ethnopsychiatrie s'est positionnée pour un dispositif de groupe. De même, selon Lecomte, Jama et Legault (2006), la présence d'un groupe permet de contourner la réticence et permet à la thérapie de ressembler à celles qui sont connues des patients (pour l'Afrique, le Maghreb, Haïti par exemple).

Toujours en rapport avec la culture, Arpin (2007) souligne que les psychanalystes ont relevé que la psyché individuelle se fonde et s'organise sur celle-ci et que tout petit groupe possède un appareil psychique. Ceci rejoint la réflexion de Villeneuve quand il soulignait que « le matériau que nous recevons à la naissance est modelé dans un premier temps par les autres, par l'environnement et par les événements, et tout le travail de notre vie consiste à créer à partir de ce matériau, la forme unique achevée, qui sera soi » (1998, p. 11). Kaës (1976,1993) et Anzieu (1975) sont intervenus dans ce sens en décrivant les organisateurs psychiques des groupes restreints en rapport avec leurs organisateurs socioculturels ; pour montrer que la culture est un contenant à l'intérieur duquel il peut non seulement être construite la psyché individuelle mais aussi du groupe restreint. De même la conception et les représentations des désordres psychiques sont aussi régies par des organisateurs culturels. Arpin (2007) précise qu'à la base de tout groupe, il y a la culture qui fournit les modèles de regroupement qui servent d'organisateur de celle-ci tout au long de son fonctionnement.

Eiguer (1989) dans la même lancée que d'autres, mais dans le versant de la famille voit en celle-ci un type particulier de groupe restreint, qui est d'ailleurs le groupe primaire. C'est ainsi qu'il en recense trois organisateurs psychiques à savoir : le choix d'objet, le soi familial (l'habitat intérieur, le sentiment d'appartenance, l'idéal du moi familial) et les fantasmes partagés. D'après Eiguer (1989) ces organisateurs qu'il perçoit comme universaux sont intimement liés au contexte culturel dans lequel baigne la famille. Il faut dire que la différence des sexes, les rapports entre générations, les règles d'alliances entre familles, les définitions de la nature de l'enfant et même la représentation de l'étranger infèrent sur les organisateurs culturels de la famille. Alors, toutes ces représentations qui vont servir à leur tour d'organisateur culturels de l'appareil psychique familial tout au long de la vie familiale sont régies par un cadre culturel donné.

Par ailleurs, Aulagnier (1975) pense que ces cadres culturels de l'individu, du groupe restreint et de la famille prennent leurs origines dans l'ensemble des énoncés définissant la réalité du monde, qui est la raison d'être du groupe culturel et même l'origine de ses modèles. Arpin (2007) trouve en ces cadres culturels plutôt une matrice culturelle qui représente le plus grand et à l'intérieur duquel peut se structurer ou s'organiser l'ensemble des organisateurs socioculturels des familles, ainsi que ceux des groupes et des individus. Ces auteurs estiment que c'est à partir de ces référents culturels qu'il faut cerner un problème clinique. Ceci dans la mesure où deux entités qui ne possèdent pas une base commune ou encore qui ne partagent pas des mêmes organisateurs culturels seront dans les tensions réciproques avec leurs organisateurs

psychiques. Il faut dire que la conception et les représentations des désordres psychiques sont régies par les mêmes organisateurs culturels. Ces auteurs nous font comprendre, chacun dans son domaine que le parcours thérapeutique peut être influencé par des éléments culturels, induisant ainsi une souffrance conjugale chez l'homme infertile. La culture joue ainsi un rôle primordial dans la structuration du psychisme de l'individu.

Au demeurant ces auteurs font prévaloir le rôle de la culture dans la structuration du psychisme humain. La plupart des ethnopsychiatres cités plus haut mettent en relief l'universalité du psychisme humain, en ceci que tout homme a une culture et c'est ce qui fonde son humanité et son universalité. Ces auteurs expliquent la souffrance ; les désordres psychiques en lien avec la culture sans pour autant mettre l'accent sur une culture particulière.

Or dans sa théorie du relativisme culturelle, Sow (1977/78), centre ses propos sur les valeurs propres à une culture ; celle des africains. Il explique la spécificité de l'organisation du fonctionnement psychique de l'africain ; d'ailleurs les souffrances que les individus développent prennent sens dans le contexte culturel auquel ils appartiennent. Selon l'auteur, en milieu traditionnel africain, l'individu possède le sens de la transcendance. Sow (1978) insiste sur le fait que l'existence de l'africain ne commence qu'à partir du moment où se saisit le symbolisme qui de chaînon en chaînon, la relie à l'acte de la genèse primordiale qui confère la plénitude de sens. Pour cela, la paix individuelle et sociale est par ricochet la paix avec les ancêtres ; par conséquent, la souffrance psychique individuelle serait « la rupture » et le désordre ; en un mot, la désacralisation du sacré. On ne saurait donc comprendre l'africain sans l'apport des religions africains. C'est le savoir traditionnel (la culture), les symboles contenus dans le mythe qui ont pour rôle de transmettre le message du sens de la vie des hommes constituant ainsi la base et le fondement de l'ordre communautaire actuel. Sow (1978) souligne qu'en milieu traditionnel, la culture unit les hommes tout en les distinguant et même en les différenciant les uns des autres ; c'est ainsi qu'elle les protège en même temps contre la désintégration de soi, la non reconnaissance par autrui du soi et la perte d'identité de soi. Dans le même ordre de préoccupations, il est retenu qu'en dernière analyse la mort s'interprète plus qu'elle ne s'explique vraiment dans la mesure où elle est radicale en Afrique. D'ailleurs, mourir sans laisser de descendance constitue l'arrêt du continuum phylogénétique c'est-à-dire Ancêtre-sujet-descendance. La théorie du relativisme culturel se positionne ainsi au premier rang dans l'explication de la souffrance du conjoint infertile aux prises avec le parcours d'AMP en Afrique.

La littérature au sujet de la souffrance du conjoint infertile qui a sollicité la pratique d'AMP ne s'explique pas seulement par le deuil lié à la perte de sa fertilité, ni par les tribulations relatives à son désir d'enfant, mais aussi par les valeurs culturelles de son groupe socio-culturel d'appartenance qui structurent sa personnalité ; donnant ainsi sens à son comportements et attitudes ; à sa souffrance, et orientant positivement son parcours thérapeutique. L'objet de cette recherche est le vécu de l'AMP, plus précisément le parcours chez le conjoint camerounais infertile chez qui les valeurs culturelles adressées contre cette méthode de procréation induisent une souffrance.

Il convient de souligner que dans le parcours d'AMP de certains conjoints camerounais infertiles qui ont connu un premier échec, il leur est proposé l'IAD qui a leur avis va à l'encontre de leurs valeurs culturelles. Par conséquent, certains abandonnent, d'autre se résignent et d'autres encore restent indécis. Or selon la théorie du relativisme culturelle de Sow (1977), les souffrances que les individus développent prennent sens dans le contexte socio-culturel auquel ils appartiennent par rapport à la conception et à la représentation que les peuples ont de la maladie (physique ou psychique) dans ce contexte ; et les prises en charges se fondent ou s'étayent sur ce sens culturel de la maladie. C'est dans cette perspective que l'étude du parcours de l'AMP (traitement de l'infertilité) du conjoint camerounais infertile a été envisagé.

Alors, le problème y afférant est celui du vécu du conjoint camerounais infertile dans son parcours de l'AMP. Si tant est que la littérature sur la question fait écho de l'importance des valeurs de la culture à laquelle appartient le sujet (l'individu) dans la structuration de sa souffrance et de sa mise en sens dans son parcours thérapeutique (AMP).

- ***Objet de l'étude***

L'étude traite du vécu du parcours de l'AMP, chez le conjoint camerounais infertile chez qui les valeurs culturelles adressées contre cette procédure induisent une certaine souffrance.

- ***Question de recherche***

La question principale de cette recherche est la suivante : « Comment la souffrance du conjoint camerounais infertile retentit-elle sur son parcours d'AMP ? »

- ***L'hypothèse générale***

Elle est la suivante ; « la souffrance du conjoint camerounais infertile appréhendée culturellement perturbe son parcours d'AMP »

- *Les hypothèses spécifiques :*

Hr1 : la souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive aux contraintes culturelles perturbe son parcours d'AMP.

Hr2 : la souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive à la peur que le secret entretenu sur l'IAD par la culture ne soit gardé perturbe son parcours d'AMP.

Hr3 : la souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive à la honte du regard que les autres portent sur lui dans la société perturbe son parcours d'AMP.

Hr4 : la souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive à la persécution mystique perturbe son parcours d'AMP

- *Objectif général*

Nous voulons comprendre le vécu du conjoint camerounais infertile dans son parcours d'AMP compte tenu de sa souffrance conjugale dans un contexte encore marqué par des exigences culturelles.

- *Objectifs spécifiques*

Comprendre en quoi la souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive aux contraintes culturelles perturbe son recours à l'IAD.

Comprendre en quoi la souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive à la peur que le secret entretenu sur l'IAD par la culture ne soit gardé perturbe son recours à l'IAD.

Comprendre en quoi la souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive à la honte du regard que les autres portent sur lui dans la société perturbe son recours à l'IAD.

Comprendre en quoi la souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive à la persécution mystique perturbe son recours à l'IAD.

Rendu au terme de ce chapitre premier portant essentiellement sur la problématique, il sera question d'entamer le suivant qui traite de l'infertilité, la souffrance conjugale et le vécu de l'AMP.



## **CHAPITRE 2 : INFERTILITE, SOUFFRANCE CONJUGALE ET AMP**



Ce chapitre s'ouvre sur la physiologie de la reproduction chez l'homme avant d'entamer les perspectives historico-sociale de l'infertilité, la représentation et l'épidémiologie y afférentes ainsi que la souffrance conjugale en lien avec le parcours d'AMP.

## **1. Physiologie de la reproduction chez l'homme**

La reproduction humaine, (Poncelet et Sifer, 2011) consiste en la fusion de deux cellules, appelées gamètes (ovocyte et spermatozoïde), contenant chacune 23 chromosomes. Cette fusion va permettre la formation embryon contenant 46 chromosomes, dont la moitié provient de la mère et l'autre moitié du père. Cet embryon a donc une identité génétique propre et il s'agit plus d'une procréation (formation d'un nouvel être) que d'une reproduction (à l'identique).

La procréation nécessite donc une phase préparatoire de formation des gamètes (gamétogenèse : ovogenèse pour les ovocytes, spermatogenèse pour les spermatozoïdes), puis la fusion de ces gamètes (fécondation). Lors de la gamétogenèse, les cellules vont subir une réduction du nombre de chromosomes pour passer de 46 chromosomes (nombre spécifique de l'espèce humaine) à 23 chromosomes lors de la méiose. La méiose, qui ne concerne que les cellules de la gamétogenèse, est constituée de deux divisions cellulaires successives, appelées mitose réductionnelle et mitose équationnelle.

Le testicule, « usine à spermatozoïdes », contient des centaines de tubes pelotonnés (les tubes séminifères) dans lesquels naissent les spermatozoïdes. L'épididyme est formé d'un conduit sinueux de 6m de long que les spermatozoïdes parcourent en 20 jours environ, ils y acquièrent leur mobilité. Au moment de l'éjaculation, l'épididyme se contracte et expulse les spermatozoïdes à travers le canal déférent jusqu'aux glandes annexes dont ils reçoivent les sécrétions.

Les spermatozoïdes sont des cellules très différenciées qui se déplacent grâce à leur flagelle ; ces cellules sont spécialisées pour apporter jusqu'au gamète femelle le matériel génétique contenu dans la « tête ». Ils sont des minuscules cellules, formés de trois parties : la tête qui contient le noyau, le flagelle qui assure par ses battements la mobilité du gamète ; la pièce intermédiaire qui entoure le flagelle à l'arrière de la tête. On peut évaluer leur nombre et leur mobilité grâce à un spermogramme.

A partir de la puberté, les testicules produisent les spermatozoïdes de façon continue quelle que soit l'activité sexuelle. Les spermatozoïdes se forment dans la paroi des tubes séminifères en 64 à 72 jours. C'est la spermatogenèse.

Au moment de l'éjaculation, le sperme déposé au fond du vagin contient 350 million de spermatozoïdes. Les glandes de l'endomètre du col de l'utérus sécrètent un liquide visqueux : la glaire cervicale, constituée d'un réseau de filaments protéiques. En période ovulatoire, les œstrogènes qui rendent le maillage lâchent, permettant ainsi le passage des spermatozoïdes. Or ce processus rencontre des obstacles chez certains individus ; et les humains ont jadis tenté d'y apporter des solutions.

## 2. Perspective historico-sociale de l'infertilité

L'infertilité, soulignent Ranzanici, Redzepe, Perez et Torriani (2008) était considérée par les anciens comme étant un fléau, une calamité qui s'abattait sur toutes les femmes à cause d'un seul coupable qui avait irrité les dieux. C'est ainsi que les médiévaux l'expliquaient comme conséquence directe du péché, alors que les contemporains la voient comme une maladie. C'est cette même infertilité, insistent les auteurs qui provoqua d'énormes sacrifices de jeunes filles vierges pendant l'Antiquité ; ceci dans le but d'apaiser la colère d'Apollon. A l'époque, l'humiliation et la souffrance chez les femmes infertiles étaient remarquable et on pouvait dénombrer des familles sans postérité, n'ayant laissé aucune trace de leur existence.

Dans leur recension d'écrits, ces auteurs ont cherché à comprendre pourquoi tant d'accusations de la femme au sujet de l'infertilité du couple. Ils ont vérifié l'hypothèse qui a été émise par Gélis en 1984. Ce dernier donne la raison selon laquelle la femme, du fait d'être porteuse des espérances du couple et du groupe familial, et du moment où c'est elle qui recueille la graine, la fait fructifier jusqu'au moment où l'enfant mûr tombe sur terre, elle seule est par conséquent habituellement rendue responsable de l'absence de descendance. Les auteurs concluent donc qu'il est évident que dans une société où domine le modèle de la fécondité de la Vierge Marie, l'infertilité ne peut être attribuée aux hommes.

De même pendant l'Antiquité, poursuivent Ranzanici et al. (2008), Hippocrate dans son traité de maladies des femmes faisait déjà allusion à l'infertilité masculine. Selon lui, pour avoir des enfants, peu importe le régime qu'on fait prendre à la femme, le mari devrait prendre aussi des choses appropriées, à la réserve de l'ail, de l'oignon des purées de légumes, du suc de

syllium et de toutes autres choses venteuses, dont il s'abstiendra. Ceci veut tout simplement dire que Hippocrate prenait déjà en compte l'infertilité masculine qui était encore méconnue dans la société

C'est alors qu'au Moyen-Age expliquent Ranzanici et al. (2008), que la médecine hippocratico-galénique connut un progrès retentissant et permit à la théorie humorale de devenir le fondement de toute science. Cette théorie, à propos du sperme, évoquait trois qualités : chaleur, humidité et ventosité qui permettait l'érection. Ainsi une quantité anormale de ces qualités se traduisait par une infertilité.

Bologne (1988), déclare que trop peu de vent entraîne l'impuissance ; trop, le priapisme ; de même, trop peu d'humidité n'engendre qu'un sperme rare et faible ; trop, une gonorrhée. Quant à la chaleur, elle doit donner sa parfaite coction à la semence. Alors se basant sur la théorie humorale, les auteurs précisent que le traitement comprenait deux catégories de préparation. D'abord la correction de l'excès d'humeur par l'inverse d'un remède ; dans ce cas il fallait par exemple manger des substances froides comme du camphre dans le souci de traiter l'excès de chaleur du sperme. Il fallait par la suite prescrire un aphrodisiaque tel que des viandes des oiseaux, la cervelle de moineau ou encore le gingembre.

D'importantes avancées fut remarquées à partir de l'époque moderne dans le domaine médical (Ranzanici et al. 2008). Ce fut donc la découverte des spermatozoïdes et par conséquent l'analyse aisée des fonctions reproductrices masculines ainsi que des traitements y afférents.

### **2.1. Représentation de l'infertilité**

L'espèce humaine se reproduit de façon naturelle (Diakité 2012), suite à un rapport sexuel fécond ; cependant, dans certains cas, vouloir être père n'est pas toujours évident. Bien que toutes les conditions psychiques soient remplies, et que le couple souhaite intensément devenir parents (Frydman et Schilte, 2013), le corps en décide parfois autrement. Les facteurs pouvant empêcher la rencontre entre l'ovule et le spermatozoïde sont autant nombreux chez l'homme que chez la femme. L'infertilité du couple, est selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2000) l'absence de conception après au moins 12 mois de rapports sexuels non protégés. C'est aussi l'incapacité pour un couple d'avoir des enfants de façon naturelle. Il faut donc dire qu'un couple est considéré comme étant infertile lorsqu'après une année de rapports sexuels réguliers c'est-à-dire au moins trois fois par semaines sans contraception, il n'y ait pas

de grossesse. Jadis considéré comme l'apanage seul des femmes, il a été démontré que les responsabilités étaient partagées par les membres du couple.

Diakité (2012) pense qu'environ 15 à 20% des couples en désir d'enfant dans le monde sont confrontés à un problème d'infertilité ; mais 3 à 4% seulement au bout des examens sont considérés comme définitivement infertiles. Il définit la fécondité comme étant le fait d'avoir procréé ; pour dire, avoir mis au monde un enfant né vivant. La fécondabilité serait donc la probabilité de concevoir au cours d'un cycle donné ; c'est une notion statistique qui permet de préciser l'apport éventuel d'un traitement par rapport au facteur temps d'exposition à la grossesse. La fécondabilité est variable de 0 à 55 %, en moyenne de 25 % d'une population à une autre, selon l'âge, la sexualité l'environnement, les facteurs culturels et les habitudes alimentaires.

L'infertilité n'est pas seulement un problème de santé publique mais aussi, et surtout celui du couple concerné. La fécondité d'un homme inclut la spermatogenèse normale, l'habilité à introduire les spermatozoïdes à la femme via une érection normale et surtout une éjaculation normale (Léke, 2012). Jadis, la responsabilité de l'homme dans l'infertilité du couple fut considérée comme exclusivement liée à l'impuissance ; pour beaucoup de personnes, tout homme capable d'un coït suivi d'éjaculation ne peut être infécond ; alors c'est la femme qui est indexée d'être inapte à la procréation ; comme solution de rechange souvent le mari serait obligé d'épouser une seconde femme. Dans ce continent les personnes infertiles considèrent qu'elles ont été frappées d'un mauvais sort et se lancent dans une quête perpétuelle de guérison en se soumettant à diverses pratiques

Selon Akare-Biyoghe (2010), l'infertilité qui, d'un point de vue clinique, relève d'une incapacité biologique imputable à une maladie, est ici perçue comme une privation, une malédiction, voire une punition à expier. Chez les fang du Cameroun, l'infertilité est d'abord une maladie surnaturelle, mystique avant d'être génétique ou anatomique. Mboussou, Mbadinga et Dope-Koumou (2009) en font état d'une maladie en Afrique. Selon ces auteurs, la maladie a toujours une cause précise dans ce continent et cette cause dans sa promiscuité immédiate, est l'action d'un esprit, d'un ancêtre ou d'un homme. Alors, la maladie, qu'elle soit organique ou psychosomatique est supposée être médiatisée par un tiers tel que la famille, le guérisseur ou le pasteur à qui il appartient d'en trouver une solution qui sied. C'est ainsi que certains mécanismes de redressement sont mis sur pied en cas événements douloureux pour sortir l'individu de l'angoisse dans lequel il est plongé.

Chez l'africain, affirment ces auteurs, la persécution est l'explication à tout ce qui trouble l'ordre individuel ; que ce soit une atteinte dans son être physique, mental ou spirituel, elle est vécue sur un mode interprétatif ; éprouvée par l'individu en souffrance proposée par sa famille, mise en forme par le guérisseur et désormais par le pasteur. Dans l'Afrique traditionnelle, l'infertilité était une tare sociale qui affectait profondément la personnalité de l'individu. La femme infertile ou l'homme impuissant ne transmettant pas la vie qu'ils avaient reçue n'enrichissaient pas leur communauté. Ils étaient perçus comme des éléments passifs pour le clan, des symboles d'échec social et ontologique. (Ezembé 2003)

Dans le système traditionnel africain précise Mboussou et al. (2009), l'interprétation de tout danger, de toute souffrance telle que celle de l'infertilité est régulatrice des rapports sociaux institués ; c'est ainsi qu'on peut expliquer l'origine de tous ses maux, de son désarroi, dans un pouvoir de persécution qu'un esprit démoniaque ou une autre personne à savoir un parent, un rival, un collègue de bureau serait supposé exercer. L'infertilité serait donc causée par un mauvais esprit. L'interprétation de cette persécution devient donc un mécanisme de défense psychique, une réponse à la maladie, aux conflits, aux échecs, aux tensions. Zemleni (1975) à propos souligne que toute persécution est aussi dépendance et demande de protection.

## **2.2. Epidémiologie de l'infertilité**

La fertilité masculine suppose qu'un homme soit capable à la fois de produire des spermatozoïdes et d'avoir une vie sexuelle normale ; Ces deux conditions dépendent de l'intégrité des fonctions testiculaires endocrines et exocrines, contrôlées par les gonadotrophines hypophysaires (Young, 2016). Les causes de l'infertilité sont relatives à l'homme dans 20% des cas et sont dues aux deux partenaires dans 30 % des cas d'où la nécessité d'une évaluation complète du couple (17,30). Le rapport international sur la prévalence de l'infertilité estime que 8 à 10 % des couples mariés souffrait de la maladie soit 50 à 80 millions de couples (Gueye et al., 2012).

L'infertilité du couple est une tragédie en Afrique, d'autant plus qu'avoir des enfants demeurent la raison suprême pour le mariage. Cependant, c'est en Afrique que la prévalence de l'infertilité est la plus élevée ; elle atteint 15 à 20 % dans certaines zones. Il faut retenir que les complications des infections sexuellement transmissibles en sont la cause majeure car est estimée à 55 et 65% (Leké, 2012). Les nouvelles techniques de diagnostic telles que laparoscopie et la chirurgie endoscopique ont permis de mettre en évidence le rôle des infections

dans l'infertilité du couple. Leké (1991) cite le Cameroun, la Gabon, la RDC, le Togo, la Tanzanie, le Soudan et le Kenya parmi les pays africains ayant une faible fécondité. Selon Gueye et al. (2012), une étude multicentrique coordonnée par l'OMS, les couples africains étaient plus susceptibles que ceux d'ailleurs d'avoir une infertilité secondaire ou de longue durée, ainsi que des antécédents de maladies sexuellement transmissibles. Dans les pays en développement comme le Cameroun, affirme Leké (2012), on distingue l'infertilité primaire (cas où il n'y a jamais eu de grossesse) ; qui s'élève à 40% d'infertilité et l'infertilité secondaire (qui survient après une ou plusieurs grossesses) qui contribue à environ 60 % des cas d'infertilité totale.

En Afrique, souligne Leke (2012), la prévalence de l'infertilité est d'environ 15%, alors qu'ailleurs, en pays développés, elle est de 10% ; ceci s'explique par le fait que dans les pays en développement, les coûts des soins d'infertilité ne sont pas couverts par les frais des assurances ; et la plupart des pays en développement ne paient pas des frais de la technologie avancée comme l'AMP dans l'assurance santé. La difficulté de la prise en charge de l'infertilité dans ces pays est liée à l'absence de contrôle, de la durée de l'investigation et du traitement avant la référence à l'AMP. Les tentatives d'insémination même avec échec sont payées y compris les procédures thérapeutiques infructueuses. Le coût de l'investigation complète est élevé d'autant plus qu'il inclut les analyses de base, les échographies, les spermogrammes et spermocultures.

### **2.3. Physiopathologies de la fertilité chez l'homme**

Il s'agit des dérèglements physiologiques qui peuvent entraver la fertilité chez l'individu. Celle-ci envisage les mécanismes physiques, cellulaires et même biochimiques qui engendrent une infertilité chez l'homme.

En moyenne, un homme éjacule à chaque orgasme entre 2 et 5 ml de sperme, dans lequel on retrouve 20-200 millions de spermatozoïdes par millilitre (Ranzanici et al., 2008). Ainsi donc, 50% des gamètes sont encore mobiles deux heures après l'éjaculation. Il est estimé que qu'en dehors d'autres facteurs externes, 30 % de spermatozoïdes morphologiquement normaux sont suffisants pour féconder un ovule. Chez la majorité d'homme, signalent ces auteurs, seule une infime partie des spermatozoïdes est opérationnelle et possède une forme, vitalité, mobilité et caryotype normaux.

Cependant, le système immunitaire de l'homme peut aussi créer des auto-anticorps dirigés contre ses propres spermatozoïdes ; et cela peut être dû à un traumatisme affectant ainsi le sperme qui ne présentera que des spermatozoïdes morts. Les principales anomalies du spermogramme sont : l'azoospermie qui est une absence totale de spermatozoïdes dans le liquide séminal. L'oligospermie qui en est une simple diminution du nombre. L'asthénospermie qui renvoie à une mobilité insuffisante des spermatozoïdes. La tératospermie qui est un nombre insuffisant de spermatozoïdes à morphologie normale.

Comme facteur pouvant entraver la fertilité chez l'homme on peut relever :

**Le surpoids.** D'après Sermondale et al. (2013), le surpoids et l'obésité sont associés à une diminution de la production de spermatozoïdes, ainsi qu'à des altérations de la qualité des gamètes mâles. Aussi, la corpulence de l'homme a vraisemblablement un impact sur la fertilité, et doit être considérée dans la prise en charge d'un couple infertile, y compris si les paramètres classiques du spermogramme sont normaux.

Les auteurs rapportent aussi une augmentation de la fragmentation de l'ADN des spermatozoïdes en cas d'indice de masse corporelle (IMC) élevé. Ce facteur est admis comme étant délétère pour les fonctions reproductives, avec, en particulier, une influence négative sur le développement embryonnaire et un risque accru de fausses couches spontanées. Des données préliminaires obtenues dans des modèles animaux suggèrent que l'IMC du mâle aurait également un effet sur le pouvoir fécondant du sperme.

Aussi, la plupart des études rapportent une altération des paramètres spermatiques associée à l'IMC, avec un plateau observé pour des IMC élevés (> 30 kg/m<sup>2</sup>), voire très élevés (35 kg/m<sup>2</sup>) : diminution de la concentration ou de la numération totale en spermatozoïdes, diminution du nombre de spermatozoïdes mobiles, augmentation des formes atypiques de spermatozoïdes (Sermondale et al., 2013).

D'après le collège des médecins du Québec (2005), l'obésité est une condition associée à une diminution de la fertilité aussi bien chez l'homme que chez la femme ; pour ce, un indice de masse corporelle sous la normale est interpellant.

**L'âge.** Selon l'Agence de la biomédecine (2015), les études menées sur le sujet de la fécondité masculine permettent d'affirmer que la concentration en spermatozoïdes dans le sperme diminue au fur et à mesure des années. Aussi, 78% des hommes conçoivent dans les 6

mois lorsqu'ils sont âgés de moins de 25 ans, ils ne sont plus que 58% à concevoir dans les 6 mois lorsqu'ils dépassent les 35 ans. En 50 ans, plusieurs études révèlent une réduction de plus de 50% du nombre de spermatozoïdes ainsi que de leur mobilité dans le fluide séminal de nombreux hommes<sup>4</sup>. Environ un homme sur vingt présente des difficultés pour se reproduire. Ce chiffre est très probablement en augmentation compte tenu de l'impact défavorable de l'environnement (Bonde, 2010 ; Carlsen et al., 1992).

Certains couples sont douloureusement surpris de se heurter au projet tardif de l'enfant qui est contrarié par leur corps et les années. Selon Elpelboin (2001), certains couples souhaitent communément un enfant, mais sont dans des situations professionnelles tellement installées qu'ils ne peuvent en changer les rythmes ; sans pourtant se rendre compte du fait que le temps soit en train de passer et que la fertilité s'amenuise.

Diakité (2012), suggère que l'altération des spermatozoïdes commence à s'observer en général à partir de 50 ans, avec un risque accru d'anomalies chromosomiques au-delà de 60 ans. Selon Payeur (2008), lors de paternité tardive, l'accumulation d'aberrations et de mutations chromosomiques des cellules germinales mâles est néanmoins réputée être la responsable du risque accru de certaines maladies, notamment le syndrome d'Apert et le nanisme (Aitken et al., 2004 ; Dakouane-Giudicelli et al., 2006). Un certain consensus se dégage également à propos de la relation sur le poids à la naissance (Reichman & Teitler, 2006), sur la mortalité intra-utérine (Kleinhaus et al., 2006) ou sur les naissances prématurées (Zhu et al., 2005b ; Astolfi et al., 2006). Pour ajouter à ce portrait déjà fort inquiétant, des démographes de l'Université de Louvain ont découvert des conséquences néfastes sur la mortalité infantile (Wunsch & Gourbin, 2002).

***Les problèmes hormonaux.*** Il est observé depuis plusieurs décennies que la modification des effets des hormones sur l'organisme par certains produits chimiques parfois naturels, sont soupçonnés d'entraîner la baisse de la fertilité humaine. Une production insuffisante des hormones contrôlant la sécrétion de la testostérone et la production des spermatozoïdes, qui sont l'hormone folliculostimulante et l'hormone lutéinisante sont les problèmes les plus courants chez les hommes infertiles

Le terme de perturbateur endocrinien souligne Diakité (2012), est apparu pour la première fois aux Etats Unis en 1991 lors de la réunion organisée par le W. Alton Jones



Foundation. Les produits chimiques qui modifient les effets des hormones sur l'organisme sont appelés perturbateurs hormonaux ou endocriniens.

De nombreuses substances peuvent avoir des effets toxiques sur la fonction de reproduction ou sur des organes de la reproduction sans être des perturbateurs endocriniens. Les pathologies rencontrées dans ce cas sont : l'atteinte de la fertilité masculine ; la malformation de l'appareil génital ; le cancer du testicule ; le cancer de la prostate ; les atteintes du neuro-développement.

Il faut signaler selon l'auteur, qu'il existe de nos jours un grand nombre de substance chimiques avec une diversité de faits mise en cause. Leur mécanisme, souligne l'auteur, sont complexes et variés avec des effets nocifs potentiels divers. Mais il est encore difficile de mesurer la durée et le degré de toxicité lié à l'exposition de ces produits qui peuvent nuire à l'organisme humain.

Selon Diakité (2012) les perturbateurs endocriniens présents dans les maisons qui peuvent être évités sont les suivants :

Alkyl phénols ; ce sont les détergents, les peintures, les pesticides, des tuyaux, des PVC, les spermicides, les colorants de cheveux, les crèmes à raser ; les lotions après rasage, les lingettes jetables, les cosmétiques et autres.

Le BHA et BHT, ce sont les crèmes, les lotions, les produits hydratants, gomme à mâcher, les baumes, les rouges à lèvres, les croustilles.

Le bisphénol A ; ce sont les biberons pour bébé, les jouets pour enfants, les CD/ DVD, les lentilles ophtalmiques ;

Les ignifuges bromés ; ce sont les tissus, les meubles rembourrés, les matelas, les produits électriques et ceux électroniques.

Le mercure ; ce sont les produits de mer, les crèmes éclaircissantes pour la peau, les thermomètres.

Les parabènes ; ce sont les cosmétiques, les produits de soins personnels, les aliments transformés.

Les phtalates ; ce sont des tubulures, les sacs de soluté, les gangs, les jouets plastics, les flexibles à base de plastic.

Le plomb, on y compte les tuyaux les gaines de câbles électriques, les bijoux bon marché, les porte-clés.

Le téflon et composé perfluoré (PHC), on y compte les emballages alimentaires, les appareils électroniques.

Le triclosan ; ce sont des savons, la dentifrice, les déodorants, les démaquillants, les éponges pour le cuisine, les vêtements de sport. Ces problèmes hormonaux peuvent être la cause d'un dysfonctionnement érectile chez certains hommes.

***Dysfonctionnement érectile.*** D'après le DSM-5 (F52.21), la caractéristique essentielle du trouble de l'érection est l'incapacité répétée à obtenir ou à maintenir une érection lors des activités sexuelles avec une/un partenaire ; il est souligné que ces troubles qui concernent plusieurs hommes peuvent engendrés chez ces dernies une faible estime de soi, une faible confiance en soi, une diminution du sentiment de masculinité voire un affect dépressif. Il faut noter que la souffrance associée à des troubles de l'érection est plus faible chez les hommes âgés que chez les plus jeunes.

Une étude prospective portant sur 40 patients âgés de 20 à 80 ans, menée par Bouya et al, entre 2009 et 2010 en vue d'étudier les facteurs de risque de la dysfonction érectile chez les hommes en consultation urologique à l'hôpital universitaire de Brazzaville a été publiée en 2012.

Les résultats de cette étude ont révélé que la fréquence de la dysfonction érectile était de 14,7 %, avec une moyenne d'âge comprise entre 27 et 77 ans. La tranche d'âge de 40 à 50 ans était la plus touchée. La durée moyenne de l'ancienneté était de trois mois à neuf ans. Les pathologies associées ont été l'HTA (22,5 %) et le diabète (15 %).

Les facteurs de risque retrouvés ont été l'alcoolisme (75 %), le tabagisme (25 %) et l'obésité (12,5 %). La dysfonction érectile était sévère dans 47,5 % des cas et la sévérité était corrélée à l'âge. Elle était insupportable dans 40 % des cas.

Les auteurs ont tiré une conclusion selon laquelle la dysfonction érectile était une pathologie fréquente, qui était cependant encore un sujet tabou au Congo. Ils ont également rappelé que bien qu'étant un motif de consultation retrouvé chez 14,5% de cas dans leur étude, cette pathologie est encore sous-estimée en raison de la pudeur et des traitements traditionnels au Congo. Il s'agit d'un symptôme qui peut révéler une maladie organique, même si la part de la composante psychologique reste importante.

Pour cela, les auteurs attirent l'attention des médecins à plus de vigilance dans la recherche systématique de ce fléau lors des consultations, surtout chez les patients souffrant de maladies chroniques.

Selon Huyghe et al. (2013), les facteurs psychogènes sont à rechercher au même titre que les facteurs organiques dans le cas de dysfonctionnement érectile.

Facteurs individuels : névroses, angoisse de performance, ignorance de la sexualité, syndrome dépressif, facteurs de personnalité, facteurs liés à l'identité de genre, phobies et peurs, et comorbidités organiques (diabète, HTA, dyslipidémie, hypogonadisme) ;

Facteurs relationnels : conflit entre conjoints, attitude résignée et culpabilité de l'un des partenaires, attitude(s) agressive(s) et revendicative(s), relation(s) extraconjugale(s), syndrome de veuvage, rupture ;

Facteurs culturels et sociaux : situation(s) ou condition(s) de vie rendant l'expression de la sexualité difficile ou la paternité génératrice d'angoisse (chômage, risque de déshonneur, assimilation fertilité/érection, différence d'âge).

Selon Cicognes et al. (2010), les anomalies anatomiques obstruant les voies génitales peuvent conduire à l'infertilité, lorsqu'elles bloquent partiellement ou totalement l'écoulement du liquide séminal. Certaines de ces anomalies sont d'origine congénitale ou résultent d'un défaut génétique, d'autres peuvent apparaître à la suite d'une infection ou d'une inflammation des voies urogénitales.

Ces auteurs pensent qu'une intervention chirurgicale antérieure peut également être à l'origine d'une obstruction, lorsque des tissus de cicatrisation bloquent le tractus génital. Une varicocèle (présence de veines variqueuses dans le scrotum, sac fibromusculaire entourant les testicules) peut contribuer à la production de spermatozoïdes de mauvaise qualité. Les

varicocèles du scrotum, observées dans 21 à 41% des cas d'infertilité masculine, sont en général corrigées avec succès par la chirurgie.

Ils pensent tout de même que les problèmes d'infertilité masculine peuvent également provenir d'une libération défectueuse du sperme dans les voies génitales féminines, situation pouvant être due entre autre à l'impuissance sexuelle ou à l'éjaculation précoce.

De même, Frydman et Schilte (2013) en dénonce quelques causes :

Une atteinte à l'épididyme : les testicules font leur travail mais leur système de distribution est déficient à raison d'une infection vénérienne ou d'une anomalie congénitale (déformation, absence ou obstruction des conduits dû à un mauvais développement des voies excrétoire au système embryonnaire).

La non descente des testicules dans les bourses : la spermatogenèse n'est possible qu'à une température maximale de 33°C et non de 37°C, donc les testicules doivent être hors du corps (il est préférable que la fixation du ou des testicules se fasse chirurgicalement à la puberté).

Une varicocèle, ou plusieurs varices du testicule induirait une augmentation de chaleur ayant des conséquences néfastes sur la spermatogenèse.

Une infection antérieure ; celle-ci a pu passer inaperçu car une infection est parfois difficile à détecter notamment si elle siège au niveau de la prostate, ce qui est fréquent, ou du canal déférent.

Une maladie sexuellement transmissible ; parfois la tuberculose ou certains parasites tropicaux ;

Une lésion post traumatique : chaque testicule est approvisionné en sang grâce à une artère mais il suffit que celle-ci soit obstruée pendant plus de 6 heures pour que le testicule qu'elle irrigue soit définitivement détruit. D'où les douloureuse conséquences sur la fécondité de choc traumatique et d'intervention chirurgicale à proximité des vaisseaux testiculaires, c'est notamment le cas lorsque, par exemple, on a été opéré d'une hernie inguinale au cours de l'enfance.

De même si l'on n'a pas été soigné rapidement d'une torsion testiculaire, on peut également rencontrer les difficultés de fécondité ; Une lésion des tubes séminifères peut être la

conséquence d'oreillons contractés après la puberté. Le virus, lorsqu'il atteint les testicules, région du corps qui l'attire particulièrement, infecte les tubes séminifères. L'orchite qui s'ensuit laisse des lésions dans 30% des cas. Heureusement, elle s'installe rarement dans les deux testicules, tout au plus dans 10% des cas, laissant une fécondité intacte

***Dysfonctionnement de la spermatogenèse.*** La spermatogenèse est la production des spermatozoïdes ; elle se déroule dans les testicules sous l'effet des hormones mâles. Selon le dictionnaire Doctissimo, toute inhibition de la spermatogenèse, qu'elle soit engendrée par la maladie, les médicaments, la malnutrition ou encore une augmentation de la température des testicules c'est-à-dire la cryptorchidie ou encore la varicocèle aboutit sans doute à une infertilité.

Selon (Rives et al., 2000), les études méiotiques effectuées sur des biopsies testiculaires d'hommes infertiles révèlent des anomalies d'appariement des chromosomes, qu'il s'agisse d'appariement incomplet, d'absence d'appariement (asynapsis) ou d'appariement anormal (hétérosynapsis), pouvant conduire à un arrêt précoce de la spermatogenèse au stade méiotique ou à la production de gamètes aneuploïdes par défaut de ségrégation méiotique des chromosomes.

De même (Rives 1999) pense que les anomalies de nombre des chromosomes peuvent être détectées dans les noyaux spermatiques par la technique d'hybridation en fluorescence. Les résultats des premières études mettent en évidence, chez des sujets infertiles au caryotype constitutionnel normal, une élévation du taux d'aneuploïdies spermatiques, cette élévation intéressant à la fois les autosomes et les chromosomes sexuels.

Lorsque sont analysés les noyaux spermatiques de sujets présentant un caryotype constitutionnel anormal, par exemple des sujets 47, XXY ou 47, XYY, les mêmes observations sont constatées (Rives et al., 2000) ; Les sujets présentant des altérations quantitatives de leur spermatogenèse ont donc un risque plus élevé d'anomalies chromosomiques pour leur descendance que les sujets fertiles. Ces dysfonctionnements méiotiques sembleraient être un comportement commun à toute spermatogenèse déficiente quel qu'en soit le facteur étiologique.

Cigognes et al. (s.d.) évoquent des problèmes immunitaires ; pour eux, certains hommes produisent des anticorps dirigés contre leurs propres spermatozoïdes conduisant à une motilité

insuffisante de ces derniers ou à des agglutinations (les spermatozoïdes sont liés entre eux par la tête ou la queue et incapables de féconder).

Ces auteurs affirment également le fait que les anomalies des spermatozoïdes, dues à des problèmes de production et de maturation des spermatozoïdes, sont la cause la plus commune de l'infertilité masculine ; Bien que produits en nombre suffisant, des spermatozoïdes peuvent être immatures, présenter des formes anormales ou être incapables de se déplacer correctement, caractéristiques qui les priveront de leur capacité de féconder un ovocyte.

Nombreuses sont des études qui suggèrent que l'exposition à des polluants présents à des doses même très faibles appelés micropolluants dans l'environnement serait responsable d'altérations de la fonction de reproduction masculine et de certaines pathologies testiculaires telles que la diminution du nombre de spermatozoïdes, les cancers, la cryptorchidie, l'hypospadias. Il est donc indispensable de mieux cerner leur impact sur la santé humaine et sur l'environnement afin de caractériser les mécanismes d'action des différentes classes de produits au niveau du système reproducteur et notamment sur la spermatogenèse (Poncelet & Sifer, 2011).

D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (2017), plusieurs mécanismes spermatiques permettent d'expliquer l'infertilité masculine ; entre autres :

L'oligospermie, connu comme étant la cause la plus fréquente, se caractérisant par une diminution du nombre et de la qualité des spermatozoïdes (normalement, au moins 20 millions de spermatozoïdes par ml de sperme). Ces gynécologues pensent que les causes de l'oligospermie restent mal connues, même si plusieurs facteurs tels que l'âge, le tabac, la chaleur, les pesticides, les anomalies chromosomiques, les troubles hormonaux... semblent déterminants.

L'asthénospermie, qui est un défaut de mobilité des spermatozoïdes. Ils estiment que normalement, au moins 40 % de spermatozoïdes sont mobiles dans le sperme. Ce mécanisme est associé à des anomalies de structure des spermatozoïdes ou à des infections.

La nécrospermie se caractérise par une proportion élevée de spermatozoïdes morts dans le sperme estimé à au moins 50 %, cela est généralement dû à une infection.

La tératospermie correspond à la présence de spermatozoïdes de formes anormales.

L'azoospermie qui se définit comme l'absence totale de spermatozoïdes dans le sperme, et peut survenir dans deux contextes à savoir :

Une absence de production de spermatozoïdes par les testicules en raison d'une anomalie chromosomique, de séquelles de chimiothérapie ou de troubles hormonaux ;

Une anomalie de l'évacuation des spermatozoïdes par l'appareil génital, en lien avec une malformation congénitale, une infection sexuellement transmissible ou un traumatisme ;

Des anticorps anti-spermatozoïdes peuvent être produits par l'organisme suite à un traumatisme et peuvent nuire à la mobilité et aux capacités fécondantes du sperme.

L'éjaculation rétrograde, dans laquelle le sperme est éjaculé vers la vessie et non vers l'extérieur, peut entraîner une infertilité. Elle se manifeste généralement dans le cadre de maladies neurologiques ou de complications du diabète.

L'oligo-asthéo-tératospermie (OATS) correspond à l'association d'une oligospermie avec une asthénospermie et une tératospermie.

Au demeurant, les causes de trouble de la spermatogenèse peuvent inclure :

***Les anomalies du développement testiculaire.*** Souvent associées à une non-descente testiculaire ; les facteurs extérieurs tels que la chaleur, le tabac, des traitements médicaux entre autres les chimiothérapies, certains médicaments et l'irradiation ; l'atteinte du testicule par une infection, remarquablement le virus des oreillons ; la varicocèle c'est-à-dire la dilatation des veines péri testiculaires ; un antécédent de torsion testiculaire ; un traumatisme testiculaire ; Des anomalies génétiques ; l'insuffisance rénale ; des troubles hormonaux d'origine hypothalamique ou hypophysaire ; une tumeur testiculaire ; une exposition environnementale. Il convient aussi de signaler la présence de perturbateurs endocriniens qui ont aussi une influence sur le dysfonctionnement hormonal et le développement testiculaire anormal.

***Problème génétique.*** Selon les analyses du laboratoire de biologie de la reproduction du CHU Charles-Nivole (2000), il existe trois principales causes génétiques d'infertilité masculine :

Les anomalies chromosomiques mâles, on peut signaler à ce niveau la défaillance de taille, de forme et de structure des spermatozoïdes ou de nombre de chromosomes ; il peut arriver que le nombre de chromosomes soit suffisant mais que certaines parties soient manquantes ; on parle donc de micro-élection. Les anomalies du caryotype constitutionnel sont 10 à 15 fois plus élevées dans une population d'hommes infertiles que dans la population générale. Les anomalies des chromosomes sexuels, de nombre ou de structure, sont les plus fréquemment observées chez les hommes présentant des altérations de leur spermatogénèse.

Les délétions de chromosome Y ; les parties manquantes d'un chromosome Y entraîne automatiquement la malformation du spermatozoïde ; puisque, du fait de leur absence, les spermatozoïdes peuvent ne pas transporter les informations nécessaires de l'ADN pour qu'une grossesse se produise. Aussi, le chromosome Y porte sur son bras long un facteur appelé AZF (Azoospermia Factor), responsable du contrôle génétique de la spermatogénèse. Des délétions cytogénétiques ou moléculaires du facteur AZF sont retrouvées chez des hommes présentant une azoospermie ou une oligospermie sévère. Le facteur AZF est multigénique, et plusieurs gènes candidats ont été localisés dans cette région.

L'absence congénitale de canaux déférents ; l'absence congénitale de canal déférent (CAVD) est une autre cause génétique d'infertilité. C'est ce conduit qui transporte les spermatozoïdes des testicules vers les conduits d'éjaculation. Son absence provoque ainsi une azoospermie ou une absence de spermatozoïdes. La CAVD est associée au gène responsable de la fibrose kystique, maladie incurable. Les enfants de sexe masculin des hommes souffrant d'une CAVD courent un risque accru d'absence de canal déférent. L'absence congénitale bilatérale des canaux déférents permet d'expliquer 6 % des azoospermies d'origine excrétoire. Des mutations du gène CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) responsable de la mucoviscidose sont retrouvées chez 70 % des patients.

Au demeurant, les infertilités idiopathiques, selon Young (2016) seraient à l'origine de près de 50% des infertilités. L'auteur affirme qu'il s'agit d'hommes ayant une fonction gonadotrope normale et chez qui l'exploration des voies excrétrices n'a pas permis de mettre en évidence d'obstacle. Chez ces patients, explique ce dernier, le caryotype et les explorations génétiques de la première ligne ne montrent pas d'anomalie. Cependant, les altérations de la spermatogénèse testiculaire sont fréquentes, ce qui suggère une maladie primitivement testiculaire. Il serait donc possible que bon nombre de ces atteintes de la spermatogénèse soient d'origine génétique.



## 2.4. Causes environnementales

Il s'agit des facteurs externes ou des mauvaises pratiques pouvant affecter la fertilité humaine. L'environnement influence de manière considérable la santé humaine.

L'impact de l'environnement sur la fertilité masculine prend beaucoup d'importance depuis une quinzaine d'années. Il s'agit ici des facteurs environnementaux qui peuvent être à l'origine de l'infertilité masculine, tels que la pollution atmosphérique, l'exposition des ondes émises par les ordinateurs et les téléphones portables, les métaux toxiques, les pesticides, l'alimentation et même la qualité de l'hygiène de vie.

***Pollution atmosphérique.*** Les radiations ionisantes telles que les rayons X auxquels sont exposés les personnels de radiodiagnostic et radiothérapie, les mines d'uranium et les centrales nucléaires sont à l'origine des anomalies du spermogramme.

Les radiations non ionisantes telles que les rayons ultraviolets, les fréquences radio des personnels de communication et champ électromagnétique des écrans cathodiques, non seulement altère le matériel génétique de l'homme mais aussi augmente les risques d'anomalie du spermogramme.

Les personnels des boulangeries, blanchisseries, textiles, fonderie et même la position assise de longue durée observée chez les chauffeurs routiers sont exposés à une chaleur qui influence la quantité des spermatozoïdes. Pour ce, Diakité (2012) conseille d'éviter les sources de chaleurs très importantes, tels que les bains très chauds, les caleçons et pantalons trop serrés qui gardent les spermatozoïdes au chaud et les altèrent.

Chaque année, précise le rapport du Laboratoire des Granions, l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) répertorie comme toxiques pour la reproduction, certains produits chimiques utilisés dans l'industrie, l'agriculture. Il est conseillé d'éviter le contact avec les substances telles que l'éther de glycol, les composés organiques volatils, les phtalates présentes dans les pesticides et fongicides, les peintures, les détergents.

Par ailleurs, la pollution automobile affecte la fertilité des hommes en ce sens que la qualité du sperme diminue lorsque l'homme est exposé longtemps et quotidiennement aux gaz d'échappement des voitures.

**Les ordinateurs portables –wifi et les téléphones mobiles.** Une étude réalisée en 2004, souligne Diakité (2012) avait révélé que travailler avec un ordinateur portable sur les genoux ou mettre les téléphones à proximité des organes sexuels peut diminuer la fertilité masculine.

Une autre étude démontre qu'à travers la chaleur des ordinateurs, les ondes wifi du portable réduiraient la mobilité des spermatozoïdes. Selon Sheynkin, Jung, Yoo, Schulsinger et Komaroff (2011), l'exposition aux ondes wifi des ordinateurs portables augmenterait la fragmentation de l'ADN et donc altération du code génétique, susceptible d'entraîner la baisse de la fertilité.

**Produits chimiques.** Il faut noter que les solvants organiques qui entrent dans la fabrication de la colle, plastic, caoutchouc, graisses métalliques, teintures, cosmétiques, diluant des peintures, produits de coiffure, dissolvant du nettoyage à sec et bien d'autres libèrent des substances volatiles ayant des répercussions sur la fertilité humaine.

De même, le rapport du Human Reproduction Update (2008) stipule que le stress oxydatif est observé dans pratiquement la moitié des infertilités masculines. En plus du mode de vie stress, alcool, tabac, obésité et des infections en particulier génito-urinaires, d'autres causes de type environnementales ont été avancées comme la chaleur, la pollution. Ososki et Kennelly (2003) évoquent l'exposition aux toxiques comme les métaux lourds et les perturbateurs endocriniens environnementaux présents dans l'environnement quotidien tels que les pesticides/herbicides et certains plastifiants ; des cosmétiques ; des composés naturels comme certaines mycotoxines contaminant les céréales alimentaires peuvent également entraver la reproduction humaine.

On observe chez l'homme, une diminution de la quantité, de la mobilité et des altérations morphologiques des spermatozoïdes ; ainsi que des anomalies chromosomiques au niveau des spermatozoïdes. Les effets néfastes de ces produits seront plus accentués chez les professionnels qui sont exposés à la manipulation régulière, et par conséquent à une forte dose.

Les gaz anesthésiques sont responsables d'une augmentation des risques d'anomalie morphologique des spermatozoïdes chez le personnel des salles d'opérations, des cliniques dentaires et vétérinaires.

**Les métaux toxiques.** D'après Gbetoh et al. (2012), de nombreuses études ont montré une diminution du nombre et de la qualité des cellules sexuelles mâles humaines. La proportion

des couples en âges de procréer consultant pour une infertilité atteint 15% dans les pays industrialisés ; la moitié d'entre eux sont d'origine masculine (Jeanne et al, 2005). Ces auteurs ont signalé l'effet nocif de certaines substances telles que le plomb, le cadmium le gaz d'échappement d'origine automobile et même de facteurs toxiques présents dans notre environnement sur la fonction sexuelle.

Gbetoh et al. (2012) rapportent que ces substances se trouvent dans l'air, l'eau et les aliments. Ils proviennent des rejets industriels, des poissons contaminés par l'eau de mer, de la circulation urbaine, des végétaux qui se trouvent à proximité des sources d'émission et des raffineries du talc, du tabac. Ceci constitue un réel danger pour l'homme du fait des phénomènes de bioaccumulation dans la chaîne alimentaire (CEDA, 1997). Les plus dangereux sont le plomb, le mercure, le cadmium, le chrome et l'aluminium.

*Les métaux lourds.* Les métaux lourds tels que le plomb, c'est-à-dire la poterie, céramique, peinture, pesticides, plomberie, soudure, le mercure de la dentisterie, la céramique, les piles, les pesticides, la photographie, et le manganèse seraient à l'origine de l'augmentation des risque d'anomalie de la spermatogenèse chez l'homme (Diakité, 2012).

D'après Bied-Damon et Mirakan (s.d.), plusieurs études, en particulier suite à une exposition professionnelle, ont mis en évidence un lien entre l'exposition à certains métaux lourds et la baisse du nombre de spermatozoïdes, mais aussi une augmentation du délai nécessaire pour concevoir et une augmentation du risque de fausse couche spontanée (Li et al., 2011 ; Shiau et al., 2004). Selon ces auteurs, le plomb interfère avec la compaction de l'ADN avec la condensation de la chromatine au niveau de la tête des spermatozoïdes, on note une augmentation de la fragmentation de l'ADN et anomalies de l'acrosome.

Chez l'homme, un certain nombre d'études ont montré que le cadmium pouvait entraîner une altération de la qualité des spermatozoïdes : altération de la réaction acrosomique et anomalie de la formation du cytosquelette des spermatozoïdes.

*Les pesticides.* Ces produits sont nocifs chez les agriculteurs, les jardiniers, les pépiniéristes, dans la mesure où ils altèrent considérablement les paramètres du spermogramme chez l'homme et allonge les délais de conception.

D'après Gelebart (2015), une étude publiée dans la revue *Human Reproduction*, a été réalisée auprès de 155 hommes, âgés de 18 à 55 ans. 338 recueils de sperme provenant de ces

hommes ont été analysés entre 2007 et 2012. Les résultats ont révélé que les hommes qui consomment le plus de fruits et légumes chargés en pesticides ont un nombre de spermatozoïdes inférieur de 49%, soit 86 millions par éjaculat contre 171 millions chez les hommes qui en consomment le moins.

Selon cet auteur, la consommation en fruits et légumes des participants a été évaluée par questionnaire. La teneur en pesticides n'a pas été mesurée directement, mais a été estimée sur la base des données du ministère américain de l'Agriculture. Les fruits et légumes consommés ont été ainsi répartis en groupes en fonction de leur teneur en résidus de pesticides à savoir un niveau bas sur des produits tels que les pois, haricots, pamplemousse et oignons ; un niveau modéré, ou élevée sur des produits comme les fraises, épinards, poivrons, pommes, poires.

Au demeurant, le fait de laver et peler ces aliments a été pris en compte dans la mesure où les niveaux de résidus de pesticides les plus élevés dans les fruits et légumes consommés sont associés à une moindre qualité du sperme

**L'hygiène de vie.** Certaines habitudes et /ou comportement peuvent avoir un impact négatif sur la fertilité masculine tels que l'excès d'aliment lié à l'obésité, la consommation d'alcool et de tabac, la pratique sportive intensive. Ainsi donc l'exposition à des sources de chaleur conduisant à une augmentation de la température au niveau des testicules pendant des périodes prolongées ont démontré leur effet négatif sur la production de spermatozoïdes (Wyns, 2012).

Plus encore, certains facteurs environnementaux, ou liés aux modes de vie peuvent aussi affecter la qualité des spermatozoïdes ; il faut signaler qu'une exposition prolongée à des radiations, et même certains traitements anticancéreux peuvent inhiber temporairement ou définitivement la production des spermatozoïdes.

**L'alimentation.** Le stress oxydant, explique Diakité (2012) a été impliqué dans l'étiologie de l'infertilité masculine, en particulier d'origine idiopathique ; des compléments alimentaires, poursuit l'auteur, comprenant des antioxydants, sont souvent prescrits dans cette indication. Aussi l'efficacité d'une supplémentation a été démontrée dans certaines études, en particulier lorsque les hommes avaient un taux élevé de radicaux libres dans leurs spermatozoïdes. Mais dans plusieurs cas, aucun effet bénéfique n'a été observé. Diakité (2012), souligne que les

effets délétères d'un traitement à long terme et à forte dose pourraient apparaître. Il pense que les antioxydants font partir de notre alimentation de façon naturelle ou encore sont présents dans les aliments enrichis.

Il convient, chez les hommes infertiles de toujours faire une analyse des bénéfices et risques liés à la prescription d'une supplémentation en antioxydant. Toujours en rapport avec le stress, l'auteur déclare que dans les conditions physiologiques, de petites quantités d'espèces oxygénées réactives sont produites par des spermatozoïdes et plusieurs piègeurs agissent pour réduire la concentration de ces espèces dans le plasma séminal. Ces espèces donc parle l'auteur sont nécessaires pour la capacitation, la réaction acrosomique et enfin la fécondation.

Par ailleurs, la production excessive ou la réduction de ces espèces engendre un excès de stress oxydatif dans le sperme avec pour conséquence des altérations de l'ADN des spermatozoïdes ; la réduction de la mobilité de ces spermatozoïdes et l'atteinte de l'intégrité de leur membrane. Selon Faure et al. (2011).

Les antioxydants pourraient aider à équilibrer la balance entre la production d'espèce oxygénée réactive et les capture, améliorant ainsi la qualité des spermatozoïdes.

***Le tabagisme.*** Depuis une quinzaine d'années, les études sur les répercussions du tabac sur la fertilité masculine mettent en relief la diminution de la qualité du sperme chez les fumeurs. Selon Diakité (2012) les composantes de la fumée de la cigarette passent la barrière hémato testiculaire et entraîne de ce fait une altération des paramètres spermiologiques et de la qualité du noyau des spermatozoïdes.

Au-delà de cette diminution de la fertilité masculine, le tabac pourrait aussi avoir des répercussions sur la descendance du fumeur. Ceci s'explique par le fait qu'il est exposé aux gamètes de moindre qualité. Il y a des risques accrus de développer un cancer dans la prime enfance ; ceci est dû au fait que le stress oxydatif généré par le tabac soit une des hypothèses les plus probables ; bien que les mécanismes physiopathologiques en cause ne soient pas encore clairement établis.

Chez le fumeur, affirme Diakité (2012), l'ADN peut se fragmenter et compromettre la grossesse. Le Dr Loni Burkman de l'université de Buffalo, précise Diakité, a développé un test appelé Hemizona test qui permet de mesurer la capacité des spermatozoïdes à travers la zone pellucide, qui la dernière barrière avant l'entrée en contact avec l'ovule ; comme résultat

obtenu, 2/3 des spermatozoïdes des fumeurs ont échoué à ce test. Les fumeurs ne sont pas infertiles, dit l'auteur, mais perdent beaucoup en fertilité. Par ailleurs, après l'arrêt complet de la cigarette, les effets du tabac sont réversibles au bout de 3 à 4 mois.

D'après Bied-Damon et Mirakan (s.d.), le tabac est le polluant le mieux documenté quant à son impact sur la fertilité. Il diminue d'environ 30% les chances de concevoir. Une cigarette contient environ 3 000 molécules chimiques se potentialisant : nicotine, cadmium, benzopyrène, acétone, arsenic, toluène, pesticides, chlorure de vinyle. Les effets documentés du tabac se retrouvent à tous les niveaux de la reproduction. Chez l'homme, on note une diminution du nombre et de la mobilité des spermatozoïdes, une augmentation de la fragmentation de l'ADN des spermatozoïdes

Plusieurs études ont démontré les effets délétères de la consommation du cannabis sur la fertilité du couple. En effet, le THC, molécule de la marijuana est nocive sur la capacité de fécondation de l'ovule par le spermatozoïde ; cependant aucune étude n'a encore montré l'effet de la consommation épisodique de cette substance sur la fertilité humaine.

**Alcool.** Diakité (2012) pense que l'alcool réduit le niveau des hormones essentielles à la production des spermatozoïdes et que la consommation d'alcool réduit la quantité de spermatozoïdes en augmentant la quantité des spermatozoïdes anormaux. C'est donc dire que l'alcool est néfaste pour la fertilité masculine. Il serait nécessaire en cas de désir d'enfant ou encore de désir de procréation d'arrêter totalement de boire pendant au moins 3 mois avant ; pour laisser la possibilité de maturation normal au nouveau stock de spermatozoïdes.

Aussi, l'auteur signale que l'alcool à long terme réduit la libido, par conséquent la fréquence des rapports sexuels. Il faut aussi signaler que les effets néfastes pourraient également être réversible 3 mois après l'arrêt de la consommation.

En effet, il ressort du rapport du Laboratoire des Granions qu'un certain nombre de facteurs influent négativement sur la fertilité humaine, comme le tabac, l'alcool, le surpoids ou au contraire l'insuffisance pondérale, la pollution, le stress. Sources de stress oxydatif, ces différents facteurs génèrent des radicaux libres, qui nuisent au bon fonctionnement de l'appareil reproducteur. Dans un corps en bonne santé, les radicaux libres et les antioxydants sont en équilibre. Lorsque l'équilibre est perturbé, le stress oxydatif apparaît. Il survient quand la

production des radicaux libres dépasse la capacité de détoxification de l'organisme, aboutissant à des dommages cellulaires.

***Intimité du couple.*** Diakité (2012) affirme que la fréquence des rapports sexuels est un facteur important qui influence la fertilité ; ceci dans la mesure où la durée moyenne de survie des spermatozoïdes est estimée à 72 heures ; pour ce, il serait conseillé au couple désirant procréer d'avoir les rapports sexuels les 2 ou 3 jours en période d'ovulation. Les chances de grossesse varieraient en fonction de la fréquence des rapports sexuels. Ainsi, pour une fois par semaine, la chance serait évaluée à 16,7% ; deux fois par semaine, la chance est réduite de 32% ; trois fois par semaine elle est réduite à 46% ; mais au-delà de 4 fois par semaine, la chance s'élève à 83%.

Certains facteurs environnementaux à l'origine de l'altération de la qualité du sperme ont fait en sorte que l'on assiste depuis le début du siècle à un déclin du profil spermio- logique de l'homme dans les pays développés.

## **2.5. Bilan clinique**

D'après l'OMS (2010) l'interrogatoire chez l'homme portera sur :

Son âge ; sa profession (exposition à des toxiques, chaleur, aux pesticides ou polluants organochlorés) ; prise de toxiques (tabac, alcool, drogue) ; antécédents génitaux (une ectopie testiculaire ou cryptorchidie, torsion ou traumatisme testiculaire, malformations, infections telles que les IST et oreillons, chimiothérapie et la radiothérapie

## **3. Infertilité psychogène**

Outre les déterminants d'ordre physiologiques, plusieurs études ont montré l'influence des facteurs psychologiques sur la fertilité de l'homme et celle de la femme. Il faut signaler que les connaissances médicales actuelles ne mettent pas encore clairement en exergue l'existence d'une causalité psychique ou psychogène de l'infertilité. Pourtant, Bydlowski (2008) souligne qu'il existe de facteurs de risque à l'interruption, momentanée ou non, de la fertilité. On peut dénombrer plusieurs facteurs psychologiques qui freinent la fertilité. Il s'agit de toute cause ayant trait à la pensée ou à l'esprit chez la personne ayant des difficultés de procréation.

Plusieurs déterminants psychologiques peuvent être à l'origine de l'infertilité dans un couple ; entre autres :

- ***L'inhibition de la fonction sexuelle.*** D'après Freud (1951), la fonction sexuelle est sujette à des perturbations très variées ; et la plupart présentent le caractère d'inhibition simple. Ces perturbations sont groupées sur le terme d'impuissance physique. Freud explique que l'accomplissement de la fonction sexuelle normale présuppose un déroulement compliqué et à ce niveau, la perturbation peut intervenir à chaque étape. Freud cite les différents points auxquels s'établit l'inhibition chez l'homme. Il s'agit :

- De la libido qui se détourne au début du processus, c'est-à-dire le déplaisir psychique ;
- Des conditions physiques préalables qui ne se réalisent pas à savoir (l'absence d'érection),
- De l'acte qui est abrégé avec l'éjaculation précoce ;
- Ou encore ce qui peut être décrit comme symptôme positif ou suspendu avant son terme naturel c'est-à-dire l'absence d'éjaculation ;
- De l'effet psychique qui ne se produit pas c'est-à-dire la sensation voluptueuse de l'orgasme qui n'est pas éprouvée.

L'auteur souligne que d'autres perturbations proviennent de ce que la fonction se trouve liée à certaines conditions particulières de nature perverse ou fétichiste.

Au vue de ces perturbations créées par l'inhibition sexuelle l'angoisse ne saurait être au rendez-vous ; et c'est la raison pour laquelle Freud signale qu'il ne peut nous échapper autant que l'inhibition est en relation avec l'angoisse.

Selon Freud (1951), plusieurs inhibitions sont manifestement des renoncements à des fonctions motivées, par le fait que son exercice provoquerait un développement d'angoisse.

Pour expliquer le problème d'inhibition des fonctions sexuelles, Freud (1951) présente une grande diversité des procédés employés pour perturber la fonction :

1) la libido se détournerait simplement ; ce qui semble le mieux susceptible de réaliser ce qu'on appellera inhibition pure ;

2) l'exécution de la fonction pourrait être détériorée ;

3) cette exécution serait rendue plus difficile par des conditions particulières et modifiées par sa déviation vers d'autres buts ;

4) l'exécution de la fonction pourrait se trouver empêchée par des mesures de précautions ;



5) cette exécution serait interrompue par le développement de l'angoisse pour autant qu'on a pu l'empêcher de commencer ;

6) enfin si la fonction a, malgré tout, été accomplie, qu'une réaction se produise après coup qui proteste contre cette accomplissement et veuille défaire ce qui est advenu.

Fédida (2002) pour sa part souligne que, dans de nombreuses pathologies, les perturbations affectives et sexuelles ont des résonances très puissantes sur l'évolution proprement somatique. Cependant, on constate que les altérations des fonctions vitales sont amplifiées par les événements psychiques au point qu'on ne saurait dire si ce dont le patient souffre est de la maladie d'un organe ou de la maladie d'un manque. Par ailleurs, il ne faut pas négliger, en matière de procréation, la dimension de la synergie du couple et le choix, inconscient, du partenaire infertile pour assurer la protection contre une paternité ou une maternité trop risquée d'un point de vue psychique.

***Les abus sexuels durant l'enfance.*** Les expériences infantiles défavorables ont une influence négative à long ou à court terme et laissent parfois des traces psychiques significatives à l'âge adulte (Damant, 1995 ; Cirillo, 2011 ; Fegert et al., 2012 ; Vaillancourt et al., 2014).

D'après Fegert, Rassenhofer, Sproeber, Schneider, Seitz et König (2012), la définition la plus acceptée des abus sexuels aurait été formulée par Schechter et Roberge dans leurs travaux en 1976 et celles les plus récentes vont dans le même sens (Basile, Saltzman, 2002 ; Kempe, Kempe, 1980) en précisant que les abus sexuels de l'enfant et des jeunes consistent en la participation de ces derniers à des activités sexuelles qu'ils ne comprennent pas du fait de leur âge développemental. Par conséquent, ils ne peuvent pas donner leur consentement en connaissance de cause. Ces activités sexuelles enfreignent des tabous familiaux ou sociaux et servent à satisfaire le besoin sexuel d'une personne plus âgées ou un adulte.

L'abus sexuel, connu sous les concepts de molestation, victimisation sexuelle, exploitation sexuelle ou encore assaut sexuel figure parmi les expériences traumatiques infantiles qui se répercutent à l'âge adulte. Pour Cirillo (2011), l'abus sexuel est considéré comme le plus extrême et dévastateur des abus sur le développement de la jeune victime. Cet auteur se réfère aux travaux de Green (1994) qui non seulement a énuméré les séquelles de cette pratique chez les femmes, mais qui en a également fait mention de la gent masculine comme n'en étant pas épargné.

Alors, parmi les séquelles graves de l'abus sexuel, on peut citer l'anxiété, la dépression, la faible estime de soi, les comportements suicidaires, les drogues et les troubles sexuels. D'ailleurs, il n'est pas rare de diagnostiquer ces troubles (impuissance sexuelles, troubles érectile...) comme conséquences de l'infertilité masculine.

Jongueres (2018) souligne à propos des troubles sexuels que l'éjaculation précoce, l'impuissance, l'absence totale d'érection voire d'éjaculation entraîne parfois des craintes aux hommes concernés des difficultés lorsqu'ils prennent la décision de faire un enfant. Aussi, dans leur revue de la littérature publiée en 2004, Pirard (2010) regroupe les thèmes dominants qui émergent de la littérature consacrée à l'expérience masculine de l'infertilité en trois groupes. On peut noter d'abord la menace sur l'identité sexuelle masculine y compris la dévalorisation de soi en lien avec l'appréciation médicale des examens ; ensuite les troubles sexuels associés à l'infertilité (dysfonction érectile, impuissance psychogène, baisse de la fréquence des rapports sexuels, diminution de la libido...) ; enfin les troubles sexuels associés aux investigations et examens médicaux.

Tricket et al. (2011) expliquent que les agressions sexuelles vécues en bas âge peuvent provoquer le déséquilibre des systèmes neurobiologiques chez les victimes et peut également les rendre plus sensibles aux situations de trahison, de honte voire d'impuissance qui va perturber la vie du couple à plusieurs niveaux. Les séquelles d'agression sexuelle non seulement peuvent jouer un rôle clé dans la formation conjugale mais aussi installent une sorte de peur d'agressivité pendant les échanges sexuels dans le couple ; et cela entraîne une sorte de confusion entre les sentiments de désir sexuel et les craintes d'exploitation (Stevens & Denis, 2009) cité par Vaillancourt et al. (2014).

***L'existence de perturbations dans la filiation.*** Jaoul et al. (2010) ont mené une étude à partir de la constatation clinique, à travers les récits de vie d'hommes infertiles et de l'existence de perturbations dans leur filiation. Cette étude visait à mettre en évidence l'impact de certains événements dans la filiation sur la capacité à procréer. Il en ressort que le projet de devenir père pourrait être entravé par leur difficulté à se situer dans leur généalogie et à s'identifier à leur propre père.

Selon Jaoul (2010) l'infertilité peut être le symptôme d'une historicisation impossible de la filiation du sujet et d'un échec de réaffiliation ancestrale, montrant un rapport perturbé à la filiation et à la temporalité. Cette situation peut être liée tant à l'histoire de naissance du sujet

qu'à la rupture de lien du père avec son propre père, qui est assortie d'un non-dit et d'un vécu encrypté chez le père. Jaoul et al. (2010) pose que les circonstances de l'adolescence du sujet infertile vis-à-vis de son père peuvent empêcher la mise en place d'identification symbolique à un père fort, investissant son enfant. L'auteur présente un père qui s'est montré aimant mais aussi abandonnant. Le sujet ne peut en aucun cas se représenter en tant que père, tant il doit faire face à la douleur de l'infertilité.

Jaoul et al., (2010) fait ainsi l'hypothèse selon laquelle le symptôme comporte, de façon cryptée, des valeurs qui mettent le sujet en rapport avec sa mission inconnue venant des générations antérieures. Ici, la réalisation du désir de devenir père serait inhibée, car susceptible d'entraîner la répétition du drame originare encrypté donc le sujet n'en sait rien et de réactiver la douleur des parents.

***Les représentations de la parentalité.*** Une étude visant à appréhender la complexité des déterminants participant à la construction des choix et des contraintes conduisant à l'absence d'enfant dans un couple a été menée par Donati en 2000. Les résultats ont révélé que le choix volontaire de ne pas avoir des enfants se fonde sur la peur d'investir le rôle de père ou de mère dans sa dimension relationnelle et affective.

Dans son étude consacrée à des personnes qui ont fait le choix de vie sans enfant (Debest, 2014), celle-ci signale que des hommes engagés dans une relation semblent avoir considéré la paternité comme un projet conjugal et non individuel. Ils reconnaissent néanmoins que leur entourage présuppose d'une part la responsabilité de leur conjointe dans l'absence d'enfant, et d'autre part, le peu de crédit accordé aux questions relevant du désir masculin concernant les enfants (Debest, 2017).

***Besoin de liberté.*** Debest (2017) précise qu'en Europe, la non-procréation chez des hommes et des femmes qui auraient pu devenir parents peut aussi être l'expression de leur non-désir d'enfant. Donati (2000) fait savoir que le choix de ne pas avoir d'enfant est régulièrement soulignée dans les études nord-américaines sur les « childless by choice » (Desplanques, 1993 ; Veevers, 1979). De même, les trajectoires masculines de refus d'enfant par choix délibéré se déclinent sous le maître mot de « liberté ».

Ces hommes qui ne désirent pas d'enfant trouvent en leurs amis un central d'investissement identitaire. Donati (2000) précise qu'au même titre que la famille est le lieu

de la reconnaissance de soi par les proches, les amis sont ici les « autrui significatifs » permettant la construction d'une identité « pour soi » positive, cohérente avec l'exigence individuelle de liberté. De même les investissements sportifs très engageants sont aussi des lieux de réalisation personnelle pour ces hommes.

Par ailleurs, dans son enquête qualitative portant sur une cinquantaine d'interviews semi-directif auprès d'hommes et de femmes âgés de 30 à 63 ans, ayant fait le choix délibéré d'une vie sans enfant, Debest (2014), signale que des hommes engagés dans une relation semblent avoir considéré la paternité comme un projet conjugal et non individuel. Ils reconnaissent néanmoins que leur entourage présuppose d'une part la responsabilité de leur conjointe dans l'absence d'enfant, et d'autre part, le peu de crédit accordé aux questions relevant du désir masculin concernant les enfants.

Contrairement à ces couples qui luttent contre vents et marrées pour satisfaire leur désir d'enfant, certains en restent indifférents. D'ailleurs, une étude visant à appréhender la complexité des déterminants participant à la construction des choix et des contraintes conduisant à l'absence d'enfant dans un couple a été menée par Donati en 2000. Les résultats ont révélé que le choix volontaire de ne pas avoir des enfants se fonde sur la peur d'investir le rôle de père ou de mère dans sa dimension relationnelle et affective.

Cet auteur précise qu'en Europe, la non-procréation chez des hommes et des femmes qui auraient pu devenir parents peut aussi être l'expression de leur non-désir d'enfant. Donati (2000) fait savoir que le choix de ne pas avoir d'enfant est régulièrement soulignée dans les études nord-américaines sur les « childless by choice » (Desplanques, 1993 ; Veevers, 1979). De même, les trajectoires masculines de refus d'enfant par choix délibéré se déclinent sous le maître mot de « liberté ».

Ces hommes qui ne désirent pas d'enfant trouvent en leurs amis le central d'investissement identitaire. Donati (2000) précise qu'au même titre que la famille est le lieu de la reconnaissance de soi par les proches, les amis sont ici les « autrui significatifs » permettant la construction d'une identité « pour soi » positive, cohérente avec l'exigence individuelle de liberté. De même les investissements sportifs très engageants sont aussi des lieux de réalisation personnelle pour ces hommes.

**La complaisance somatique.** Proposée par Freud, elle éclaire l'existence de l'intrication du psychique et du somatique. Cette cause sera élucidée par des auteurs tels que Bydlowski, Faure-Pragier, Debray, Fedida.

Pour Bydlowski (2008), l'infertilité correspondrait à l'action d'un frein défensif, tant psychique que biologique, qui s'exercerait contre la fertilisation, à un stade ou à un autre du processus (ovulation, rencontre et compatibilité des gamètes, nidation).

Avec Faure-Pragier (1997), on admet de dire qu'un enfant se conçoit autant par l'esprit que par le corps ; l'infertilité s'entend alors comme un trouble somatique et l'expression d'un conflit psychique. La logique n'est pas celle d'une causalité linéaire mais circulaire mais quant à ce qui concerne l'acte reproductif, l'enchevêtrement du psychique et du biologique paraît être la règle, alors, l'influence réciproque du psychisme et du corps obéit à la récursivité.

Quant à Debray (2001), dans son expérience, dit-il c'est probablement autour des aléas de l'accès à la parentalité que le point de vue psychosomatique, et en particulier la référence à l'économie psychosomatique, trouve sa plus parfaite illustration. Ainsi donc devenir père c'est accepter de prendre place dans la succession des générations, après son père et avant son fils, ce faisant rentrer dans le rang, c'est-à-dire de reconnaître le caractère fini de la vie humaine.

C'est la peur de la paternité qui plonge certains hommes dans la situation d'infertilité ; ainsi, l'homme qui renonce à cela découvre lui-même que l'origine de sa peur de la paternité se trouve dans son angoisse d'être père, c'est-à-dire dans le sentiment qu'il a de sa fragilité et de sa précarité (Lefèvre, 2000). L'auteur précise que l'angoisse d'être père n'est plus un sentiment intra mondain ; mais plutôt se réfère à la transcendance par rapport au monde. A cela s'ajoute la difficulté de l'élaboration de l'œdipe et le poids des loyautés parentales.

On peut chez l'homme, dénombrer plusieurs facteurs psychologiques de la fertilité.

**L'angoisse de devenir père.** L'infertilité d'un humain ne peut être prise en compte qu'à la fin de sa vie reproductive. D'ailleurs de nos jours, les scientifiques s'accordent sur le fait que l'infertilité ne soit pas une maladie de l'homme ou de la femme. Nevjinsky (1990) pense que les futurs pères infertiles se sont tournés dans leur enfance ; surtout quand il s'agit des garçons qui, face à l'abandon maternel, ont investi leurs pères d'une fonction maternant. L'auteur pense que leur évolution et leur valorisation affective soient devenues fondamentalement dépendante du père et de sa fierté ; raison de plus pour l'enfant de chercher à s'identifier à ce dernier ;

surtout s'il a été suffisamment bon ; mais si par contre ce père idéalisé a été souvent fragile, lointain et terrifiant voire violent ; alors comment s'identifier dans ce cas ?

Par contre Chabert (2000) met en relief la possibilité d'une construction de la paternité complexifier en disant qu'une mise à l'épreuve insoutenable de la capacité à se défaire des figures parentales, notamment dans leurs incidences, devient tout à coup insoutenable, pris dans le halo des fantasmes mortifères qui dénoncent le désir de prendre la place de l'autre.

Aussi, pense Dollander (2009), le projet d'enfant conduit presque automatiquement le futur père à envisager consciemment sa propre mort puisque sa survie dépendra de celle de cet être fragile ; l'apparition de l'enfant inscrit en filigrane la disparition de ses parents, ainsi cette confrontation à la finitude peut venir submerger l'homme d'une angoisse de mort insupportable et inhiber complètement l'idée de la procréation. Il faut donc noter que l'incapacité pour certains hommes de procréer est liée à des fantasmes d'immortalité et du retour à l'âge d'or de l'enfance.

Pour certains hommes, du fait d'avoir été confronté au deuil douloureux et non élaboré, se refusent de mettre au monde un être mortel. Ces hommes auraient été confronté, dans leur enfance, à la perte d'une mère ou encore une mère absorbée dans son deuil ne favorisant pas les pulsions de vie (Dollander, 2009).

Delaisi de Parseval (1988) évoque l'idée d'un deuil non fait d'un membre de la famille qui peut compromettre la naissance d'un enfant. Cet auteur pense que cette absence de travail de deuil est particulièrement susceptible d'être à l'origine de phénomène de « délégation » ; les liens de loyauté ici sont en cause, liens intenses et personnalisés, tissés, au cours de la tendre enfance du sujet entre lui et ses parents.

***La peur de perdre la place de fils.*** Hurstel (2004), pense que la paternité représente une crise existentielle au cœur de laquelle survient un glissement symbolique le long de la chaîne généalogique. De même, cité par Dollander (2009) Missonier (1998) et Darchis (2000), soulignent que le projet de prolonger la lignée et de mettre au monde une descendance implique de se vivre à la fois comme issu et différent de ses propres enfants, enfin de se situer comme grand parent et réorganiser la constellation intra familiale et inter générationnelle.

L'approche systémique éclaire le symptôme de l'infertilité en prenant en compte les phénomènes transgénérationnels. Se projeter dans la paternité nécessite de quitter le statut

d'enfant afin de pouvoir occuper une place nouvelle dans le chaîne des générations de manière à céder sa place d'enfant à sa propre descendance (Legendre, 1985). De même, perdre sa place auprès des parents en devenant père est source d'angoisse d'anéantissement ; ce qui pourrait exaucer une force inhibitrice sur la procréation.

L'infertilité peut donc être comprise comme symptôme introduisant une rupture de la chaîne de filiation qui relie l'individu à ceux qui l'ont précédé et aussi à ceux qui le succéderont (Dollander, 2009). Pour Granet (1995), la difficulté d'accession à la paternité chez certains hommes est liée au fantasme de meurtre de l'ascendant, l'infertilité pourrait ainsi correspondre, face à ce désir d'enfant ressenti comme parricide.

Certes, l'accession à la paternité permet de rembourser la dette de vie contractée à l'égard de ses parents (Bydlowski 1997) ; mais il semble que certaines dettes soient trop lourdes pour permettre l'accession à la paternité ; aussi, des sentiments trop forts de haine, de vengeance, à l'égard de ses parents, viennent barrer la transmission et entraînent des refus conscient ou inconscients de procréer.

***La Difficulté d'élaboration de l'œdipe.*** La difficulté d'accession à la paternité pourrait être liée à la difficulté d'élaboration de l'œdipe père-fils, soit à des écueils dans la dimension mère-fils. Ainsi l'individu pense à l'impossibilité d'entrer dans une relation de rivalité par crainte de rétorsion (Dollander, 2009). L'angoisse soulignée par Nevjinsky (1990) est ainsi liée à l'expression d'un désir, prorogatif paternel. Cette incapacité fantasmatique retentit chez l'homme en couple et les symptômes sexuels empêchent l'arrivée de l'enfant et par conséquent permet de ne pas être père.

Plus encore, Gonzales et Nevjinsky (1992) voient la difficulté d'accession à la paternité sur un autre versant. Les auteurs pensent que le rapprochement excessif du jeune garçon vers sa mère est un paramètre à ne pas négliger ; en fait certains futurs hommes infertiles se seraient vus investi comme enfant-phallus, objet du désir de leurs mères. Il se pose aussi le problème de la méconnaissance de la figure paternelle interdictrice qui, en entretenant le fantasme œdipien, interdit l'identification de l'adolescent à son père.

***Le poids des loyautés parentales.*** L'infertilité d'un sujet peut être la conséquence d'un conflit de loyauté et donc d'une impossibilité à se situer entre les attentes contradictoires émanant des deux familles dont il est issu. Heireman (1989) souligne le fait que certains parents

donnent toujours sans jamais être capables de recevoir de leur enfant ; ce dernier se charge d'une lourde dette qu'il ne pourra tenter de régler que par l'inhibition sexuelle ou encore l'infertilité.

Le sentiment de culpabilité d'un garçon vis-à-vis de son géniteur peut aussi entraîner l'inhibition sexuelle chez dernier et par conséquent entraîner l'infertilité.

Boszormenyi-Nagy (1991) reprend un exemple cité par Martin Burber au sujet d'un jeune homme qui a trahi son père en le dénonçant à la gestapo. L'homme trahi a été saisi et tué. Le jeune homme qui accumule une culpabilité existentielle avoue que son père a été tué sur la base de sa dénonciation et le dommage a été fait. Il peut donc développer un sentiment de culpabilité par rapport à ce qu'il a fait ; il peut payer sa culpabilité existentielle par le fait de devoir subir sa souffrance psychologique. Alors si à jamais il consulte un psychanalyste efficace qui réussit à lui enlever sa culpabilité psychologique, il deviendra encore plus coupable dans un sens existentiel puisqu'il ne paiera plus le prix d'une culpabilité psychologique. Il est donc cliniquement possible, signale Boszormenyi-Nagy (1991), de développer des symptômes psychosomatiques ou des comportements autodestructeurs. La culpabilité existentielle se mesure donc en termes de mérite et de dommage causés à autrui ; alors que la culpabilité psychologique s'apprécie au travers des sentiments de la personne elle-même.

La culpabilité existentielle, du fait d'être toujours relationnelle peut engendrer des dommages chez l'auteur de l'acte ; dans d'autre cas l'enfant peut se voir parentifié c'est-à-dire appelé à se sentir responsable de ses parents. L'enfant parentifié est en risque de perdre la capacité d'engagement dans une relation d'autant plus qu'il s'y rajoute souvent une rancune parentale à son encontre (Michard, 2005).

Toujours en rapport avec la parentification, Albernhe et Albernhe (2008) soulignent que ce phénomène fait en sorte que l'enfant devient parent de ses parents et leur consacre toutes ses forces, quitte à s'oublier lui-même ; oublier qu'il peut accorder du temps à son conjoint. Boszormenyi-Nagy et Spark (1973) signalent que la parentification est « une manœuvre d'exploitation, semblable à un double-lien ; officiellement les parents sont autoritaires et demandent à l'enfant une obéissance propre à son rang hiérarchique, clandestinement ils attendent qu'il se comporte dans une position de contribution dans laquelle ils l'ont placé » (P.164).



De même, l'homme infertile peut avoir perdu la confiance dans le monde humain du fait d'avoir eu à expérimenter la manipulation et l'exploitation des générations antérieures. Un tel homme ignore l'expérience relationnelle d'une fiabilité dans une confiance méritée (Michard 2005). L'homme infertile peut aussi être au service du projet d'un autre membre de sa famille c'est-à-dire qu'il pourra se rendre inconsciemment pas infertile (Dollander, 2009), ne réalisant pas ainsi un projet propre, mais le projet d'une autre personne tel que son père, sa mère ou encore sa grand-mère, comme s'il était contrôlé par elle (Delaisi de Parseval, 1988).

Plus encore, l'infertilité concerne les deux membres du couple à l'inverse des conflits et des clivages de loyauté dans la « parentification », les parents d'un membre du couple qui vivent en conflit ou séparés peuvent faire équilibre pour coincer leur enfant, en déléguant le soin de s'occuper de fardeaux liés au « désastre » du mariage (Michard 2005). L'enfant va dans ce contexte jouer le rôle de soignant, de bouc émissaire.

Boszormenyi-Nagy et Spark (1973) soulignent que la parentification est toujours une attente de prescription de rôles, et cette attente inconsciente des parents ou de l'un des parents font échouer les efforts de maturation de l'enfant qui en devient captif ; et au final ce dernier est au centre d'un dilemme complexe d'autant plus qu'il ne peut vivre sa vie d'enfant puisqu'il doit nier ses besoins, suspendre sa croissance et son développement. Pour ses engagements loyaux en direction de ses parents, il ne reçoit que des réponses ambivalentes, en effet, il ne peut jamais se substituer aux grands-parents et dénouer les injustices originelles dont ses parents ont souffert.

Dollander (2009) pense que la forte différenciation des conjoints rend la relation de couple dysfonctionnelle ; c'est-à-dire, la fusion émotionnelle qui les caractérise devient en effet, elle-même, source d'anxiété qui se traduit fréquemment par l'apparition des troubles somatiques chez l'un des deux partenaires.

Aussi, lorsque la relation de couple prend les allures d'une relation parent-enfant ajoute Dollander (2009), chacun des membres du couple occupe à tour de rôle, la place de l'enfant de l'autre ; chacun attend alors du conjoint, protection et « maternage » dans une relation de dépendance. Dans ces couples, les sentiments d'amour parental s'investissent sur le conjoint.

La place de l'enfant dit Cahen (1978) est occupée, il n'y en a plus pour l'enfant réel ; ou celui-ci viendrait perturber un équilibre déjà précaire ; plus encore, certains membres des

couples font tout, ensemble, étude, travail, vie quotidienne ; chacun s'est choisi son jumeau et s'étonne qu'il ne vienne pas d'enfant (Bydlowski, Dayan-Lintzer et al., 1983). Ces auteurs posent aussi que les deux membres d'un couple ne se choisissent certes pas, que ce soit pour servir leur organisation inconsciente soit pour se montrer loyaux envers leurs origines familiales ; et certains couples semblent se fonder sur le projet inconscient de ne pas avoir d'enfant. Cahen (1978) pense que ces couples sans enfants se sont constitués en fonction d'un désir inconscient de rester dans une relation duelle ; dans ce système clos, l'enfant est exclu.

Pour Maers (1997), il semble que les difficultés de procréation d'un nombre important de couples tiennent également à leur enfermement dans une charnière entre le couple conjugal et le couple parental. Ainsi, il y aurait à la fois conflit et confusion entre ces deux niveaux de couple ; c'est-à-dire conflit entre les règles du couple conjugal et celles du couple parental et confusion car les difficultés de devenir du couple parental engendrent une crise conjugale et réciproquement, le projet de procréation est ainsi perturbé. De même, certains couples demeurent dans une adolescence éternelle où le projet de procréation n'a pas de place ; derrière cette idée de favoriser le couple conjugal, peut se profiler une défense contre la confrontation à la finitude.

Plusieurs études, signale Pirrello-Parnot (2015), montreraient l'influence de facteurs psychologiques qui pourraient jouer un rôle dans l'infertilité. Parmi ces derniers, écrit l'auteur, on peut trouver les abus sexuels durant l'enfance, à l'âge adulte et même des violences domestiques (Plichta, 1996 ; Harrop-Griffiths et al., 1988 ; Walker et al, 1995) qui pourraient créer certains handicaps, empiétant ainsi sur la fertilité de cette personne. Laplane et al. (1995) cité par Pirrello-Parnot (2015), ont expliqué le fait qu'un vécu dépressif accroît le risque d'infertilité.

Contrairement à ces études, celle de Stoléru et al. (1993) s'est intéressée aux représentations parentales des sujets, souligne Pirrello-Parnot (2015). Il en a conclu que les femmes qui se représentaient positivement la maternité et les hommes qui intégraient leur désir d'enfant à leurs relations sexuelles étaient significativement plus fertiles que ceux qui ne le faisaient pas.

#### 4. La souffrance du couple face à l'infertilité

Gillots (2006) dit de la souffrance qu'elle est une sensation pénible ressentie dans une partie du corps, c'est en même temps un sentiment pénible synonyme d'une douleur morale. Sur ce point de vue, on dira de la souffrance qu'elle est physique et morale ; ces deux aspects sont intimement mêlés. Ceci dans la mesure où il est fréquent d'observer les signes physiques d'une souffrance ou d'une tension psychique. Une expérience douloureuse d'après cet auteur est narcissiquement éprouvée d'autant plus qu'elle met à l'épreuve notre estime de nous-même et en même temps nos structures psychiques de base. C'est donc une douleur vécue. L'OMS (2010) définit la douleur comme étant une expérience sensorielle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou décrite comme telle ; il est ici question de ressenti propre du sujet.

Selon Gillots (2006), la souffrance et par ricochet la douleur, est très subjective, elle est plutôt décrite par la personne qui la vit, même si parfois sa description correspond aux lésions observables et au diagnostic médical. D'après cet auteur, la douleur est ce que le patient en dit, même si sa description allie des lésions observables et des lésions utilisées comme métaphore des sensations et émotions éprouvées.

Neuberger (2013) en matière de souffrance psychique dans le couple en distingue deux : la souffrance individuée et une autre liée à la participation à un groupe, celui du couple. Il pense que dans les souffrances individuées, le sujet contient la clef qui peut le soulager alors que dans celle liée à la participation du couple, il n'en détient qu'une partie puisque l'information est répartie entre les membres du couple nous prenons ici l'exemple d'un couple infertile où un membre a déjà un enfant d'une précédente union la souffrance dans ce cas est individuée

L'auteur pense que certaines souffrances psychiques sont infligées par le sujet lui-même du fait de sa constitution névrotique c'est-à-dire une compulsion de répétition qui ne lui impose pas la souffrance. Dans ce cas, son objet de souffrance est lui-même. Pour le cas de l'homme infertile, il se met seul la pression d'avoir un enfant, donc il contient lui-même la clef de sa souffrance (Neuberger, 2013). Le fait de faire partir d'un couple peut induire des souffrances chez un sujet, dans ce cas, il n'en détient pas la clef donc l'explication de sa souffrance est parcellisée, souligne Neuberger (2013) ; le sujet souffrant ne possédant qu'une partie de la clef. Il faut noter que certaines attaques aux rituels du couple, peuvent engendrer une perte de confiance dans la valeur du couple. Ces attaques selon Neuberger (2013) peuvent être la venue des enfants, les décès, les maladies, des problèmes professionnels et bien d'autres événements.

#### 4.1. Souffrance liée à l'annonce de l'infertilité

L'annonce de l'infertilité masculine signalant un manque ou une perte, est un obstacle à l'épanouissement du couple. La douleur que cela engendre est la plupart de temps commune aux membres du couple (Jaoul, 2013). Cette blessure est encore plus douloureuse chez l'homme qui, se percevant pourvoyeur de spermatozoïdes, se sent coupable de ne pouvoir assurer ses responsabilités ; coupable de ne pouvoir donner d'enfant à sa conjointe. D'après Chaby (2010), quand un diagnostic d'infertilité de cause masculine est posé, le sperme est disqualifié et dévalué, le pénis est vécu comme un traître et c'est tout le pouvoir de donner du plaisir et d'en prendre qui est affecté.

Cette impossibilité de transmettre ou encore de connaître la joie que procure l'arrivée d'un enfant dans leur foyer est vécue douloureusement et va entraîner chez des victimes, une véritable violence s'accompagnant souvent d'un vécu de dévalorisation (Epelboin, 2008), des réactions proches de celles d'un deuil (Fauré, 1995) ou d'une maladie grave ; engendrant ainsi l'incrédulité, parfois déni, recherche désespérée d'une cause, révolte, jalousie, sentiment d'injustice, et bien souvent culpabilité et perte de l'estime de soi (Pirrello-Parnot, 2015). D'après Trouvé (2004), il arrive que pour brouiller les pistes, les couples déclarent une infertilité partagée ; par cet aveu, les deux membres se solidarisent autour de cette difficulté de conception.

Selon Dubreuil (2009), ce temps du deuil est un temps où le sujet blessé par la perte réelle de l'objet doit faire face à la séparation d'avec celui-ci, et, sous le coup du déplaisir, réinvestit sa libido sur lui-même, mais garde sa capacité à la réinvestir sur d'autres objets, après que le déplaisir ait cédé au refoulement. Le deuil porte ainsi sur un objet qui a cessé d'exister. D'après Teg-Nefaa Tadong et Baba Adongo (2013), les couples infertiles passent par des étapes similaires au processus de deuil décrit par Kubler-Ross (1969) à savoir : déni, colère, marchandage, dépression et acceptation. De nombreuses personnes se sont mariées avec un fort espoir de devenir mères et pères. Cependant, la possibilité d'infertilité a commencé à leur apparaître après plusieurs mois de rapports sexuels non protégés avec leur partenaire sans conception. Même là où aucun diagnostic officiel n'a été établi, beaucoup ont déclaré s'être mis en colère en raison de tentatives infructueuses de devenir enceintes ou de mettre leur femme enceinte. Le déni, humeur mixte de déni de colère ou une fluctuation entre la colère et le déni ne sont pas rares chez ces patients infertiles. Le déni est facilité par l'hypothèse que, puisque leurs parents sont fertiles, ils pourront également engendrer des enfants.

Boudet-Loubère et al. (2012) font remarquer que l'annonce des résultats négatifs suite à l'examen du spermogramme provoque chez l'homme un véritable séisme psychique, qui peut entraîner déni et incrédulité tenaces d'autant plus que chez celui-ci, l'impossibilité de devenir père vient signifier l'incapacité à transmettre un capital génétique, un nom, une culture familiale. Cette situation sur un plan fantasmatique, replonge ce dernier dans la réalisation de la menace de castration redoutée dans l'enfance. Castration issue des désirs incestueux du petit garçon pour sa mère lorsqu'il s'agissait de se débarrasser du père pour prendre sa place auprès de la mère, cette étape peut être interprétée comme un deuil dans la mesure où il y a une perte ; celle de la mère. Cette lecture psychodynamique, déclarent les auteurs, éclaire les sentiments de culpabilité et d'impuissance, le questionnement sur la virilité et même le secret souvent rapporté autour de l'existence de l'infertilité.

Aussi, le désir de procréation chez l'homme aujourd'hui ou encore son aspiration à devenir père ne se résout pas uniquement par le fait d'avoir un enfant, ou à faire rayonner son image aux yeux de la société, mais et surtout à satisfaire son lien de filiation biologique. Ce lien de filiation biologique étant défini par Guyotat (2000) comme étant ce par quoi un individu se relie et est relié par le groupe auquel il appartient, plus précisément à ses ascendants et descendants réels et imaginaires. Il faut ainsi avoir une descendance biologique pour satisfaire son lien de filiation. Ainsi donc, l'infertilité, le manque d'enfant, l'absence de descendance, lorsqu'elle est subie, est un grand traumatisme. Jaoul (2011) ajoute qu'il est mis en place une sorte de sidération psychique, un conflit affectif dès qu'une ombre est portée sur le projet d'enfant par un retard rencontré à sa réalisation.

D'après Pirrelot-Parnot (2013), la souffrance des patients infertiles est semblable à celle des personnes qui vivent un deuil. Il s'agit d'un ensemble des processus psychologiques qui sont mis en train par la perte d'un objet aimé et qui aboutissent couramment à ce que le sujet renonce à cet objet (Bowlby 1942). L'objet dont il est question est ce vers quoi est dirigé une action ou un désir ; c'est-à-dire ce qui est nécessaire au sujet pour parvenir à la satisfaction instinctuelle ou encore ce avec quoi il établit une relation (Rycroft 1982).

Il convient de rappeler que dans la littérature psychanalytique, les objets sont presque toujours des personnes, des parties de personnes ou des symboles des uns ou des autres. Ainsi donc la perte crée un choc émotionnel et peut être vécue comme deuil. Plusieurs auteurs ont évoqué le fait que, lorsqu'un couple consulte pour le problème d'infertilité, l'homme

contrairement à la femme qui est toujours prête (Cailleau, 2006), est plus attentiste, par ce qu'il ne sent pas le compte à rebours imposé par l'horloge biologique (Mimoun & Chaussin, 1999).

La souffrance de l'infertilité chez l'homme explique Jaoul (2013), peut prendre plusieurs aspects à savoir la dimension narcissique, lorsqu'elle remet en cause sa virilité ou la dimension objectale lorsqu'elle est tournée vers l'autre. L'auteur fait comprendre que l'annonce d'une stérilité entraîne les mêmes réactions que celles d'un deuil ou d'une maladie grave à savoir la révolte, la jalousie, la culpabilité, la recherche désespérée d'une cause ; et c'est la raison pour laquelle le chemin vers l'acceptation est trop long.

Certaines études faites sur les hommes infertiles, signale Jaoul (2013), indiquent que ce sentiment d'infertilité est particulièrement anxiogène et peut être responsable de dysfonctionnement sexuelle du fait du lien entre fertilité et sexualité, d'ailleurs, la moitié des hommes à qui on apprend une anomalie du sperme présente les difficultés érectiles transitoire à l'annonce de l'infertilité ; cet annonce entraîne chez certains des réactions dépressives profondes et durables, un fonctionnement psychique « abrasé » .

La souffrance de l'infertilité est également perçue d'un point de vue générationnel, dans la mesure où elle est liée au non règlement de la dette de vie à l'égard des parents, à l'impossibilité de s'acquitter d'une dette trans générationnelle ; Bydlowski estime que l'annonce de l'infertilité est difficilement avouable au père de l'homme infertile ; d'ailleurs l'impossibilité de devenir père peut signifier, dans la lecture œdipienne inconsciente, la réalisation de la menace de castration redoutée dans l'enfance.

Selon Bydlowski (2016), la souffrance morale et la détresse sont la conséquence de l'infertilité ; par ailleurs, ce manque d'enfant serait la conséquence de cette souffrance. L'auteur classe l'infertilité en deux groupes : l'infertilité organique ou un mécanisme physiologique a pu être découvert et l'infertilité idiopathique, énigmatique ou ce mécanisme a été absent

Les patients victimes de l'infertilité idiopathique sont ceux dont les médecins n'ont pas été capables de résoudre leurs problèmes. Il est difficile dans ce cas d'apporter la preuve formelle à leur infertilité. Il est connu que les événements de la vie ont une influence immédiate sur la fonction de reproduction ; par exemple, les effets de l'émotion qui sont retrouvés chez les deux partenaires (homme et femme) ; d'autant plus que chez l'homme la spermatogenèse peut être modifiée par la fatigue ou le stress psychique.

Les auteurs psycho dynamiciens trouvent en l'infertilité des conflits psychiques. Ils y cernent tel ou tel aspect non résolu du conflit individuel. Pour cela, Bydlowski (2016) considère l'infertilité comme symptôme en soi, inducteur de souffrance et nécessitant une consultation médicale. C'est également une affaire de couple et non d'un seul partenaire par ce que chacun des deux partenaires a de bonnes raisons inconscientes de rester infertile.

Pour Bydlowski (2016, P. 154), « *l'infertilité n'est pas une maladie en soi ; puisque la non-venue de l'enfant est un champ frontière de la médecine* ». C'est le raffinement des techniques médico chirurgicales, qui permet de reporter cet état à une causalité somatique reléguant les cas non désignés par un désordre anatomophysiologique dans la catégorie des stérilités de cause inconnue.

Pour Blassel (2002), psychanalyste et psychothérapeute de couple, la souffrance psychique résultant de l'interaction renvoie aux diverses théories de la relation d'objet. Le sujet va dépendre de sa pulsion, de son objet et ne pourra s'en affranchir que par une satisfaction ; sa souffrance commence seulement quand la permanence de l'insatisfaction le contraint à interroger les motivations de son choix à désinvestir le lien et à assumer une séparation (Robion, 2002). Dépendant de sa pulsion, le sujet est également dépendant d'un objet pour se satisfaire, ainsi donc, l'action sur l'objet est un mouvement naturel du sujet pour réduire sa tension interne. Ceci par ce que plus la tension et la frustration augmentent, plus le sujet renforce son emprise sur l'objet (Denis, 1999).

Le sujet est alors sous la dépendance de l'objet, il est confronté à la réponse pour retrouver sa stabilité interne. Dans le cas d'espèce, l'objet de désir de l'homme est l'enfant ; ainsi donc, tant qu'il n'y a pas d'enfant, la pulsion est loin d'être satisfaite.

Freud (1904) précise que l'homme énergique et qui réussit ; c'est celui qui parvient en réalité à transmuter les fantaisies du désir. Quand cette transmutation échoue par la faute des circonstances extérieures et de la faiblesse des individus, celui-ci se détourne du réel : il se retire dans l'univers plus heureux de son rêve ; en cas de maladie, il en transforme le contenu en symptôme. Dans certaines conditions favorables, il peut encore trouver un autre moyen de passer de ses fantaisies à la réalité, au lieu de s'écarter définitivement d'elle par régression dans le domaine infantile.

Alors, lorsque l'instance parentale, dont on craignait qu'elle ne procède à la castration, devient impersonnelle, le danger devient lui-même plus indéterminé. L'angoisse de castration évolue en angoisse morale, en angoisse sociale. Il n'est maintenant plus aussi aisé d'indiquer ce que redoute l'angoisse. La formule : « séparation, exclusion de la horde », ne concerne que cette partie du surmoi qui est apparu tardivement et s'est développé en s'étayant sur des modèles sociaux et non pas le noyau du surmoi qui correspond à l'instance parental introjecté. Pour s'exprimer plus généralement, c'est à la colère, à la punition du surmoi, à la perte de son amour que le moi donne une valeur de danger et c'est à elle qu'il répond par le signe d'angoisse.

Freud (1951) objecte que la perte d'objet (la perte de l'amour de la part de l'objet) et la menace de castration sont des dangers qui menacent de l'extérieur au même titre qu'une bête féroce par exemple et qu'ils ne sont donc pas des dangers pulsionnels

Sachant qu'en Afrique et précisément au Cameroun, l'équilibre familial s'atteint grâce à une série d'actions répétitives, qui déterminent de manière supra-individuelle, l'identité et les fonctions des uns et des autres (Dollander 2009) ; une pathologie individuelle comme l'infertilité est susceptible d'ébranler le groupe familial. L'auteur souligne que les troubles psychosomatiques liés à l'infertilité peuvent être entendus comme des manifestations de loyauté invisible, chez un sujet qui nie son intérêt pour l'engagement relationnel envers une personne significative de sa famille. Bien plus, la nécessité pour un fils d'élaborer un fantasme de continuité biologique le reliant à son père lui donne satisfaction d'avoir été engendré par son père et l'inscrit ainsi dans un ordre filial.

Morin (1998), suggère que le fils accepte sa place dans la filiation, pas uniquement par crainte d'angoisse de castration, mais par le désir d'être fils de ce père. C'est donc un secret de filiation ou encore l'angoisse plus ou moins consciente de transmettre une tare héréditaire, qui entrave la procréation (Bydlowski, Dayan-Lintzer et coll., 1983). L'infertilité est donc considérée comme un symptôme introduisant une rupture de la chaîne de filiation qui nous relie à ceux qui nous ont précédés et à ceux qui nous succéderont (Dollander, 2009).

#### **4.2. Angoisse liée à la perte de la fertilité**

L'angoisse de la perte commence depuis le plus jeune âge. Et à Freud d'expliquer que l'angoisse de la naissance aussi bien que l'angoisse du nourrisson ait pour condition déterminante la séparation de la mère. Cela ne nécessite pas une interprétation



psychologique car le fait biologique l'explique assez simplement : la mère qui d'abord avait satisfait tous les besoins du fœtus par les dispositions somatiques de la grossesse, continue après la naissance encore, à remplir la même fonction, du moins partiellement par d'autres moyens. Alors, l'absence de cette mère est le danger à l'occasion duquel le nourrisson donne le signal d'angoisse, avant même que la situation économique redoutée ne soit instaurée. L'angoisse apparaît comme le produit de l'état de détresse psychique du nourrisson, corrélative, cela va de soi, de son état de détresse biologique.

Aussi, Freud (1951) pose que le fait que la perte de l'objet soit la condition déterminant l'angoisse, ceci peut nous mener bien plus loin encore. D'après l'auteur, la première forme que prend ultérieurement l'angoisse, à savoir l'angoisse de castration, qui survient à la phase phallique, est-elle aussi une angoisse de séparation soumise à la même condition déterminante de la perte d'objet. Le danger est ici la séparation de l'organe génital. Selon une ligne de réflexion indiquée par Ferenczi et qui semble pleinement justifiée, nous pouvons ici clairement reconnaître la chaîne des relations que cette angoisse entretient avec les premiers contenus de la situation de danger.

D'après Fonagy (2004, P.39), « *Ce qui est perdu dans la perte, ce n'est pas le lien, mais l'occasion de mettre en place un mécanisme de régulation à un niveau supérieur : la capacité d'appréciation et de réorganisation des contenus mentaux* ». Selon cet auteur, signale Pillet (2007), l'environnement relationnel précoce est crucial non point parce qu'il façonnerait la qualité des relations ultérieures mais parce qu'il sert à équiper l'individu d'un système d'élaboration mentale qui va produire des représentations mentales de soi et de l'autre et des représentations de relations. En réalité, l'effet de l'attachement précoce, c'est l'effet sur les processus mentaux sous-jacents de la personnalité : la capacité à se représenter soi, les autres, la relation soi-autre de façon positive et négative. John Bowlby dans ses travaux a ouvert une voie féconde à la recherche avec la notion d'*attachement*, instinctuel et même pulsionnel, sur lequel se fonde essentiellement la relation entre la mère et l'enfant, mais qui peut être présent également dans toute relation humaine de dépendance.

De même, au sujet de l'amour de la personne aimée, Freud (1951, P. 71) déclare qu'« *il est vraisemblable que le loup nous attaquerait quelle que soit la façon donc nous nous comportons envers lui, alors que la personne aimée ne nous retirerait pas son amour et nous ne nous verrions pas menacé de castration, si nous nourrissions, en notre fort intérieur certains sentiments et certaines intentions* ». Freud (1951) souligne qu'à une certaine époque de la vie,

ce qui est d'un intérêt primordial, c'est bel et bien que les personnes dont on dépend ne retirent pas leur tendre sollicitude. C'est ainsi que plus tard, lorsque le petit garçon ressent le père ci puissant comme rival par rapport à la mère, ou encore lorsqu'il s'aperçoit les tendances agressives qu'il nourrit contre lui, et des intentions sexuelles qu'il a envers la mère, il a bien raison d'avoir peur de son père et l'angoisse d'être puni par lui peut, en étant renforcée par le facteur phylogénétique, se manifester comme angoisse de castration.

#### **4.3. Obsession à donner une vie**

C'est justement parce qu'on désire avec sa pensée, son âme et son corps, que le désir est l'appétit essentiel avec conscience de lui-même (Petit, 2004). Cette force d'appétit, Freud (1922) la nomme libido, c'est-à-dire la manifestation dynamique dans la vie psychique de la pulsion sexuelle. Il précise au sujet du désir d'enfant, que les enfants satisfont notre désir d'immortalité (Freud, 1899).

Il faut ainsi rappeler qu'à l'origine des centrations post-freudiennes sur l'objet, il y a la théorie des pulsions (Dubreuil, 2009). Comment donc comprendre la manifestation de cette pulsion chez les personnes infertiles ? Freud (1904), pose que le fondement du désir chez l'être humain se trouve dans les toutes premières excitations internes, c'est-à-dire dans le chaos pulsionnel initial résultant d'une situation de besoin qui exige une satisfaction. C'est par la notion d'étayage qu'il va faire la distinction entre les excitations pulsionnelles liées aux besoins vitaux c'est-à-dire la pulsion de conservation, pulsion du Moi et celles liées à l'ensemble des désirs à savoir la pulsion sexuelle, la libido et l'Éros (Corbeil, 2016).

Il s'agit dans le cas d'espèce des pulsions de vie (donc le but est la liaison) qui tendent non seulement à conserver les unités vitales existantes, mais à constituer, à partir de celles-ci des unités plus englobantes (Freud, 1920). L'auteur souligne qu'il existe chez tout organisme individuel cette tendance à maintenir son unité et son existence (pulsion de conservation, libido narcissique). Sous ces formes, la sexualité se définit comme principe d'union c'est-à-dire union des individus dans l'accouplement, union des gamètes dans la fécondation (Laplanche et Pontalis, 1967). Ceci explique le pourquoi du désir d'enfant poussé chez certains couples infertiles.

De même, arguant sur le désir d'enfant, Bydlowski (1997) insiste sur le fait qu'on peut :  
« admirer la force de cette pulsion universelle qui entraîne les humains à procréer, quelles que

*soient les circonstances et malgré les guerres, les crises et les famines, alors même qu'ils ont appris à l'éviter* » (1997, p. 65); par ce que « *ce qui est désiré ce n'est pas un enfant, c'est le désir d'enfant, c'est un désir d'enfance, c'est la réalisation d'un souhait infantile* » (1980, p. 87). Cette psychanalyste nous donne la définition suivante : « *Le désir d'enfant serait la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmission de l'histoire personnelle et familiale* » (1997, p. 139).

En enfantant, un homme rencontre son propre père, le devient, le prolonge en se différenciant de lui (Bydlowski, 2016). Il ne sera pas rare de trouver dans les travaux de Bydlowski (1999) le terme « désir d'être père ». Elle situe ce désir du côté de la dette de vie, du devoir de transmission et de filiation ; et précise qu'en fait, plutôt que de désir d'enfant, il faut parler de désir d'être père, de fonder une lignée, de s'identifier en rivalisant son père.

Il faut noter que dans la plupart des sociétés africaines, et précisément au Cameroun, la naissance du premier enfant est considérée comme une étape essentielle du processus matrimonial puisqu'elle valide l'alliance entre deux familles (Radcliffe-Brown, 1950, P.49). En effet tout mariage est supposé être suivi d'une naissance (Abéga, 1992 ; Lyons, 1991 ; Marguerat, 1983 ; Paarup-Laursen, 1987). La naissance d'un nouveau-né contribue à assurer la continuité du groupe ; ainsi donc, l'importance d'un enfant est très grande non seulement pour les vieux jours des parents mais aussi pour la pérennisation des valeurs ancestrales (Yana, 1988).

Albernhe et Albernhe (2008), insiste sur le fait que l'arrivée d'un enfant accentue encore l'autonomie du jeune couple par rapport à sa famille et cet événement renforce bien davantage l'engagement de ce couple dans le système familial. Ce nouveau rôle de parents fait que les jeunes époux soient plus clairement perçus comme des individus adultes et non plus comme de grands enfants ; mais dans le même temps, leur progéniture les engage plus avant dans la totalité du réseau familial, tandis que de nouveaux liens se forment et que les anciens changent de nature.

Par ailleurs, depuis Aristote (1900), la semence masculine est réputée posséder l'omnipotence reproductrice (Delumeau, 1990) ; ainsi donc, seuls les caractères de la semence des hommes se transmettent au fil des générations, le ventre des femmes n'étant que la matrice. Sur cette logique, pour devenir père/homme en Afrique en générale et au Cameroun en

particulier, il faut pouvoir s'inscrire dans une filiation, se situer, à la suite de son père, dans l'ordre des générations.

Aussi, Bydlowski (2000) affirme que la vie n'est pas un cadeau gratuit. Elle porte en elle-même l'exigence de transmettre, de rembourser ce qui a été reçu, de reconnaître que le don de vie, promesse à la fois d'immortalité et de mort, implique aussi la reconnaissance d'une dette existentielle entre le parent et son enfant. Ainsi donc le désir d'enfant, l'aspiration à devenir père /homme pour l'africain se décline en plusieurs aspects entre autre le fait de mettre au monde un enfant ; créer la richesse pour garantir ses vieux jours, prolonger sa lignée ; avoir du prestige dans la société. D'ailleurs, la venue d'un enfant revêt un caractère particulier dans la mesure où elle devient pour le sujet qui transmet la vie, un moment de réalisation de soi, de remboursement de la dette vis-à-vis de ses parents, sa famille et de la communauté entière (Nguekeu, 2015). Réalisation de soi dans ce sens où ce qui avait été reçu de Dieu, des ancêtres, est désormais donné, transmis et l'image sociale en porte désormais la marque (Fokouo, 2006).

Bydlowski (2008) souligne que l'enfant sera toujours celui qui manque à l'appel pour venir combler tous le chagrin et toutes les blessures de la vie. Pour ce, la souffrance de la femme en situation d'infertilité serait plus marquée par cette incomplétude, car elle se sent différentes des autres femmes, incapable de porter un enfant ; cette dernière du fait de la pression sociale et des naissances dans son entourage, se sent différente et contrainte à s'isoler. Elle sent son estime de soi fragilisée car elle vit sorte d'amalgame entre féminité et accès à la grossesse.

Jaoul (2011) renchérit en disant que l'infertilité, le manque d'enfant, l'absence de descendance, lorsqu'elle est subie, est un grand traumatisme. Ses effets sont comparables à ceux du deuil. La sidération psychique, le conflit affectif se mettent en place dès qu'une ombre est portée sur le projet d'enfant par un retard rencontré à sa réalisation. Cet affolement psychique survient parfois très tôt après l'arrêt de la contraception, quelquefois au contraire bien plus tard, comme si le temps s'était provisoirement arrêté. En bref, ne pas avoir d'enfants peut diminuer la reconnaissance et l'absence d'enfant involontaire peuvent conduire à un sentiment d'échec et de déception, qui, à son tour, devrait réduire le sentiment de bien-être des gens.

#### **4.4. Stigmatisation sociale**

Selon les résultats d'une étude menée par Teg-Nefaah Tabong et Baba Adongo (2013) au Nord du Ghana, les couples infertiles sont socialement stigmatisés et exclus des rôles de

leadership dans leurs communautés. Les couples sans enfants se voient refuser l'appartenance au monde ancestral, perdant ainsi la possibilité de revivre. Les hommes et les femmes ont des relations sexuelles avec plusieurs partenaires pour prouver leur fertilité. Les hommes et les femmes souffrent des effets sociaux de l'absence d'enfant. Le désir d'avoir des enfants biologiques dans une société nataliste se traduit par des pratiques malsaines.

Ces auteurs soulignent que les femmes sans enfants dans leur vieillesse sont souvent qualifiées de sorcières et abandonnées par leurs proches. Ces femmes n'ont pas le droit d'interagir ou de s'occuper des enfants d'autrui car elles sont souvent accusées d'avoir « mangé » tous les enfants dans leur ventre et pourraient ensorceler et causer la mort des enfants d'autrui. Les hommes sont stigmatisés et sont qualifiés d'hommes aux testicules pourris ou avec un pénis mort. Ils sont ainsi décrits pour la simple raison que les testicules sont censés produire des spermatozoïdes ; l'incapacité d'un homme à féconder la femme signifierait que les testicules ont perdu leur fonction. Un pénis solide est également nécessaire pour transporter les bébés préformés (spermatozoïdes) pour le corps de la femme. Par conséquent, selon les croyances culturelles locales, les spermatozoïdes sont des humains préformés. Alors, un pénis qui ne pourrait pas effectuer cette tâche est donc qualifié de mort. De telles étiquettes expliquent Teg-Nefaah Tabong et Baba Adongo (2013), aboutissent à l'isolement social des hommes qui n'ont pas d'enfants de peur d'être ouvertement insultés et disgraciés.

Toujours des mêmes auteurs, on retient que la stigmatisation vécue par les couples infertiles ne se produit pas seulement de leur vivant, elle persiste également après le décès de ces personnes. Les couples sans enfants se voient refuser l'appartenance au monde ancestral. Les rituels qui confèrent l'appartenance au monde ancestral ne peuvent pas être exécutés car une pratique voudrait que les enfants du défunt aillent dans la brousse pour récolter un bâton spécial qui sera conservé dans la salle ancestrale après certains rituels symboliques marquant l'atteinte du monde ancestral par le défunt. Ce rite de passage est très important dans la vie de tout adulte car, indique la transition finale de l'individu vers le monde ancestral. La croyance générale est qu'il y a un autre monde après la mort et que les individus qui deviennent ancêtres auront la possibilité de revivre. Si cela ne se produit pas, cela implique l'extinction de la lignée familiale et des troubles pour l'âme du défunt. On pense que de telles âmes errent et n'atteindront jamais leur créateur.

## **5. La souffrance liée au parcours d'AMP dans le couple**

On peut évoquer l'anxiété de l'attente des résultats, les contraintes de la technique, l'absence d'intimité, l'échec qui est comparable à un deuil et bien d'autres.

### **5.1. Anxiété de l'attente des résultats**

D'après la psychologie moderne d'A à Z, l'anxiété est un sentiment d'inquiétude, un état d'alerte ; elle est une forme atténuée de l'angoisse et s'en différencie physiologiquement. L'anxiété n'est pas ressentie comme un état que l'on subit, elle est vécue au plus intime de nous-même, s'incorporant à notre être moral. Elle peut parfois être stimulante voire paralysante et peut modifier nos défenses actives ou au contraire signaler à notre conscience la naissance d'un dérèglement profond.

D'après Squires et al. (2008), le parcours pour devenir parent en situation de PMA est long, pénible du fait de l'attente et même des déceptions. Il serait semé d'embûches, le découragement étant possible. Aussi, précisent les auteurs, cette pratique nécessite une persévérance excessive, voire un certain acharnement, entraînant espoir, anxiété, déception en cas d'échec, tension de couple, médicalisation, anxiété si succès. Ces auteurs pensent qu'en dehors des fragilités individuelles, le parcours du traitement de l'infertilité pourrait, en soi, être déstabilisant. Il n'est donc guère facile pour des patients infertiles déjà blessés narcissiquement de se projeter à ce moment de deuil (échec de l'AMP) dans l'avenir.

D'après Takefman (2009), certaines études montrent qu'en dépit de l'insistance des couples à entrer dans les protocoles d'AMP, près de 60% d'entre eux abandonnent les tentatives au bout de trois essais, même quand le pronostic médical est bon. Selon Jaoul (2009), la prise en charge par l'AMP est tout à la fois source d'espoir et l'occasion de nouvelles Souffrances dans la mesure où la souffrance de l'infertilité qui a été déniée ne disparaît pas. D'après l'auteur, malgré les informations reçues sur le taux de succès statistiquement attendu, la déception est très grande lorsque la grossesse ne survient pas.

Jaoul (2009) explique que la prise en charge de la souffrance de l'infertilité et du vécu émotionnel du parcours d'AMP est souvent difficile lorsque la grossesse ne survient pas rapidement. Cette déception, recouvrant les deuils antérieurs peut engendrer des traumatismes.

Cet échec, perçu comme un second deuil chez l'homme infertile qui vit déjà un drame dans son couple du fait de ne pouvoir donner d'enfant à sa conjointe, va créer en ce dernier un état de tristesse profonde envahissant plus ou moins tout le champ de sa conscience (Ey et al., 1989). Angladette et Consoli (2004) soulignent que même après un deuil normal, il existe une reviviscence de souvenirs accompagnée de tristesse. Selon les auteurs, la victime se trouve incapable d'exprimer sa douleur morale qui est faite de sentiments forts et vagues, de découragement, de désespoir et de regrets. Il a une impression d'autodépréciation, d'impuissance, d'incapacité ; se reproche de ne plus pouvoir aimer comme auparavant. Il s'agit de l'anesthésie affective. Ey et al. (1989) soulignent qu'en cas de perte d'un objet aimé, les affects dépressifs (ceux qui expriment l'insatisfaction et la tension des pulsions sont présents chez la victime, « *leur tonalité qualitative est celle de la douleur, de l'angoisse et de la tristesse* » (P.105).

Les conséquences de l'échec de l'AMP impactent sur la vie relationnelle du couple. A ce propos, Jaoul (2010) met en relief le cas d'un couple reçu en entretien après échec de PMA. L'auteur met l'accent sur le fait que, supportant mal les larmes et les moments de découragement ; Cette position de force inébranlable augmente leur sentiment d'être les seules à souffrir et amène une grande frustration dans le couple. De même, lors des séances, plus la douleur de la blessure féminine s'exprime, plus l'homme s'efface dans son fauteuil, sans réponse à ce déferlement de griefs ; sa souffrance et sa tristesse sont tangibles, ce qui échappe le plus souvent à son épouse, toute à sa douleur. Par ailleurs, lorsque la parole leur est donnée, ils prennent soin de passer par l'entremise de leur femme pour rétablir une circulation dans le couple. La souffrance des partenaires est vraiment remarquable en cas d'échec de l'AMP.

## **5.2. Technique très contraignante**

Bourdet-Loubère et Pirlot (2012) précisent que les femmes et les hommes ne ressentent pas la même chose face à l'annonce de l'infertilité, puisque les premières sont dominées par le sentiment d'urgence, elles voient le délai de procréation très court contrairement aux hommes. Il faut souligner qu'après 40 ans, les chances pour les femmes de mettre au monde un enfant vivant et bien portant sont réduites en moins de 10%. C'est ce qui justifie le fait que les femmes soient plus affectées par l'infertilité de leur mari que ces derniers. Ces auteurs expliquent que la souffrance de la femme ou encore sa déception ne réside pas seulement sur le fait de ne pas recevoir l'enfant qu'elle espère tant, mais surtout de ne pouvoir expérimenter cette grossesse qui est perçue comme une fusion mère-enfant.

Bourdet-Loubère et Pirlot (2012), ont mené une étude qualitative et exploratoire destinée à évaluer le vécu psychologique et subjectif des hommes en situation d'infertilité dont les épouses bénéficient de FIV-ICSI en milieu hospitalier ; ceci dans ses aspects relationnels avec sa conjointe d'une part et le personnel soignant d'autre part. Quand l'homme présente une infertilité sévère affectant le nombre, la mobilité et /ou la morphologie des spermatozoïdes, l'équipe pluridisciplinaire propose au couple une FIV avec micro injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte généralement appelé ICSI. C'est quand cette technique est infructueuse qu'on peut proposer une IAD. En contexte d'AMP, quel que soit la pathologie d'origine, c'est la femme qui reçoit la grande partie des traitements, soulignent ces auteurs. Elles se sentent ainsi surexposées aux traitements, à leurs contraintes et leurs effets indésirables. Pourtant l'homme prend en quantité négligeable. L'homme se sent la plupart de temps coupable non seulement de ne pas être capable de donner l'enfant à sa conjointe mais de lui faire subir les différents traitements médicaux (Bourdet-Loubère et al., 2012) et même traditionnels.

Le souci de l'homme est de témoigner sa virilité à travers une grossesse portée par sa compagne. Bourdet-Loubère et Pirlot (2012) expliquent que malgré le développement des techniques de PMA, l'infertilité masculine demeure difficilement avouable pour l'homme infertile. Alors, quand un diagnostic de cause masculine est posé, l'organe sexuel masculin est dévalué, la virilité est remise en question ; le sperme est disqualifié, le pouvoir du donner du plaisir et d'en recevoir est affecté. Ceci provoque chez l'homme un véritable séisme.

Kadio-Moroko (2012) pense que l'éprouvant bilan médicale pourrait constituer la première difficulté ; ceci par ce que quand bien même l'infertilité vient de l'homme, c'est la femme qui subit les traitements hormonaux ; cela peut également avoir un impact sur son comportement et engendrer un caractère qui bouleverse la vie du couple. Il faut dire que l'attention de la femme est focalisée sur les multiples traitements, ponctions et transfert ; ce qui le plus souvent prend énormément de temps et pourrait entraîner les problèmes de couple.

Les rapports sexuels deviennent programmés ou interdits, ce qui peut également créer un dégoût des rapports sexuels. La périodicité et le temps alloué aux différents faits par la femme peuvent aussi perturber sa vie professionnelle, ce qui serait aussi difficile à gérer par cette dernière. Le recueil du sperme est une étape impérative pour l'homme le jour de la ponction ; une incapacité à le faire serait non seulement très mal vécue par ce dernier mais aussi très mal interprété par la partenaire qui croirait à un manque de volonté chez son conjoint.



D'après Peloquin (2018), les traitements sont difficiles pour la femme car ils sont invasifs et douloureux et ils le sont pour les deux partenaires. Ceux-ci y fondent leur espoir et le taux de réussite varie seulement entre 10 et 40 % sans prendre en compte les finances du couple.

D'après Girard Elodie et al. (2017), bien que la plupart des couples s'adaptent aux diverses phases de la procédure PMA, il a été noté que plus d'un tiers des patientes abandonnent après le premier cycle de traitement. Les études qui se sont intéressées à ce phénomène d'abandon (drop out) ont noté l'importance et l'impact de la charge émotionnelle sur l'aboutissement de la pratique. Ils ont également signalé de liens indirects entre les facteurs psychologiques et ce phénomène d'abandon. Mention a été faite sur les répercussions émotionnelles liées aux traitements et leur impact psychologique trop grand (Domar, 2016 ; Gameiro et al., 2012 ; Gordon et al., 2012).

Au demeurant, le vécu de l'infertilité met en exergue une crise de type existentielle chez les couples d'autant plus que ceux-ci voient leur intégrité physique et psychique remis en cause. Les répercussions émotionnelles, la détresse sont engendrent la plupart de temps frustration, colère, impuissance (Girard et al., 2017) ; tout ceci rend la démarche de PMA longue et douloureuse. Le couple fait le deuil de sa fertilité c'est à dire le deuil de la maternité, de la paternité, le deuil de l'enfant du lit puisqu'ils vont se retrouver finalement en train de faire recours à un don de gamète.

## **6. La souffrance face à l'IAD**

Faire face à l'IAD n'est pas neutre d'un point de vue psychique, encore qu'elle génère une charge émotionnelle non négligeable. Nous retrouvons une batterie de répercussions psychologiques chez un africain infertile à qui on propose une insémination artificielle avec le sperme d'un donneur alors qu'il ne s'y attendait pas. Cette situation est empreinte de stress, de l'anxiété et des états dépressifs.

**Le stress.** Les réactions psychiques aux stressés sont selon Ey et al (1989, p. 146) « *des réactions anxieuses déclenchées par un choc émotionnel.* » Dans le cas d'espèce, le choc donc il est question est la proposition d'IAD à un conjoint infertile qui jusque-là avait la certitude de pouvoir féconder son épouse via son propre liquide séminal. Il va donc manifester une brusque décompensation d'un déséquilibre affectif précaire.

Ces auteurs font remarquer que les symptômes pathologiques sont en rapport avec des événements actuels de la vie ; que le seuil de l'angoisse est à cet instant anormalement bas ; que les symptômes sont essentiellement des réactions affectives violentes ; et que ces réactions mettent en jeu des tendances plus ou moins conscientes. Tous ces états soulignent-ils suivent le plus souvent des traumatismes brutaux, mais peuvent aussi chez certaines personnes qui sont prédisposées surgir à la suite d'événements pénibles et moins dramatiques. Les réactions psychiques aux événements pénibles peuvent entraîner de la fatigue névrotique ; dû au contexte d'anxiété. Cette fatigue va résulter des tensions de conflits ou encore de refuge contre ces conflits.

D'après Ey et al (1989), la différence entre la fatigue et la dépression réside dans la perte de l'estime de soi qui caractérise cette dépression suite à un échec, un abandon, une perte comme celle de sa fertilité dans le cas d'espèce introduisant ce sentiment de dévalorisation et de découragement ; expression de l'angoisse et de lutte épuisante. Ces auteurs pensent que les états les plus graves de la fatigue névrotique surviennent à la suite d'une série de « stresses » émotionnels, impliquant ainsi des réponses psychophysiologiques « d'épuisement » dans la perspective des travaux de Selye.

L'endocrinologue, psychologue et physiologiste Selye (1907-1982), pense que le changement brutal survenant dans les habitudes d'une personne jusque-là équilibré, est susceptible de déclencher un bouleversement dans sa structure psychique et même somatique. Il définit la notion de stress comme étant l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un événement donné. En 1956, il fait ressortir le concept diagnostique « le syndrome général d'adaptation » (SGA), qu'il définit comme étant un ensemble des modifications qui permettent à un organisme de supporter les conséquences physiopathologiques d'un traumatisme naturel ou opératoire. Il pense que le stress est une réponse non spécifique du corps à toute demande qui lui est adressée. Alors, il existe une réponse spécifique de l'organisme qui réagit au froid en produisant de la chaleur, de même, qui réagit à l'effort physique en sécrétant l'hormone qui stimulera l'organisme. Ainsi donc, quel que soit la nature du stimulus, l'organisme répond de façon non spécifique avec des changements biochimiques identiques destinés à faire face à toute demande accrue imposée au corps ; ceci consiste à maintenir un état d'équilibre ou une sorte d'homéostasie.

Alors, si l'ampleur de l'événement stressant ne dépasse pas les capacités de réponse normale, l'organisme n'en subira pas les conséquences ; mais si par contre les ressources de

l'organisme sont insuffisantes, des problèmes de tout ordre peuvent survenir, le système d'adaptation du corps s'épuise en ce moment et les conséquences du stress deviennent néfastes (Ruelle, 2015)

D'après Lazarus et Folkman (1984a, P. 19) « *le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être* ». Pour ces auteurs ce ne sont pas les caractéristiques objectives d'une situation stressante, mais son évaluation et son retentissement propre à chaque personne (subjectif) qui modulerait la relation entre le contexte aversif et l'état de l'individu (émotionnel, somatique). Dans le cas d'espèce, l'événement hautement stressant est la proposition d'IAD à un conjoint africain infertile. Ce qui apparaît le plus stressant est la menace de son intégrité physique (incapacité à produire des spermatozoïdes de qualité) et même psychologique (emprunt chez un donneur).

***L'anxiété et les états dépressifs.*** D'après Guelfi (1993), l'anxiété normale ou pathologique est un ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes somatiques ou psychiques, des modifications comportementales et des signes physiologiques objectifs. Un malaise anxieux peut se caractériser par divers troubles tels que les attitudes, les représentations, les pensées centrées sur des thèmes désagréables (l'échec, la peur, la mort) ; les attentes et sentiments de menace diffuses ; la souffrance comportementale (trouble psychomoteur, pleurs etc) trouble de l'humeur, irritabilité, plaintes et même de la souffrance somatique (troubles neurovégétatifs, trouble du sommeil).

Le syndrome dépressif comprend des affects négatifs tels que le découragement, la tristesse, les craintes, les soucis et parfois l'hostilité et la méfiance. On peut également noter certaines cognitions particulières entre autres les idées d'indignité, de dévalorisation de soi, de culpabilité, les sentiments d'échecs, les idées suicidaires ; des troubles comportementaux tels que le retrait, la fuite, l'isolement, le ralentissement, l'expression triste ou figée ; les troubles somatiques tels que la fatigue, la faiblesse, les troubles de sommeil et de l'appétit, les céphalées, les vertiges et même les troubles digestifs (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Notons également que la symptomatologie anxiodépressive a été remarquée chez les participants à cette recherche suite à la passation de l'échelle HADs. Plusieurs items renvoyant à l'anxiété et aux états dépressifs ont été cochés

Selon les approches psychanalytiques, précisent Bruchon-Schweitzer (2002), la présence des affects négatifs, des cognitions particulières, troubles de comportement et somatiques, évoquent soit la perte d'objet ou le fantasme de perte, des besoins de dépendance insatisfaits ou une inhibition de l'agressivité. On comprend que ces manifestations ne sont pas anodines chez le conjoint africain infertile qui est confronté à la perte de sa fertilité, situation qui l'oblige à emprunter contre son gré le sperme d'autrui s'il veut devenir père. Il est évident que Freud rattache cette situation à la psychopathologie de deuil dans la mesure où il apparaît là une situation de perte.

Pour les théories cognitivistes soulignent Bruchon-Schweitzer (2002), les troubles seraient induits par des événements négatifs ou par des carences de renforcements positifs. D'après les cognitivistes, c'est la façon donc chaque individu se représente un événement qui joue un rôle étiologique. Beck (1987) par exemple pose que la dépression résulte de l'interaction entre les événements stressants et les cognitions erronées (dominées par le thème de la perte, par une vision négative de soi, du monde et de l'avenir), ce qui conduit à des sentiments d'infériorité, d'échec et de désespoir.

D'après Bruchon-Schweitzer (2002), les formulations récentes de la théorie de l'attribution expliquent que c'est la tendance généralisée à attribuer ses échecs à des causes internes, stables et globales qui serait l'un des précurseurs de la dépression. Ainsi donc, l'interaction entre le style attributionnel et certains événements aversifs incontrôlables activerait les cognitions d'impuissance- désespoir et faciliterait l'émergence des symptômes dépressifs.

La souffrance liée à la pratique de l'IAD peut être également analysée du point de vue de poids des loyautés familiales, la peur d'une maladie génétique, la non ressemblance aux ascendants, le sentiment d'ambivalence, le poids de la culture, le poids du secret et les difficultés financières.

### **6.1. Poids des loyautés familiales**

Selon Boszormenyi-Nagy (1973), chacun est porteur d'une dette d'existence envers ses parents, dette qui résulte du fait même de la naissance et de la bienveillance prodiguée ; ainsi, la loyauté de sang, la loyauté originelle est une redevance envers la famille d'origine (P.52). Bydlowski (2000), souligne que « *la loyauté aux parents se détermine à partir du don*

*de la vie ; vie qui d'une manière, n'appartient pas à celui qui l'a reçue ; vie qu'il doit redonner par l'intermédiaire du nom aux générations futures »* (P.174). Michard (2005) dans le même ordre d'idées que précise qu'il suffit qu'un homme discerne le visage de son fils qui vient de naître pour qu'il soit dédouané.

Bien plus, il faut reconnaître avec Bydlowski (2000) que le désir d'enfant est inexistant à l'adolescence. Dans la mesure où les représentations œdipiennes sont encore très fortes. Le jeune adolescent traverse une crise dont l'enjeu est la conquête d'une identité au parent. A ce niveau, intervient une ambivalence dans le sentiment. L'image de la mère chez la jeune fille ne peut être qu'un modèle à la fois tendre et haï ; pareille pour le jeune garçon à l'égard de son père.

Il va donc se créer un lien de dépendance agressif à l'égard de l'image maternelle pour la jeune fille ; et à celle du sexe opposé pour le garçon. Et Bydlowski (2000, p. 49), explique que « *cette situation est insupportable pour cet enfant encore infertile* ». Ce lien de dépendance agressif pouvant durer jusqu'à la première maternité ou encore la première paternité. Cette parentalité qui advient au-delà de trente ans témoigne « *de la prolongation de l'adolescence psychique alors que la maturité sociale est souvent déjà acquise* » (p 50).

Bydlowski (2016), affirme qu'au moment même où s'édifie l'enfant biologique (le fœtus) se tisse pour lui un tissu de représentation unique et non reproductible. Laquelle représentation fera toujours surprise, irréductible à une répétition de plus sur le destin de ses ascendants. Donner la vie se joue ainsi sur un double registre : produit de la répétition de l'inconscient de ses parents, l'enfant est porteur d'avance des avatars de leur désir. De même ces marques seront aussi transmises de façon inconsciente en même temps que le souffle biologique à leurs descendants.

L'auteur met aussi l'accent sur le versant symbolique de la paternité qui passe par la nomination : « le patronyme est le représentant du devoir de gratitude, véritable dette de vie qui lie le sujet devenu père à ses ascendants » (2000, p. 102).

Pour ce qui est de l'identification au père, Dollander (2000) souligne que les modalités de l'accession à la paternité à l'âge adulte s'étaient sur la construction identitaire du garçon. Du même avis, Dollander (2009), soutient que la paternité peut constituer un risque subjectif majeur chez des hommes qui sont caractérisés par une fragilité narcissique, une identité sexuée

insuffisamment stabilisée ou encore, un défaut des identifications primaires et secondaires. Au demeurant, le rôle du père, en tant que détenteur de l'autorité dans la famille et la communauté, offre aux jeunes garçons un modèle identificatoire (Richter et al., 2013).

## **6.2. Peur de la transmission d'une maladie héréditaire via l'IAD**

La science depuis plusieurs décennies s'est intéressée à la transmission des maladies héréditaires. C'est ainsi que certaines pathologies se sont révélées être transmissibles des ascendants aux descendants. EY (1989) fait état de ce que le mécanisme endogène des maladies mentales s'appuie sur des observations, qui ont révélé la continuité des manifestations psychologiques ou neuropathiques et le caractère, les dispositions instinctivo-affectives, les aptitudes intellectuelles du patient (caractères morphologiques fonctionnels, neuro-physiques) qui constituent la base de sa personnalité et son patrimoine biologique. Les doctrines sur l'hérédité des maladies mentales telles que la théorie de la dégénérescence ont admis une sorte de prédisposition héritée c'est-à-dire des stigmates dégénératifs des membres d'une famille tarée. Aussi, signale Ey (1989), d'après le concept de « psychoses endogènes », reconnu à la suite des travaux de Kraepelin, le mécanisme de l'hérédité des malades mentaux n'a plus été envisagé comme la transmission d'une tare de prédispositions, mais plutôt comme la distribution plus particulière d'un gène pathologique.

La biotypologie est également soulignée par EY, rappelant que son fondateur Kretschner et son école différencient trois types morphologiques (leptosome, pycnique, athlétique) dont ils ont fait les biotypes ; et cela correspond respectivement au caractère schizothyme des schizophrènes, au caractère syntone des maniacodépressifs et au caractère épileptoïde des épileptiques. Il faut donc dire que la loi de ressemblance et de la continuité résultent du fait que les organismes se reproduisent, c'est-à-dire produisent des exemplaires semblables à eux-mêmes dans le cadre de leur espèce.

Si on s'en tient au fait que les individus, produits d'une conjugaison sexuelle, reproduisent une ressemblance double qui constitue une individualité alors la procréation médicalement assistée, effectuée hors relation sexuelle, ne remplirait pas toutes les conditions pour produire une copie semblable aux ascendants. Les biologistes ont axé leur attention sur le phénomène de patrimoine héréditaire pour conclure que chaque individu tire son image de ce patrimoine pour ressembler en partie à celle de chacun de ses géniteurs. C'est ainsi qu'ils se sont fixés sur le fait que les parties de l'organisme des parents étaient représentées comme des

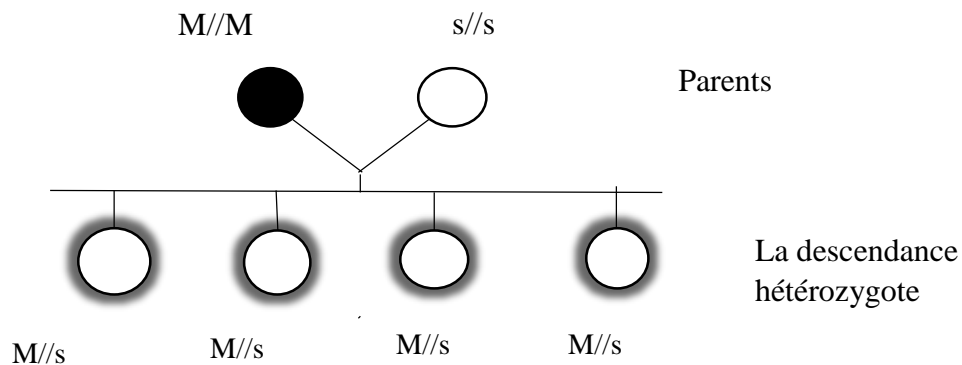
fragments de l'organisme reproducteur, et que les organes sexuels de la reproduction mélangeraient ces parties via une pan-génèse. La génétique commence donc par la cytologie, notamment les études sur le noyau qui est une substance colorable donnant lieu aux nombreuses dénominations de chromatine, chromosome, chromatide, chromomètre.

*Affection à gène pathologique héréditaire dominant.* D'après EY (1989, p. 670), le schéma de la transmission de la pathologie se présente ainsi :

M = gène à caractère dominant correspondant à la maladie (sperme du parent malade)

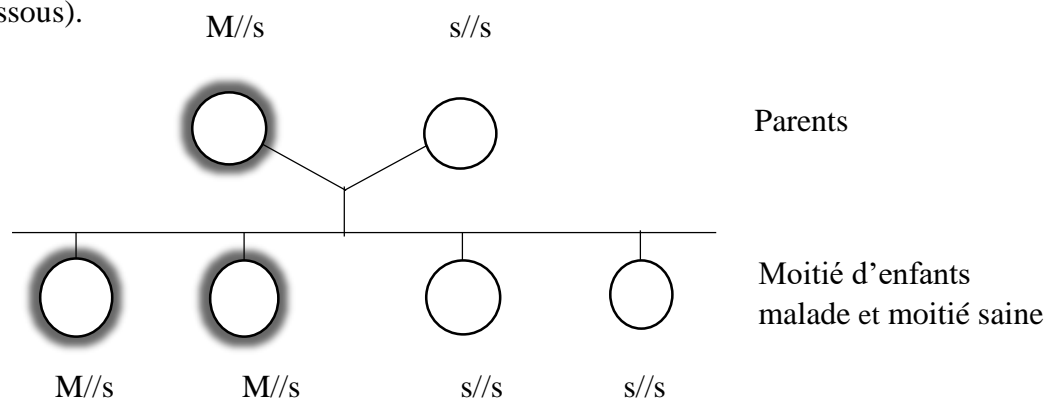
s = gène à caractère récessif (ovocyte sain)

Si on croise le sperme d'un homme homozygote (M//M) avec l'ovocyte d'une femme saine (s//s), sa descendance, hétérozygote (M//s), exprime plus ou moins manifestement la maladie M. (voir figure 1 ci-dessous)



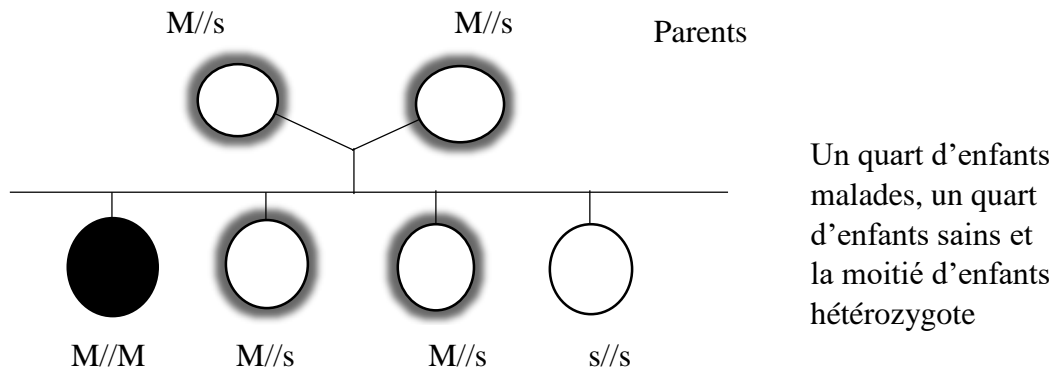
**Figure 1 :** croisement d'un sperme malade et d'un ovocyte sain

Pour la seconde génération, si on croise le sperme de M//s avec l'ovocyte d'un sujet sain (s//s), on observera une moitié d'enfants plus malades (M//s) et une moitié d'enfants sains (s//s). (Voir figure 2 ci-dessous).



**Figure 2 :** croisement d'un sperme hétérozygote et d'un ovocyte sain

Mais si on croise le sperme du malade M//s avec l'ovocyte d'une femme M//s, alors on obtient trois quart d'enfants malades, un quart étant homozygote (M//M), la moitié hétérozygote (M//s) et un quart d'enfants sains (s//s). (Voir figure 3 ci-dessous).



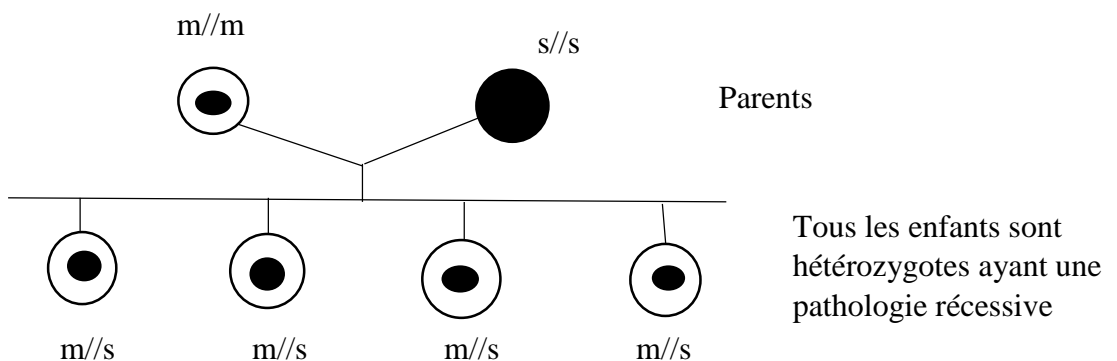
**Figure 3 :** croisement d'un sperme hétérozygote et d'un ovocyte hétérozygote

Au demeurant, si le sperme porte une tare dominante l'enfant sera plus ou moins malade ou sain. Puisqu'il est sain il restera toujours sain.

**Affection à gène pathologique récessif.**

Dans le cas du sperme comportant une affection récessive, la transmission sera différente.

Soit m, le gène récessif correspondant à la maladie du sperme et s, le caractère sain de l'ovocyte de la femme. Le croisement d'un homozygote sain (s//s) avec un homozygote malade (m//m) donnera des enfants hétérozygotes (m//s). (Voir figure 4 ci-dessous).

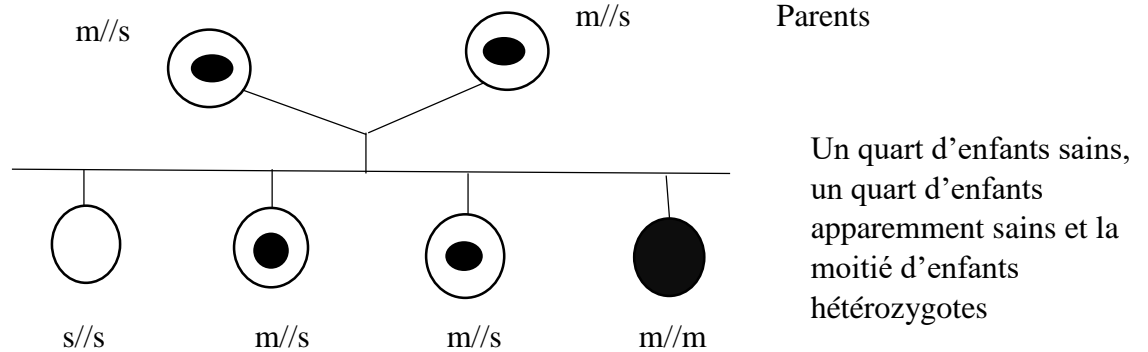


**Figure 4 :** croisement d'un sperme ayant une pathologie récessive et d'un ovocyte sain

D'après Ey (1989), dans ce type de maladie génétique où le facteur maladie est récessif par exemple sur le sperme du donneur, les parents (sperme du donneur et ovocyte de la femme formant la 1ère génération) sont tous les deux apparemment sains, mais sont hétérozygotes



(s//m) pour l'allèle qui ne se manifeste pas. La fratrie (2ème génération) comportera la moitié des sujets apparemment sains (m//s), un quart de sujets indemnes et deux hétérozygotes dont la maladie ne se manifestera pas. (Voir figure 5)



**Figure 5 :** croisement d'un sperme et d'un ovocyte ayant tous deux une pathologie récessive

Les 3/4 des enfants ont le phénotype sain (1/4 homozygote (s//s), un 1/2 hétérozygote (s//m)) et 1/4 malade (m//m). A partir des mariages avec des ovocytes sains, la tare pourra disparaître des phénotypes si on part d'un sperme s//m.

Il faut rappeler que dans d'autres cas, on peut observer l'absence totale de dominance, le gène dominant ne s'exprime pas dans le phénotype d'une descendance mais réapparaît dans celui de la 2<sup>ème</sup> génération.

Selon Ey (1989), la plupart des auteurs ayant travaillé sur l'hérédité en psychiatrie ont conclu que la schizophrénie serait une affection héréditaire de type récessif tandis que la psychose maniaco-dépressive serait une affection héréditaire de type dominant.

Au demeurant, de toutes les études généalogiques et des analyses statistiques sur la pathologie mentale, se dégage l'idée selon laquelle les facteurs héréditaires jouent un rôle certain. Cependant les probabilités peuvent être établies quant au risque pour un individu d'avoir telle ou telle maladie compte tenu du taux de risque. Ce taux n'étant qu'une probabilité qui n'équivaut jamais ni à la fatalité ni à l'incurabilité de l'affection.

En biologie cellulaire, tout ce qui est nécessaire à l'organisme humain pour sa croissance, son développement, son fonctionnement, ses défenses immunitaires et sa reproduction est déterminé par environ 100000 gènes qui sont contenus dans 23 paires de

chromosomes. 22 paires sont identiques chez l'homme et chez la femme, ce sont les gonosomes ; tandis que la femme possède deux gonosomes X, l'homme dispose d'un gonosome X et d'un gonosome Y. c'est le gonosome Y qui désigne le sexe masculin. Chaque gène code pour un caractère ; s'il est exprimé à l'état hétérozygote, ce caractère est dit dominant. S'il n'est exprimé qu'à l'état homozygote, on dit qu'il est récessif. Le génotype est le couple qui confère un caractère donné, le phénotype, lui, est l'expression visible ou encore la traduction du génotype.

D'après la Coopération de Recherches et d'Action sur les Maladies Héréditaires (CORAMH) (2018), chaque être humain est constitué de milliards de cellules et dans chaque cellule se trouve un noyau. Celui-ci contient toute l'information héréditaire sous forme de chromosomes ; un génome qui est l'ensemble de gènes (plus de 25000 gènes) et de chromosomes (46 chromosomes dans chacune des cellules, dont 23 paires). Alors un chromosome provient du père et l'autre de la mère. Les 22 premières paires, appelées chromosomes autosomiques, et la 23ème paire étant celle désignant le sexe de l'individu, il s'agit des chromosomes sexuels X et Y.

Il faut noter que chaque individu possède deux copies de chacun de ses gènes. Une copie de la mère et une autre du père, la transmission peut donc être dominante ou récessive. C'est la transmission qui va ainsi déterminer l'expression de certaines caractéristiques de chaque individu. C'est ainsi que la maladie génétique ou encore une anomalie chromosomique sera causée par un défaut au niveau de ce chromosome. Le défaut peut subvenir en raison du nombre inexact ou de la structure de ceux-ci, par exemple la trisomie 21 est causée par la présence d'un troisième chromosome. D'autres maladies pourront être causées par l'interaction des facteurs environnementaux, et génétiques.

D'après le CORAMH (2018), un gène à lui seul ne peut pas causer une maladie. Cependant, il augmente le risque d'un individu à le développer dans le cas où il est combiné avec d'autres facteurs, c'est le cas des maladies telles que l'asthme, le diabète de type 1 et 2, certains types de cancer, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, la schizophrénie, l'alzheimer et la sclérose en plaque.

### 6.3. La non ressemblance du produit de l'IAD aux ascendants

Toujours en rapport avec la parenté biologique, Frydman et Schilte (2013) mettent en relief le patrimoine héréditaire que les parents transmettent à leur descendance. Ils expliquent que les liens génétiques unissant les parents et leurs enfants se mettent en place en même temps, dans les minutes qui suivent la fécondation. C'est ainsi que le patrimoine génétique représenté par les 23 chromosomes apportés par le spermatozoïde fécondant de l'homme se mêle au patrimoine génétique de sa compagne en se combinant aux 23 chromosomes de l'ovule.

Cependant, les lois génétiques sont encore plus complexes dans la mesure où l'enfant n'appartient pas pour moitié à son père et pour moitié à sa mère. Certains caractères sont dominants, d'autres réapparaissent au bout de quelques générations de silence. Ainsi, il est connu de nos jours affirment Frydman et Schilte (2013) que 3500 gènes sont le support de l'hérédité dans l'espèce humaine et sont repartis sans l'ensemble de chromosomes. Ces gènes sont régis de façon très précise dans le temps et dans l'espace à travers des séquences régulatrices placées à côté du gène et qui le commandent en fonction de l'environnement. Alors tous les gènes vont par deux, l'un issu du père, l'autre de la mère sauf les gènes qui correspondent aux caractéristiques sexuelles qui, eux sont uniques.

D'après Frydman et Schilte (2004), un gène peut être responsable de multitudes de caractère et chaque gène à une valeur particulière. C'est ainsi que les traits du visage sont influencés par l'hérédité. L'auteur souligne que certains caractères sont dominants tels que la forme du nez et du lobe de l'oreille, l'épaisseur des lèvres, le type de menton et les plis des paupières. A cela s'ajoute la couleur des cheveux qui n'est due qu'à un seul gène.

Bien plus, il explique que les teintes foncées et les cheveux crépus dominent les teintes claires et les cheveux bouclés. Pour ce qui est des yeux, le gène marron est dominant sur le gène bleu ; la couleur de la peau aussi est liée à une hérédité complexe due à l'assemblage de plusieurs gènes tout comme la taille et la corpulence. Il faut ajouter que les taches de rousseur sont héréditaires.

Cependant les auteurs soulignent qu'aucun enfant ne ressemble pour moitié à sa mère et pour moitié à son père puisqu'après plusieurs générations les caractères des grands parents, oncles et tantes peuvent brusquement ressurgir. Il faut dire qu'un caractère héréditaire ne s'exprime pas toujours ou pas forcément avec la même intensité au sein d'une même famille.

Par ailleurs, Frydman et Schilte (2004) expliquent que les facteurs environnementaux sont capitaux et peuvent modifier les données génétiques. La plupart de temps, en regardant l'enfant grandir, on se rend compte que les ressemblances ne sont pas toujours d'ordre génétique ; d'autant plus qu'il existe des similitudes d'attitude corporelles, de geste ou de voix entre parents et enfants ; et cela relève de l'imitation et de l'identification aux parents donc l'enfant à la même identité sexuelle. C'est aussi ce qui explique des ressemblances entre parents et enfants adoptés alors qu'ils n'ont aucun patrimoine génétique communs.

La parentalité biologique dans la société médiévale du XII<sup>ème</sup> et XV<sup>ème</sup> siècle est beaucoup plus axée sur la notion de divinité ; à savoir Dieu qui a fait l'homme à son image ; Dieu-père s'auto génère en tant que fils par l'entremise d'une Vierge. C'est ainsi que la notion de ressemblance entre parent et enfants est mise au premier plan dans l'établissement des liens familiaux. La ressemblance souligne Frunzeanu (2009) récupère l'acte biologique de l'enfantement et fait inscrire les descendants dans le système juridique de la succession ou dans le système religieux de l'apaisement des ancêtres.

Il faut voir que dans les populations de quelques îles grecques, fait remarquer Frunzeanu (2009), Vernier (1994) a su saisir quatre types d'appropriation de la ressemblance physiologique. Selon lui, les garçons et les filles ressemblent en fonction de l'ordre de la naissance et de leur sexe tantôt à leur père, tantôt à leur mère, ou dans leur majorité à père, comme c'est le cas du groupe méganiassiot.

Cette logique de ressemblance fait en sorte que les enfants, par le nom reçu sont plus rapprochés d'une lignée que de l'autre, ce qui pourrait conditionner leurs alliances futures et leurs héritages. Dans les sociétés traditionnelles grecques insiste Frunzeanu (2009) la ressemblance est déterminée non seulement par l'ordre de naissance des enfants, mais aussi par la force sexuelle attribuée à l'un ou à l'autre des parents.

De même, dans certaines tribus de l'Afrique de l'Ouest, poursuit l'auteur, dans le processus d'identification de l'enfant, certains traits physiologiques ou comportementaux, qui apparaissent anormaux aux yeux de ses parents sont susceptibles de l'apparenter à l'un de ses aïeux ; c'est ainsi que le nom du nouveau-né est choisi en fonction de la ressemblance de ce dernier avec un membre de la famille qui peut même être un aïeul.

Cette problématique de la ressemblance parentale a été introduite dans la littérature philosophique par Aristote. Selon ce dernier, le sperme du mâle détient la vertu active et à travers son pouvoir formatif, amène à l'acte la matière menstruelle se trouvant dans l'utérus de la femelle. Dès lors, la ressemblance des enfants avec leurs pères dépend de la force du sperme d'imprimer son caractère individuel dans la matière. Il peut aussi résulter, puisque toute chose qui s'altère se transforme en son contraire, que l'action d'une semence faible ait pour contre-partie la résistance du fluide menstruel, alors, il se produit plusieurs combinaisons pouvant faire en sorte que les enfants ressemblent à l'un ou à l'autre des membres de la famille. En générale souligne Frunzeanu (2009) les mâles ressemblent au père et les femelles à la mère.

Par ailleurs, contrairement à la théorie d'Aristote qui met en relief la vertu active du sperme dans la ressemblance au sein de la famille, celle d'Urso de Salerne soutient plutôt que le sperme est un composé des éléments qui subissent l'action d'une vertu locative. Ainsi donc, si celui du père est formé à partir des éléments supérieurs de la nature du père et celui de la mère des parties profondes, alors, l'enfant ressemblera au père et vice versa ; si par contre le sperme de chacun des deux parents est prélevé des parties supérieures, l'enfant ressemblera aux deux ; mais s'ils proviennent des deux parties profondes, l'enfant ne ressemblera à aucun des deux parents.

Les écoles de médecines expliquent Frunzeanu (2009), notamment celle de Bologne ont poursuivi les études sur cette étape de la constitution biologique. Le médecin italien Taddeo-Alderotti (1223-1235) a été le premier à avoir prêté attention aux problèmes de génération. C'est alors qu'il présente huit différentes combinaisons qui peuvent produire la ressemblance avec l'un ou l'autre des parents et leur ascendant à savoir :

- 1) si le sperme du père l'emporte sur le sperme féminin autant par l'habitus du sexe que par l'habitus de la ressemblance, l'enfant sera un garçon semblable à son père ;
- 2) si le sperme du père l'emporte seulement par l'habitus du sexe, mais non pas par celui de la ressemblance, l'enfant sera un garçon ressemblant à sa mère ;
- 3) si le sperme du père s'affaiblit, mais la vertu individuelle médiate se maintient et résiste à la matière, l'enfant sera un garçon ressemblant à un des membres de l'ascendance paternelle ;
- 4) si c'est uniquement la vertu spécifique du sperme masculin qui subsiste, l'enfant sera un garçon qui ne ressemblera à personne ;

5) si le sperme féminin résiste quant à l'habitus du sexe, mais est vaincu par l'habitus de la ressemblance du sperme masculin, l'enfant sera une fille ressemblant à son père ;

6) si le sperme féminin résiste quant à l'habitus du sexe, mais est vaincu quant à l'habitus de la ressemblance par la vertu individuelle médiate du père, l'enfant sera une fille ressemblant à un des membres de l'ascendance paternelle ;

7) si le sperme féminin l'emporte sur le masculin quant à l'habitus de la ressemblance, l'enfant sera une fille ressemblant à sa mère ;

8) si le sperme féminin l'emporte sur le masculin quant à l'habitus de la ressemblance, mais grâce à la qualité médiate du sperme, l'enfant sera une fille ressemblant à un des membres de l'ascendance maternelle. Pour expliquer la production de la dissemblance, Taddeo invoque l'influence de la disposition des corps célestes.

Madino (1993) cité par Frunzeano (2009) va aussi analyser ce phénomène de ressemblance dans la parenté biologique à savoir la vertu imaginaire. Il pense qu'au moment de l'accouplement l'imagination des parents peut être marquée par diverses figures ou impression qui, portées par l'esprit, imprègnent le sperme qui générera le fœtus.

Contrairement à Frunzeanu (2009) qui a théorisé sur la notion de ressemblance pour mettre en évidence le versant biologique de la paternité, Jiogue (2007) s'appuie sur le droit pour expliquer la vérité biologique qui parfois coïncide avec celle du sociale.

Jiogue (2007), citant Vidal (1978) dit de la vérité biologique qu'elle est une donnée naturelle du droit de la filiation ; c'est dire qu'elle renvoie au lien de sang, à la filiation biologique ou encore à la vérité matérielle ; contrairement à la vérité sociologique qui renvoie à la filiation voulue, vécue, à la vérité de la vie.

L'auteur pose qu'il peut arriver que les deux vérités coïncident ; dans le cas où la filiation vécue concorde avec la filiation biologique ; mais il convient de retenir que l'élément caractéristique de la filiation biologique est le lien de sang alors que celui de la filiation sociologique est la possession d'état. En droit coutumier affirme Jiogue (2007) la détermination de la filiation juridique de l'enfant né hors mariage ne posait aucun problème. En effet, tout enfant né d'une fille non mariée, peu importait le géniteur, était directement intégré dans le cercle de sa famille maternelle et était considéré comme ayant pour père son grand-père

maternel (Anoukaha, 1981). Ainsi, en droit coutumier, la paternité biologique était évincée par la paternité sociale en présence d'un enfant né hors mariage.

Arguant sur la filiation biologique, Gridel (1993, p.191) déclare que « c'est sans doute un réflexe que d'asseoir la filiation sur la vérité biologique. La naissance d'un enfant est le dernier terme d'un processus charnel, et la logique paraît de relier la personne à celles qui l'ont engendrée. Mais le droit ne se réduit pas toujours à l'enregistrement de données naturelles »

Selon Jioque (2007), la vérité biologique ne serait pas la seule valeur du droit de la filiation d'autant plus qu'elle met en jeu plusieurs autres valeurs qui peuvent entrer en conflit avec cette vérité. Alors, sa place en droit de la filiation au Cameroun ne dépendrait pas seulement de l'importance que celui-ci accorde à ces valeurs concurrentes, mais également de l'état des progrès scientifiques ; et c'est sans doute la prise en compte de ces données de fait qui justifierai les différents obstacles à la vérité biologique qui existent en ce droit.

Naouri (2011) démontre une parfaite métaphore de la fonction du père en faisant allusion à la découverte d'un biologiste allemand, qui en 1984, serait passée totalement inaperçue et restée ignorée des médecins. Ce biologiste aurait démontré que le placenta et le cordon ombilical sont d'origine exclusivement paternelle d'autant plus qu'ils sont régis par les gènes du seul spermatozoïde, ceux portés par les chromosomes féminins étant inactivés. Le placenta en question est un filtre qui s'interpose entre le corps de la mère et celui du fœtus, pour régler leurs échanges et s'empêcher de s'entretuer.

Par ailleurs, affirme Delaisi de Parseval (2004), les biologistes de la reproduction ont mis à découvert le processus de la spermatogenèse qui était encore méconnu il y a quelques décennies, c'est ce qui a fourni la preuve de l'infertilité masculine avec des conséquences significatives à la fois sur l'identité paternelle et masculine.

Guyotat (2005), arguant sur la filiation biologique, pense qu'il s'agit ici d'une représentation de la filiation selon le sens commun ; puisqu'il est dit que l'enfant sort du corps de la mère d'où « *mater certissima, pater incertus* », puisque le père est le mari de la mère tant que le père est certain. Il s'agit d'une évidence visuelle. Cet adage qui a pendant longtemps permis de gérer les problèmes de filiation n'est plus autant pris en considération puisque les nouvelles méthodes de reconnaissance de la paternité donnent déjà une certitude presque à 100% autant du côté de la mère que de celui du père. Alors, à cette logique du sens commun,

se superpose dans la culture le lien biologique de la lignée entre produits du corps des parents et produits du corps de l'enfant selon la méthode des empreintes génétiques.

#### **6.4. Sentiment d'ambivalence**

Ce mot désigne une disposition mentale contradictoire ; c'est-à-dire une tendance et son contraire s'affirmant simultanément : amour et haine, crainte et désir, culpabilité et justification. Dans la psychologie moderne d'A à Z, il est dit que cette disposition d'esprit se rencontre dans des situations conflictuelles telles que le désir contrarié, l'attachement déçu. De même Laplanche et Pontalis (1967) ont souligné que Bleuler a considéré l'ambivalence dans trois dimensions à savoir : Volontaire (vouloir et ne pas vouloir) ; intellectuel (énoncer une position et son contraire) ; affectif (aimer et haïr la personne dans un même mouvement). Ainsi donc, bien que Bleuler ait trouvé en l'ambivalence, un symptôme majeur de la schizophrénie, il en reconnaît une existence de la normale ; c'est donc une complexité de sentiments ou fluctuation d'attitudes résidant d'une part dans le maintien d'une opposition du type oui-non (affirmation-négation) simultanées et indissociables, et d'autre part dans le fait que cette opposition fondamentale puisse se retrouver dans différents secteurs de la vie psychique.

Chez Freud (1912), ce terme apparaît pour la première fois dans la dynamique du transfert. Il l'emploie pour rendre compte du transfert négatif. Laplanche et Pontalis (1967) précise qu'il s'agit là d'une idée de conjonction de l'amour et de la haine. Il faut dire que ce sentiment peut également être mise en évidence dans certains états de jalousie et de deuil. Il faut rappeler qu'en psychanalyse, ce terme d'ambivalence peut servir dans la description des sentiments résultant d'un conflit défensif ou mettant en jeu des motivations incompatibles. Bref Laplanche et Pontalis (1967) soulignent que ce terme désigne toute attitude conflictuelle de façon vague. Ainsi l'ambivalence de l'amour et de la haine s'expliquerait par une évolution spécifique chez Freud. La haine ayant pour origine les pulsions d'autoconservation (le moi luttant pour s'affirmer) ; et l'amour, les pulsions sexuelles. Alors l'ambivalence a une importance accrue dans la clinique et la théorie du conflit : le conflit œdipien. La formation des symptômes névrotiques a été conçue comme tentative de solution à ce conflit.

#### **6.5. Poids du secret**

Le secret est une information importante détenue par un ou plusieurs membres de la famille et non transmissible (ni analogiquement, ni numériquement à un tiers), ce dernier pouvant



évidemment être un des membres de la famille. Il s'agit ici d'une rétention consciente et le plus souvent volontaire d'information. Il est autant défendu de chercher à percer le secret que de l'oublier, lorsqu'on le connaît ou de la révéler à un tiers (chaîne de secret). Le secret participe souvent au mythe familial (Albernhe & Albernhe, 2008).

D'après Trouvé et al (2004), la poursuite du secret de l'IAD dans le couple peut rendre la vie la vie infernale pour ces couples receveurs. Ces auteurs pensent que le choix du non-dit absolu laisse le couple seul sans possibilité du partage de ses souffrances, de ses angoisses et de ses doutes. Cela pourrait résulter de l'absence de confiance en un monde extérieur jugé hostile ou non fiable. Ceux-ci préfèrent le silence, le retrait et évitent les sujets de commentaires et remarques qui pourraient être blessants ou ironiques.

Selon Tsala Tsala (2005), de nombreux foyers africains de nos jours voient encore des secrets à cause d'un environnement de plus en plus porteur de culpabilité et de honte par ce qu'il interpelle la responsabilité des uns et des autres. Le secret devient incitateur d'angoisse, un fardeau pour celui ou ce groupe restreint qui le porte ; dit-il « *le secret de famille renvoie à la sauvegarde jalouse et angoissée de l'image de soi et de l'image des siens. [...] Mais la pathologie survient dès lors qu'il génère des souffrances individuelles et familiales* » (2007, p. 40). On peut dans le cas d'espèce comprendre la souffrance, l'angoisse du conjoint infertile qui se représente le secret qu'il portera pour avoir emprunté le sperme d'un donneur afin d'avoir un enfant. Alors, que ce soit vis-à-vis du donneur, de la conjointe, des membres de la famille, des proches ou de l'enfant à naître, le secret, peu importe sa teneur, doit être porté.

Le poids du secret est d'autant pénible que celui qui le garde souffre de porter un héritage qu'il ne peut ni supprimer, ni modifier, ni oublier ; souligne l'auteur. Le secret n'est pas exempt de souffrance psychique dans la mesure où explique-t-il, il est non seulement d'un caractère insupportable, mais renvoie à une faute non assumée génératrice de honte et de culpabilité. C'est ici l'occasion de comprendre que celui qui détient le secret de l'IAD est « *généralement tiraillé entre le désir de se libérer d'un insoutenable poids et celui de ne pas perturber un équilibre familial sur lequel il ne saurait mesurer à l'avance l'ampleur des conséquences déstructurantes* » (Tsala Tsala, 2007, p. 40).

Vue sous l'angle de la déstabilisation personnelle et familiale, le secret fait partie des valeurs créatrices de conflit psychique chez le porteur qui est éventuellement l'homme infertile qui est confronté à la proposition d'une insémination artificielle avec le sperme d'un donneur.

Serait-il donc possible et même aisé pour le porteur de secret de le dévoiler, mettre des choses au clair, même si cela signifierait comme l'a évoqué (Webster, 1993) brasser des souvenirs et des émotions difficiles en soi et sa famille ?

Plusieurs auteurs ont évoqué au secret et à l'anonymat dans le contexte d'IAD s'agissant de l'identité du donneur. Tsala Tsala (2007), faisant allusion à la culture africaine, a fait prévaloir la notion de *secret* dans la clinique de la famille africaine. Il faut dire que le *secret* n'est pas seulement un élément de nature strictement discursive qui prend la réalité dans la parole de celui qui le confie, de celui qui le réclame et de celui qui le révèle (Casper, 2011) ; parlant du secret professionnel ; mais peut tenir lieu d'élément induisant une souffrance psychique chez celui qui le garde. D'ailleurs il en est un dans le contexte d'IAD.

Rendu à ce niveau de l'explication de la souffrance liée à l'infertilité, et au parcours de l'AMP chez un homme infertile, nous allons mieux enrichir les concepts de cette recherche au chapitre suivant avec un accent porté sur les théories explicatives y afférentes.



**CHAPITRE 3 : ANCRAGE THEORIQUE ET APPROFONDISSEMENT  
DES CONCEPTS**

Il s'agit à ce niveau de la mise en exergue des différentes théories explicatives et de l'enrichissement des concepts utilisés dans cette recherche.

## 1. Ancrage théorique

Il s'agit ici des théories du désir d'enfant, du deuil et du relativisme culturel.

### 1.1. Théorie du désir d'enfant

L'étymologie du mot désir « *desiderium* », mot latin dérivé de « *sidus* » qui veut dire étoile (Chevreau, 2008), serait « le regret d'un astre perdu » ; et ne peut pas seulement le manque biologique d'une insatisfaction sensible précise l'auteur, mais une nostalgie plus profonde qui est celle d'un état perdu, d'une perfection ayant été vécue.

Les philosophes classiques trouvent un réel problème dans la notion de désir, dans la mesure où non seulement elle est recherche de satisfaction mais aussi est également satisfaction et souffrance (Chevreau, 2008) ; cependant la psychanalyse en ouvre une nouvelle perspective et Freud, en articulant désire et interdit, figure le désir comme producteur de fantasmes.

Chevreau (2008) trouve en la notion de désir une grande variété de nom pour la désigner à savoir « éros » chez les grecs, « concupiscence » chez les chrétiens, « appétit » chez Descartes et Spinoza, « tendance ou pulsion, libido » chez Freud. Bref, le désir s'inscrit dans une multiplicité de figures à la fois conscientes et inconscientes Corbeil (2016).

Vacheron et al. (2008), diront du désir qu'il n'est pas synonyme d'instinct, de pulsion ou de souhait ; il n'est pas non plus la quête d'un objet ou d'une personne qui nous apporterait satisfaction. Ces auteurs trouvent en cette notion la recherche d'un moment, d'un bonheur sans limite ; car disent-ils, il est inconscient donc inaccessible et non maîtrisable.

**La notion de désir chez Freud.** La conception dynamique freudienne du désir, précise Cailleau (2005) concerne par excellence le 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 & Pontalis, 1967, p. 120). Ainsi, « *tout état de désir crée une attraction vers l'objet désiré et aussi vers l'image mnémonique de ce dernier* » (Freud, 1895, trad. fr. 1959, p. 340). Le réinvestissement de l'image mnésique s'effectue par l'intermédiaire d'une « *motion pulsionnelle*

(Laplanche & Pontalis, 1967). Le désir, souligne Cailleau (2005), en tant que processus dynamique susceptible d'orienter le sujet dans la recherche d'un objet permettant d'assurer la satisfaction, bien qu'il n'existe pas à proprement parler de satisfaction du désir dans la réalité.

Le désir, explique Chatel (1990) cité par Cailleau (2005), est une poussée essentielle qu'a chacun ; une tendance construite dans la dépendance de ceux qui nous ont élevés et qui vise à retrouver un objet de jouissance toujours manquant. Ce désir n'est pas seulement quête d'un objet, mais aussi d'un lieu (Stryckman, 1993) ; dans la mesure où en modifiant l'environnement du nourrisson de manière à répondre à ses besoins, la mère fait fonction « *d'objet transformationnel* », le terme d'objet signale Bollas (1989) étant ici associé à celui de processus, lié à l'expérience subjective du nourrisson.

Cailleau (2005) pose que lors des premiers soins, s'établit le jeu des demandes entre l'enfant et son environnement mais également celui des demandes de la mère et du père vis-à-vis de cet enfant. Alors, parmi les demandes faites à l'enfant, l'une serait de venir combler un vide, obturer un manque. Mais, Stryckman (1993) pense que personne ne pourra rendre à l'enfant cette rencontre de deux désirs, car en tant que rencontre d'inconscients, elle n'a jamais été possédée, ni par la mère, ni par le père, ni même l'enfant qui en est le fruit. C'est un originel à jamais perdu.

Ainsi, le désir n'est pas seulement quête d'un objet (Cailleau, 2005), il est également quête d'un lieu. Il sera refoulé dans l'inconscient, et à ce désir inconscient se substituent différents désirs, entre autre le désir d'enfant. La sexualité infantile selon Freud s'éveille dans la toute petite enfance, accompagne les activités de découverte et de relation, mais ne se confond pas avec la génitalité. Cependant son but est la satisfaction et les moyens pour l'atteindre ne sont pas forcément en lien avec les organes génitaux, mais concerne n'importe quel organe dit zone érogène.

Le désir d'enfant, précise Bydlowski, a pris de l'ampleur depuis la diffusion de la contraception chimique en occident ; c'est ainsi que les uns et les autres ont commencé à prendre conscience de la procréation et « *désirer un enfant devient alors une démarche consciente et raisonnable, délibérée, voir programmé* » (2016, P.65). Le désir d'enfant renvoie au désir sexuel dans le souci de prolonger l'espèce. C'est ainsi une pulsion universelle qui entraîne les humains à procréer, peu importe les circonstances.

Ce souhait, explique l'auteur, implique chez chaque individu un plan de vie conforme aux idéaux sociaux et familiaux. Le sujet va souhaiter ressembler à ces propres parents en devenant lui-même parent ; ceci en fondant une famille analogue à celle de ses parents ou non. S'il arrive qu'il n'y ait pas d'embuche et que tout se passe bien, précise l'auteur, le désir d'enfant devient à peine interrogeable, il est vite accompli et saturé par son objet d'élection qui est l'enfant.

***Désir d'enfant et transmission psychique.*** Pour ce qui est de la transmission psychique, Bydlowski (2016) met en exergue la marque signifiante que parent transmet à son enfant ; cette marque signifiante peut être « *tout signe repérable lié à un sens caché, à une signification enfouie dans la mémoire du sujet* » (P. 68). Ce terme (marque signifiante) est depuis quelques temps remplacé par celui de représentation inconsciente emprunté au vocabulaire de la psychanalyse freudienne. La transmission de ces représentations inconscientes chez l'enfant, est de deux ordres. L'auteur distingue la représentation de mots qui sont énonçable dans le champ de la parole et les représentations d'événement qui sont des signifiants corporels. Pour Bydlowski (2016), les représentations littérales peuvent être des noms, prénoms voire date de naissance de l'enfant tant dis que les représentations de scénario viennent manifester le fait que l'inconscient de chaque parent prenne corps avec l'espace psycho corporel de l'enfant ; c'est ainsi que l'enfant à venir pourra à son tour prendre vie somato psychique dans un réseau de représentations qui lui est préexistant.

Bydlowski (2016) pense que la différence qui existe entre ces deux représentations (littérales et d'évènement) réside sur le fait que les seconds sont beaucoup plus enfouis dans l'inconscient de parents et ne sont pas facilement accessible à leur mémoire. Elle voit en l'enfant attendu, le porteur des aléas biographiques et libidinaux de ses ascendants immédiats, qui sont le père et la mère ; « *l'enfant à venir est dans son corps et son psychisme lieu de production du capital représentatif de chacun de ses parents, mais avec cependant une modulation d'agencement imprévisible qui va lui donner son caractère unique et spécifique* » (p. 69).

Pour Bydlowski (2000), les parents qui donnent la vie sont eux-mêmes porteurs de mémoire, porteur de traces signifiantes venues de leur histoire et même de celle de leurs ascendants ; ces traces peu ou non conscientes sont celles des identifications souvent très précoces qui ont contribuées à construire leur Moi adulte. Les parents risquent de les transmettre à leur insu en même temps que le souffle biologique. Elles sont de deux ordres, certaines traces sont littérales, celles des représentations des mots. Proches du conscient, elles sont énonçables

par la parole. Ce sont des lettres et des nombres qui composent les noms, prénoms, date de naissance et de conception de l'enfant. Ainsi par un prénom, les parents peuvent célébrer un aïeul aimé ou un être illustre qui prendra l'importance dans les rêveries futures de l'enfant et dans la construction de son identité. La représentation littérale affirme Bydlowski (2016), permet aux parents de donner libre cours à leurs souvenirs, leurs associations d'idées, de mots et de noms voire d'inventer « un mot-nom ». Le prénom ne serait pas un simple signe de la communication bien plus est porteur de sens dans les représentations des parents de l'enfant. D'ailleurs, l'auteur souligne que Freud avait déjà énoncé la signification concrète que portait le nom pour l'homme primitif.

Une autre représentation littérale porte sur le calcul inconscient. Bydlowski (2016) pense que l'effet de calcul crée une date signifiante ; comme par exemple celle de l'anniversaire de l'enfant. Il convient de rappeler, selon l'auteur que la date de naissance dans de nombreux cas est méconnue du désir des parents ; « *l'inconscient ignore le temps mais tient compte du temps astronomique cyclique* » (p .74) ; c'est ainsi que l'espoir de l'enfant, à chaque cycle infertile s'évanouit. D'autres traces par contre, insiste Bydlowski (2000), sont moins directement énonçables ; et on les qualifie de représentations d'évènement ou de scénarios. A la différence des représentations littérales, celles comme signalées plus haut, sont davantage enfouies dans l'inconscient des parents et sont moins accessible à leur mémoire. L'enfant attendu est ainsi porteur potentiel des aléas de leur biographie, des joies passées, des deuils ou amours perdus, des bonheurs oubliés, des blessures anciennes non cicatrisées, et des difficultés identitaires encore vives de ses ascendants immédiats ou plus lointains.

Ce concept de transmission de parts de mémoire, d'inconscient des parents à leur enfant est certainement une donnée nouvelle. Sa lisibilité actuelle tient à la réduction du nombre des grossesses pour chaque femme. La maîtrise de la procréation trouve ainsi sa véritable limite. Lorsque la vie éclore, lorsque la naissance advient, une trame de représentations déterminées est en place. Son agencement totalement inimaginable par avance préside à l'avènement d'un être neuf. Bydlowski (2016) pense que la programmation volontaire des naissances présente des limites dans la mesure où non seulement la transmission du capital génétique contribue à organiser le destin de l'enfant à naître mais aussi la trame de représentation mise en place dans la constitution de l'être nouveau n'est pas déterminée. Ainsi donc, « *transmettre la vie c'est aussi transmettre des représentations qui ne se feront peut-être reconnaître qu'à distance* » (P. 69).

On retient avec Bydlowski (2016) que pendant l'attente d'un enfant, les parents se remémorent les moments de l'histoire de leur enfance comme des scénarios. Ces mémorations, insiste-t-elle, viennent témoigner des attentes dont l'enfant est l'objet et constitue ainsi des diverses figures du désir d'enfant. Ainsi donc, contrairement à l'axe biologique et juridique, l'axe narcissique ou encore imaginaire se construit au fil du temps, sa force et sa valeur ne sont jamais établies de façon définitive au cours de la vie. L'axe imaginaire de la filiation n'est pas exclusif à la famille dans le sens où c'est l'axe sollicité dans le cas, par exemple, d'un lien affectif spirituel.

Bydlowski (2016) met en exergue la marque signifiante que le parent transmet à son enfant ; cette marque signifiante peut être « *tout signe repérable lié à un sens caché, à une signification enfouie dans la mémoire du sujet* » (P. 68). Ce terme (marque signifiante) est depuis quelques temps remplacé par celui de représentation inconsciente emprunté au vocabulaire de la psychanalyse freudienne. Pour Bydlowski (2000), les parents qui donnent la vie sont eux-mêmes porteurs de mémoire, porteur de traces signifiantes venues de leur histoire et même de celle de leurs ascendants ; ces traces peu ou non conscientes sont celles des identifications souvent très précoces qui ont contribué à construire leur Moi adulte. Les parents risquent de les transmettre à leur insu en même temps que le souffle biologique. Elles sont de deux ordres, certaines traces sont littérales, celles des représentations des mots. Proches du conscient, elles sont énonçables par la parole. Ce sont des lettres et des nombres qui composent les noms, prénoms, date de naissance et de conception de l'enfant. Ainsi par un prénom, les parents peuvent célébrer un aïeul aimé ou un être illustre qui prendra l'importance dans les rêveries futures de l'enfant et dans la construction de son identité.

Aussi, la représentation littérale affirme Bydlowski (2016), permet aux parents de donner libre cours à leurs souvenirs, leurs associations d'idées, de mots et de noms voire d'inventer « un mot-nom ». Le prénom ne serait pas un simple signe de la communication bien plus est porteur de sens dans les représentations des parents de l'enfant. D'ailleurs, l'auteur souligne que Freud avait déjà énoncé la signification concrète que portait le nom pour l'homme primitif.

- Désir d'enfant, identification et réalisations œdipiennes

Le désir d'enfant, dit Bydlowski (2016) se construit chez les deux sexes au cours du développement psycho affectif. Ainsi, chez la jeune fille dit l'auteur, désirer un enfant commence dès les dix-huit premiers mois de la vie ; « *Cet élan a son fondement dans le*



*mouvement d'identification qui lie la petite fille à sa mère des débuts de la vie, mère-source de vie, fontaine de chaleur et de tendresse, fonction maternelle sans laquelle sans laquelle l'enfant tout petit ne pourrait survivre » (P.144).*

Cette identification est l'occasion pour la jeune fille de développer le premier temps de son aspiration à devenir mère elle-même. Mais par la suite, s'installe le refoulement qui permet à celle-ci d'oublier plus ou moins l'image maternelle des débuts. La petite fille, pendant la période, découvre son manque de l'organe reproducteur qui est plutôt présent et bien visible chez son père ou ses frères, mais aussi son inaptitude à la grossesse. C'est ainsi qu'elle se détourne de son premier d'amour et d'identification qui était la mère pour se tourner exclusivement vers son père pour qui elle désire un enfant. Ainsi donc, le désir d'enfant chez la petite fille résulte de la combinaison entre le désir d'être comme sa mère ; celle qui assure les premiers soins et l'autre désire est d'avoir comme la mère un enfant du père. Progressivement, à l'adolescence, la mère qui au départ était objet d'amour est souvent oublié au profit de l'enfant du père ; même s'il s'agit de la propre mère (Bydlowski, 2016).

Selon Bydlowski (2016), le parcours du développement psycho affectif qui conduit au désir d'enfant reste le même puisque aussi bien chez la fille que chez le garçon ; l'objet d'amour ne change pas. Cependant la rivalité avec le père culmine à l'adolescence et renforce encore le lien à la mère. Alors, l'homme au développement sain choisira une compagne qui lui rappellera la mère qu'il ne cessera d'aimer. Cependant, certains obstacles peuvent subvenir et la rivalité reste inassumée ; « *Le garçon peut alors en rester à l'identification maternelle primitive, constituant une bisexualité psychique à prédominance féminine, voire une homosexualité latente ne l'empêchant pas de prendre une compagne* » (p.145). L'une des causes de stérilité psychologique (du non désir d'enfant) peut être engendrée par cette fixation méconnue.

L'auteur précise qu'il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui, pour des raisons liées au développement personnel, leurs conjoints ne désirent pas d'enfants ; c'est ainsi qu'il n'en donnera jamais à sa compagne et le couple trouvera son équilibre dans « une synergie harmonieuse d'infertilité ». L'auteur signale qu'en consultation d'infertilité, les femmes sont toujours initiatrices, d'ailleurs il est rare de rencontrer les hommes qui viennent en leur nom propre ; en moins que ce ne soit un cas d'impuissance ou d'infertilité organique. Il serait préférable de parler de désir d'être père au lieu de désir d'enfant ; car ceux-ci souhaitent fonder une lignée pour s'identifier en rivalisant avec le père.

Alors, le désir d'enfant chez le père renvoie aussi au désir d'identification à son propre père. Il est porteur du nom de son père et aimerait le faire porter par son enfant comme l'a fait ce dernier ; et auquel il donne un sens. Pour la pensée primitive, précise Bydlowski (2016) le nom n'est pas conventionnel, il est toujours porteur de sens. C'est ainsi que beaucoup d'enfants portent le nom soit d'un ascendant significatif pour celui qui le choisit, soit d'un saint, d'un héros choisi intentionnellement ou non. Le nom que porte l'enfant pourra peser dans son capital de naissance. Donner un nom à l'enfant c'est affirmer qu'il préexiste dans le désir des parents.

Dans la psychanalyse, ajoute Bydlowski (2016), il arrive que le prénom du sujet offre une clé ou encore propose une racine mythique à ce qu'on appelle la vocation ou encore le destin. Celle-ci pense que les parents ont de nos jours pris conscience que les noms ou prénoms ont de l'importance pour l'enfant. Beaucoup s'y précipitent tant dis que d'autres sont encore effrayés de cette responsabilité et essaient de donner à leur enfant un nom à la mode c'est-à-dire insignifiant. Parfois l'ordre ou la place du prénom est aussi pris intentionnellement ; c'est ainsi que « *le prénom du héros ou de l'ascendant auquel l'enfant est voué vient alors en deuxième voire en troisième place* » (P.71).

Au demeurant, le prénom est potentiellement porteur de significations méconnues du désir parental ; c'est alors qu'ils peuvent désigner des représentations privilégiées. D'après Bydlowski, Le père est passeur de nom qu'il porte ; débiteur d'une dette de vie qu'il ne peut régler qu'en étant le maillon d'une chaîne qui le dépasse Mais quand survient une perte comme celle de l'échec de l'AMP, la souffrance est comparable à celle d'un deuil.

## **1.2. Théorie du deuil**

L'analyse du processus de deuil a été faite par plusieurs théories entre autres : psychanalytique, systémique, cognitiviste et de l'attachement

***Point de vue psychanalytiques.*** D'après Freud (1915) le travail de deuil est la confrontation à la réalité, qui est celle de la perte de la personne aimée. Cette épreuve de réalité exige le retrait de toute la libido, c'est-à-dire l'énergie psychique investie sur un objet d'attachement des liens qui rappelle le défunt ; le travail dont il est question nécessite beaucoup d'énergies psychiques et de temps durant lequel l'objet perdu se poursuit dans le psychisme de l'endeuillé ; et donc progressivement le principe de réalité va l'emporter, permettant ainsi au moi de devenir libre et sans inhibition.

D'après les psychanalystes, il existe deux types de deuil à savoir le deuil normal et le deuil pathologique

Le deuil normal renvoie chez l'individu l'idée de sa propre mort. A ce sujet Levy (2007) précise que si la mort fait partie de la vie, le deuil aussi s'inscrit en nous en tant qu'individu singulier. Il est provoqué par la perte réelle de l'objet, la mort de l'objet, on peut dire sa disparition physique complète ; ainsi, se jouent les tentatives de détachement, rien ne s'oppose à ce que ces processus de détachement se propagent, par la voie normale passant par le préconscient jusqu'à la conscience. Ainsi dans un deuil normal, du fait que l'endeuillé soit conscient de la perte de l'objet ou de la personne aimée, cela va engendrer une sorte de déconstruction qui va par la suite nécessiter une reconstruction voire une cicatrisation. Cette cicatrisation va consister en un détachement de l'objet disparu, ensuite à un réinvestissement d'un nouvel objet ; c'est donc ce parcours que Freud va nommer « travail de deuil ».

Ce travail qu'accomplit le deuil (Freud 1917), consiste en une épreuve de réalité ; à montrer que l'objet aimé n'existe plus et édicte l'exigence de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si le travail de deuil n'est pas fait, il peut se produire une psychose hallucinatoire chez l'endeuillé. Cependant, comme le souligne si bien Freud, le respect de la réalité en vaut le coup. Le travail de deuil sera donc accompli en détail avec une grande dépense d'énergie d'investissement mais entre-temps, l'objet perdu réside toujours psychiquement. Rien de ce qui concerne l'objet de la perte n'est inconsciente, raison pour laquelle on note une absence d'intérêt pour l'endeuillé, son Moi est absorbé et inhibé. C'est après avoir achevé le travail de deuil que le Moi redevient libre et sans inhibitions.

On peut dire pour l'investissement de l'objet pendant le deuil que cet autre amène le moi à renoncer à l'objet en déclarant cet objet mort, et de même il lui offre la prime de rester en vie. Cette reconstruction (Levy 2007), consiste en un changement, une adaptation. On retient avec Freud que le deuil normal surmonte bien, lui aussi, la perte de l'objet et absorbe pareillement, aussi longtemps qu'il dure, toutes les énergies du moi ; d'autant plus que les souvenirs et situations d'attente montrent que la libido est rattachée à l'objet perdu, mais la réalité finit par prononcer son verdict à savoir « l'objet n'existe plus » ; et à ce moment le moi se laisse décider par la somme des satisfactions narcissiques à rester en vie, aussi à rompre sa liaison avec cet objet qui est déjà anéanti. C'est ainsi que l'endeuillé met progressivement fin à son travail de deuil. Le temps est donc nécessaire, précise Freud, pour que soit exécuté en détail

le commandement de l'épreuve de réalité, travail après lequel le moi peut libérer sa libido de l'objet perdu

Toujours dans la logique du deuil normal, Kübler-Ross (1969), résume le processus en cinq étapes à savoir : le déni et l'isolement, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Il faut souligner qu'au départ, l'auteur étudiait plutôt les étapes que doit traverser une personne qui vient d'apprendre qu'elle souffre d'une maladie grave incurable (Lapointe, 2020). C'est ainsi qu'après avoir interviewé plus de 200 personnes atteintes d'une maladie qu'ils savent être fatale, Kübler-Ross décide de travailler sur l'aspect psychologique de ces derniers, procédant ainsi par des études de cas.

Bien plus l'auteur définit chacune des étapes du deuil. Selon elle :

Le déni est une décision consciente ou inconsciente de refuser d'admettre que quelque chose est vrai ; ceci pourrait être un diagnostic, des séquelles, la sévérité d'un problème ou le besoin d'une intervention.

La colère est l'acte physique ou émotif par lequel le patient tente de blâmer quelqu'un, il peut souvent s'agir du médecin.

Le marchandage est un processus de négociation par lequel le patient tente de retarder l'inévitable ou de prendre ses distances de la réalité de la situation.

La dépression est un sentiment de perte de contrôle ou de désespoir par rapport à la situation.

L'acceptation enfin est ce sentiment de stabilité ou de résignation alors que le patient devient un participant actif dans sa vie.

Angladette et Consoli (2004), vont présenter le deuil normal qui d'après eux se déroule en phases, qui sont communes à tous les individus ; mais en précisant que chaque deuil reste singulier, dans la mesure où il dépend de la personnalité de tout un chacun et même de la relation que l'endeuillé entretenait avec le défunt. Les auteurs signalent aussi les différences individuelles qui apparaissent dans les manifestations du deuil et dans le rythme d'évolution de ce processus.

Ces auteurs présentent trois grandes étapes de déroulement du deuil ; d'abord l'état de choc qui marque le début du processus ; ensuite l'étape centrale qui regroupe les symptômes caractéristiques d'un état dépressif ; et enfin la phase de rétablissement.

**La période de choc.** Cette période suit immédiatement la perte ou le décès de l'être cher et est marquée par un état de choc qui est à la fois psychique et physique. Le choc est d'autant plus intense que la perte est brutale. Cette période à son tour se vit en deux phases : la phase de sidération ; celle de décharge émotionnelle et de la recherche de la personne disparue.

En ce qui concerne la sidération, l'annonce de la mort d'un être cher suscite des réactions de refus de la douloureuse réalité. En ce moment, un blocage de toutes les fonctions psychiques s'accompagne d'un état de sidération mentale. La personne endeuillée de par ses réactions, devient imperméable à l'environnement. Cet état peut durer quelques heures, jours voire quelques semaines. Le vécu somatique peut être traduit par la perte d'appétit, le manque de sommeil et la sensation de fatigue, à cela peut s'ajouter chez certaines personnes les grands états émotionnels tels que la tachycardie, l'hypotension, l'oppression thoracique, la gêne respiratoire, les crampes pharyngées, les douleurs épigastriques.

Quant à la phase de décharge émotionnelle et de recherche de la personne disparue, on peut dire que l'état de sidération se dissipe après un délai variable, pour laisser place à l'expression des émotions. C'est à ce moment que surviennent les pleurs, les sanglots et les lamentations en fonction des individus. Pendant cette période de forte décharge émotionnelle s'accompagnant de la recherche de la personne aimée et disparue, le comportement de l'endeuillé peut alterner entre des moments d'abattement, de prostration et des moments d'agitation anxieuse. L'endeuillé va s'entourer des objets du défunt, de son cadre familial et des personnes qui l'ont connu et aimé dans l'optique de rechercher la communication avec le défunt. Les illusions perceptives peuvent être fréquentes. Le sujet en deuil va croire voir le visage ou la silhouette de la personne disparue, ou encore entendre sa voix ou sentir sa présence à ses côtés, alors même qu'il sait qu'elle est morte. Il s'agit d'illusions de présence et non d'hallucinations, dans la mesure où le sujet n'a pas la conviction que cette présence est réelle. Sur le plan somatique, l'insomnie et l'anorexie persistent dans d'autres cas, ainsi qu'une asthénie majeure.

**La période dépressive.** Comme signalé par Angladette et Consoli (2004), cette étape est centrale dans le processus du deuil car elle est constituée par une phase dépressive qui s'installe

plus ou moins rapidement après la survenue du décès. Elle peut durer plusieurs semaines, mois, voire années. Ainsi donc la symptomatologie dépressive n'apparaît qu'après la période du choc et le tableau clinique est constitué de l'humeur dépressive, le ralentissement psychomoteur, et les symptômes somatiques auquel s'ajoutent des pensées et des attitudes à l'égard du disparu.

Parmi les symptômes affectifs on peut noter la tristesse, la douleur morale, l'idéation suicidaire. En plus de ça, il y a la perte du plaisir pour des loisirs et à toutes les activités auxquelles participait le disparu. L'endeuillé a le sentiment que plus rien n'est agréable sans lui. On peut noter chez lui le sentiment de solitude même en présence des autres personnes.

Les troubles somatiques s'expriment sous forme d'anorexie, d'insomnie, d'asthénie, de plaintes fonctionnelles c'est-à-dire des douleurs, l'inconfort digestif, les symptômes neurovégétatifs, etc.

Pour ce qui est des pensées et attitudes à l'égard du disparu, elles sont entre autres :

- L'intrusion répétitive de souvenirs tristes, mais aussi heureux, relatifs au disparu ;
- L'idéalisation qui est la tendance à ignorer les défauts du disparu et à exagérer ses caractéristiques positives ;
- L'ambivalence qui consiste en une coexistence de sentiments positifs et négatifs envers la personne disparue ; la culpabilité qui est une sorte d'auto-accusation et de blâme concernant certains événements et même des regrets liés au comportement passé à l'égard du disparu. Angladette et Consoli (2004) précise que dans le deuil normal, il n'y a pas de sentiment de culpabilité ou d'autodépréciation relatif à des thèmes autres que ceux qui concernent le disparu ;
  - Les illusions perceptives concernant le disparu ;
  - L'identification au défunt par des préoccupations de santé, des symptômes somatiques mimant sa maladie, des imitations temporaires des manières et habitudes de ce dernier ;
  - Les idées de mort, s'exprimant généralement par la pensée qu'il aurait mieux valu mourir avant le disparu, en même temps que lui ou encore à sa place. Cet état dépressif a un retentissement sur le niveau de fonctionnement global de l'individu à savoir ses relations interpersonnelles et ses fonctions professionnelles.

Tous les autres intérêts semblent laissés de côté. Il est fréquent également d'observer une augmentation de la consommation d'alcool (principalement chez les hommes), de psychotropes (principalement chez les femmes), et de tabac (dans les deux sexes)

***La phase de rétablissement.*** Durant cette période qui est la dernière phase du processus du deuil selon Angladette et Consoli (2004), le sujet retrouve progressivement ses intérêts antérieurs et se montre capable peu à peu de se tourner vers l'avenir, d'investir de nouvelles relations, de ressentir de nouveaux désirs et de les exprimer. Ce retour vers le monde extérieur débute habituellement dans les rêves. L'état dépressif va progressivement se dissiper, la douleur va s'apaiser. Le sujet va d'abord éprouver du soulagement, puis retrouver une sensation de bien-être, de l'énergie et du goût de vivre. Ce processus de guérison pourra se voir témoigner par des modifications du cadre de vie. L'endeuillé va se séparer des objets personnels du défunt, en gardant seulement ceux qu'il considère comme particulièrement évocateurs et significatifs. Les représentations associées au défunt vont progressivement disparaître ; elles deviendront moins poignantes et moins douloureuses. Ces souvenirs tristes et nostalgiques vont peu à peu s'estomper pour resurgir périodiquement dans certaines circonstances.

D'après Hanus (2003) cité par Philippin (2006) le travail de deuil dont il est question ici, est le fruit d'une élaboration psychique qui reflète le vécu interne de l'endeuillé et s'opère en trois processus : la reconnaissance de la réalité de la perte, le renforcement des liens intérieurs avec l'être perdu et le travail sur les sentiments de culpabilité. Alors, pour que le deuil soit débuté, il faudrait d'abord reconnaître que la perte de la personne aimée est effective. Bien que cette réalité psychique entraînant souffrance et détresse ne soit pas immédiate. Ensuite, le renforcement des liens intérieurs avec le défunt, occupant tout l'espace psychique de l'endeuillé, amplifie les souvenirs relatifs à l'être perdu. Ainsi donc, chaque souvenir va être associé à l'idée de disparition incitant tristesse et dépression. Cette période est beaucoup plus longue chez l'endeuillé. Enfin, il s'agira de se désinvestir, se débarrasser non seulement de la culpabilité mais aussi des sentiments ambivalents (présence simultanée de sentiments affectueux et hostiles à l'égard du défunt).

***Travail de deuil et désinvestissement du défunt.*** Selon Cavalieri (2007) le travail de deuil ne peut se faire du jour au lendemain, cette phase prend beaucoup de temps car elle demande une exploration de l'espace- temps conséquente. En effet, il faut revivre le passé, vivre le présent avec la réalité de la perte ainsi que le futur sans la personne qui nous a quitté. Après cette phase de séparation du défunt, la personne vivant le deuil doit prendre conscience de ses sentiments envers ce dernier. D'après Angladette et Consoli (2004), la succession des manifestations cliniques du deuil est l'expression du déroulement d'un processus psychique qu'on peut appeler « le travail de deuil ». Les fonctions du travail de deuil sont l'acceptation de

la réalité, le désinvestissement de l'objet perdu et le réinvestissement de nouveaux objets. Après la perte d'un être cher, un travail de désinvestissement doit nécessairement s'opérer. C'est un travail de détachement progressif. Chacun des souvenirs doit être remémoré, puis confronté à l'idée de disparition afin d'être désinvesti, ce qui entraîne à chaque fois douleur et nostalgie. Ce travail se fait au travers du vécu dépressif. L'accomplissement de ce travail est indispensable pour accéder par la suite, à un réinvestissement de qualité vers de nouveaux objets

Le deuil pathologique par contre (Hanus, 2003) est une situation dans laquelle la personne endeuillée développe une pathologie jusque-là absente. Il est caractérisé par l'apparition de troubles psychiatriques au cours du processus de deuil, le sujet refuse la perte. Ces troubles peuvent être entre autre : des troubles hystériques, obsessionnels ou délirants mais généralement il s'agit d'une anxiété ou des troubles de l'humeur.

Philippin (2006) suggère que le deuil compliqué est ce deuil qui s'écarte de la normalité ; ceci par ce que la souffrance est augmentée en intensité et en temps, nuisant ainsi aux possibilités du travail de deuil de s'engager ou de parvenir à son terme. Hanus (2003), fait savoir que les principales complications du deuil seraient révélatrices d'une perturbation, laquelle affecte les grands processus rencontrés dans le travail de deuil entre autre : l'acceptation de la réalité, l'intériorisation de la relation et l'élaboration des sentiments de culpabilité.

D'après Hanus (1997, 1998, 2003), il existe trois types de deuil compliqué à savoir : le deuil différé, (ici, le refus initial de la perte se prolonge de manière anormale, empêchant l'engagement réel dans le deuil) ; le deuil inhibé (présence des troubles somatiques au détriment des manifestations affectives normalement présentes en situation de deuil) ; et le deuil chronique (les effets font obstacle à une progression normale dans l'élaboration du deuil, entraînant une dépression chronique). Les deuils compliqués ont cette particularité qu'ils créent des bouleversements d'ordre qualitatifs et plongent ainsi l'endeuillé dans la pathologie du deuil ; qui implique la santé physique et mentale.

Le deuil pathologique est caractérisé par la survenue d'une maladie physique ou mentale (induisant une décompensation) dans la période du deuil ; à ce moment, le deuil n'est pas la cause, mais plutôt un facteur déclencheur de la maladie chez tout individu dont l'équilibre, bien que précaire, ne laissait pas transparaître de signes cliniques objectivables. L'impact de la pathologie du deuil sur la santé physique s'explique par l'ampleur des manifestations émotionnelles, engendré par une situation de stress, provoquant ainsi diverses affections cardio-



vasculaires ; et d'autres pathologies auxquelles une composante psychosomatique est rattachée. Quant à la santé mentale, la survenue d'une pathologie psychiatrique dans le cadre d'un deuil découle essentiellement de la structure de personnalité de l'endeuillé.

D'après Hanus (2003), les facteurs de risque de la pathologie de deuil peuvent être entre autre :

- Les circonstances liées à la perte telles que le suicide, la mort brutale, inattendue ou violente ; parfois disparition catastrophique ou encore des décès multiples des proches ;
- Les répétitions des deuils et séparations ;
- Le lien affectif, c'est-à-dire le type de relation qu'on entretenait avec la personne perdue : particulièrement marquée par la dépendance et l'ambivalence ;
- L'âge : en particulier enfants et personnes âgées ;
- La perte d'un enfant ;
- La période de crise ou de déséquilibre ; ceci peut être une maladie, une crise morale, une difficulté sociale telle que le chômage ou encore un deuil en cours ;
- Les troubles de la personnalité sans pathologie déclarée ;
- Les antécédents psychiatriques
- L'absence de support psychosocial (support affectif, financier, relationnel).

Dans le cadre de ce travail, nous allons nous intéresser au deuil normal tel que préconisé par Kübler-Ross (1969) dans sa théorie de la gestion du changement ou encore des cinq phases du deuil.

**Point de vue cognitiviste.** Le deuil est la réaction humaine naturelle liée à une perte importante ; qui suscite diverses émotions désagréables telles que la colère, l'anxiété, la tristesse etc. Cependant chacun réagit différemment, de façon unique à cela ; en fonction des facteurs et même des circonstances de sa survenue d'autant plus que les événements de la vie n'ont pas les mêmes impacts chez tout le monde. Il n'y a d'ailleurs ni de bonnes ou de mauvaises manières de faire son deuil. C'est un processus donc la durée varie d'un individu à l'autre ; pour ce, il peut prendre une semaine, un mois ou une année.

Puisque l'individu ne subit pas passivement les événements de vie aigus ou chroniques, il doit toujours essayer d'y faire face ; et c'est là où intervient le concept de coping dans le deuil ; il peut s'agir des de la mise sur pied des cognitions (qui permettent d'évaluer la

situation), des affects (expression ou répression de la détresse ou colère), des comportements (résolution des problèmes ou recherche des solutions).

Dans une lecture intra-subjective adaptative, explique Paillot (2014) le deuil désigne un processus d'élaboration psychique et de réorganisation interne destiné à s'accommoder d'une perte subie par l'intermédiaire de stratégies de *coping* qui *désignent l'ensemble des comportements et des cognitions qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant en vue de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique* » (Luminet, 2008, p. 47). Lazarus et Folkman diront du coping qu'il constitue les efforts cognitifs et comportementaux, variables d'un moment à l'autre pour gérer des exigences spécifiques internes et externes évalués par une personne consommant ou excédent ses ressources. Parfois traduit par les termes d'ajustement ou d'adaptation, (Paillot, 2014), précise que cette notion signifie littéralement faire face ou affronter un problème, c'est-à-dire qu'elle cherche à rendre compte de la façon dont les individus cherchent à gérer, plus ou moins consciemment, la charge émotionnelle d'un événement afin de maintenir une adaptation psychosociale (Callahan, 2012).

Le deuil peut permettre d'interpréter les réactions consécutives aux changements brusques et imprévisibles des trajectoires biographiques, aux ruptures et réorientations de parcours de vie qui s'accompagnent d'une forte mobilisation émotionnelle (Grossetti, 2010) cité par Paillot (2014). Cette lecture du deuil met l'accent sur les réactions émotionnelles et comportementales induites par la perte effective, irréversible et subie d'un lien *constitutif de nous-mêmes* (Nasio, 2005), c'est-à-dire d'un lien qui nous attachait intensément et durablement à un objet aimé (Beauthéac, Dubois-Coestes, Guetny, 2011).

Le coping va donc permettre à l'endeuillé de gérer les réponses émotionnelles induites par cette situation ; il peut soit se sentir responsable, s'auto-accuser, ou encore exprimer ses émotions. D'après Zech (2006) les stratégies d'ajustement suite à la perte d'un être cher consisteraient non seulement à laisser passer son chagrin mais aussi à se confronter consciemment à la douleur et passer en revue l'ensemble des pensées qui ont rapport avec le ou la défunt(e) jusqu'à ce que le détachement vis-à-vis de cette personne soit complet.

**Point de vue de l'attachement.** D'après Bailly (2005), les individus réagissent initialement par une phase de protestation anxieuse après l'annonce d'un deuil ou d'une séparation définitive. Cette phase laisse peu à peu place à une phase du désespoir plus ou moins

intense et de repli dépressif. Et progressivement, on s'habitue à l'absence de l'autre, on réinvestit les activités occupationnelles, les loisirs aussi. Finalement on adopte un nouveau mode de vie sans la présence physique de l'être manquant. Ce processus se présente de la même manière quand il s'agit de l'annonce d'une maladie grave, chronique ou potentiellement létale. C'est ainsi qu'après une phase de déni de la réalité va s'en suivre une phase de dépression liée au renoncement imposé par la maladie de l'image que l'on avait de soi-même, et enfin ce fera l'acceptation de la maladie, ou de la nouvelle réalité.

Robertson et Bowlby (1952) cité par Bailly (2005) ont décrit les réactions des enfants séparés de leurs mères selon trois phases successives :

La phase de protestation ou s'entremêlent agitation, colère, cris pleures, refus de se laisser approcher, comportement de recherche de la mère qui peut durer quelques heures ou quelques jours

La phase de désespoir avec désarroi intense et état de retrait : les pleures diminuent, les enfants deviennent inactifs, ne cherchent rien, ne demande rien, la tristesse et la détresse manifestées du début deviennent beaucoup évidentes pour laisser place à une apparente indifférence ;

La phase de détachement au cours de laquelle l'enfant se laisse faire par l'entourage, s'y intéresse, redevient sociable, accepte les soins de n'importe quel substitue maternel, semblant perdre tout attachement pour sa mère.

Les auteurs rappellent que toute séparation n'aboutit pas forcément au développement de ces trois phases. La durée de la séparation d'avec la mère pourrait moduler l'intensité des manifestations observées. En reliant les trois phases du processus de séparation cités ci-dessus aux trois points essentiels de la théorie psychanalytique, Bowlby va joindre la phase de protestation au problème de l'angoisse de séparation, celle du désespoir à celui du chagrin et du deuil et enfin la phase de détachement au point des mécanismes de défense et d'adaptation mis en œuvre pour faire face à la séparation. Ce processus rappelle Bailly (2005) apparaîtra comme prototype des réactions qui sont présentée face à une situation de séparation d'avec un être cher.

On note à ce niveau une anxiété de séparation, se manifestant par la nostalgie ou encore le regret intense du défunt ; un chagrin et une douleur émotionnelle intenses ; et même des

préoccupations liées au décès ou aux circonstances de la mort. Il faut dire que la peur de la séparation d'avec les autres personnes aimées est centrale dans l'anxiété de séparation.

*Points de vue systémique.* Les systémiciens se sont investis sur le vécu du deuil dans les couples ou les familles pour montrer que cet autre est un processus qui affecte de manière fondamentale le réseau relationnel du défunt. Pour ce, le processus de deuil se joue à plusieurs niveaux : individuel, familial et social. D'après Paesmans (2006) ; Heas et Heas (2007) il suffit d'une simple observation pour démontrer que le deuil ne se limite pas seulement à un seul individu et que comme dans toute crise familiale, il est cette réaction qui affecte les interrelations de tous les membres.

Paesmans (2006) souligne que si le deuil correspond au niveau individuel à une crise dans le parcours individuel, au niveau familial ce deuil comprendrait une autre dimension car il fait davantage références à une crise dans un système familial où les générations se succèdent les unes aux autres et où le deuil se rencontre régulièrement. Cela crée ainsi une réorganisation familiale.

Le deuil familial traité par très peu d'auteurs est défini par Pereira (1998) comme étant un processus familial qui se déclenche à la suite de la perte de l'un de ses membres. Du point de vue systémique la perte d'un membre est la plus grande crise que doit affronter un système car ils sont tous concernés. On va donc assister à une réorganisation structurelle dans le système ; et cela va consister en une redistribution des rôles qu'occupait le défunt. Pour y parvenir sans qu'aucun incident ne puisse survenir, la famille va mettre en place une série de mécanismes de défense afin de renforcer son intégrité.

D'après Heas et Heas (2007), la famille met en marche toute une série de mécanisme d'ajustement, auxquels s'ajoutent les modes de soutien que chaque culture et chaque société ont créés, et qui ont pour objectifs de maintenir la pérennité des liens sociaux de la famille.

Pereira (1998) cité par Paesmans (2006) a mis en relief six mécanismes de défense utilisés par ces familles affectées ; dans le souci de faciliter le travail de deuil familial. Ils sont les suivants :

Le regroupement de la famille nucléaire qui se manifeste par un resserrement des liens entre les différents membres de la famille. Pour ce, la famille filtre les relations avec l'extérieur et délègue des fonctions à des personnes proches afin de pouvoir rester chez elles. Cette attitude

a pour conséquence d'augmenter les contacts échangés entre eux et de diminuer les stimulations provenant de l'extérieur ;

La famille élargie, ainsi que les personnes affectivement proches, intensifient leur contact avec la famille nucléaire ; en leur offrant du soutien et de l'aide si nécessaires ;

La diminution de la communication avec le monde extérieur chez les endeuillés qui font partie de la famille nucléaire. Et partant, renforcement de la communication interne ;

La faveur accordée par l'organisation sociale pour la continuité de la famille malgré la mort d'un des leurs, à travers un appui social et culturel à ses membres via des bourses, pensions, aides sociales, etc. ;

La diminution des conflits et renforcement du soutien mutuel et solidarité dans le groupe ;

L'isolement, abandon des tâches quotidiennes, perte de repères suite aux réactions du deuil qui impliquent des conduites de fragilité comme de l'affliction et la douleur.

Le travail de deuil dans le contexte familial s'élabore aux travers des actions individuelles et collectives ; Murray Bowen rappelle la fonction du rituel funéraire qui permet non seulement de ramener les survivants en contact intime avec la mort et avec les personnes importantes mais aussi aide les survivants et les amis à mettre un terme à leur relation avec la mort, pour continuer leur vie.

Neuburger (1988) cité par Heas et Heas (2007) insiste sur le rôle des rituels comme vecteur de la transmission du mythe familial et manifestation de l'appartenance à un groupe délimitant la frontière entre celui-ci et le monde extérieur. Selon Goldbeter-Merinfeld (2005), le rituel n'est pas seulement la douane par laquelle passe le temps et où se trace son passage, mais aussi utile pour restaurer le temps et permettre au système de continuer son chemin de vie.

### **1.3. Théorie du relativisme culturel**

D'après Lenclud (2006), relativiser c'est contextualiser. Selon lui, c'est ce que nous faisons chaque jour en communiquant avec autrui. Dans cette communication, nous interprétons ses mots et ses phrases en fonction de ce que nous connaissons de lui, des habitudes de langage qui sont les siennes et des circonstances dans lesquelles il s'exprime. L'auteur souligne que

nous savons bien, comme d'instinct, que dans certains contextes la phrase « Il fait froid » est un constat météorologique et que, dans d'autres, elle veut dire « Fermez la fenêtre » Lenclud (2006). Il explique enfin que l'idée selon laquelle ce que pensent, disent et font les hommes appartenant à un certain univers culturel, ne prend sa signification que relié au système d'idées et de valeurs qui caractérisent cet univers culturel.

Barbeau et Nathan (s. d.), pensent que le relativisme culturel serait une très vieille notion dont il faut probablement attribuer la paternité à Hérodote (env.484-425 avant J.-C.) qui a consacré tout son temps à étudier les coutumes des Grecs avec celles des Égyptiens et des Sémites du Moyen-Orient. Il faut souligner qu'Hérodote en regardant les coutumes des Grecs, Egyptiens et Sémites du Moyen orient, avait fait le constat sur la capacité des Grecs à penser l'universel

Ferréol (2015) dit du relativisme qu'il n'est autre que la prise en compte de la diversité ; à savoir la prescription ; la norme ou une sanction n'ayant de sens qu'à l'intérieur d'un bien délimité, il n'est pas d'institution qui soit supérieur à d'autres. Le relativisme culturel d'après Barthoux (2008) est cette idée selon laquelle les savoirs et les valeurs n'ont de sens qu'à l'intérieur du système culturel qui les a élaborés ; autrement dit, c'est la thèse selon laquelle le sens et la valeur des croyances et des comportements humains n'ont pas de références absolues qui seraient transcendantes et ne devraient être compris et analysées que du point de vue de leur culture.

D'après la théorie du relativisme culturel de Sow (1977/1978), l'interprétation rigoureuse des faits humains exige nécessairement un cadre et une perspective anthropologique. Dans le cadre de sa recherche en Afrique Noire traditionnelle, l'auteur s'est intéressé particulièrement aux modalités d'organisation de la personnalité dans des rapports dynamiques avec l'univers africain c'est-à-dire l'ensemble de la culture. Cette culture à elle seule permet d'éclairer les différentes conduites psychopathologiques.

Ainsi donc la compréhension de la maladie se fonde sur les catégories symboliques traditionnelles majeures ; l'homme entant que personne individuelle concrète est situé et amarré dans un univers panstructuré (les pôles culturels fondamentaux) à savoir le microcosmos, le mésocosmos et le macrocosmos. Ainsi donc la cause et l'effet de la maladie sont lié à deux ordres : d'abord, ce qui affecte la dimension verticale de l'Être c'est-à-dire ce qui affecte la relation à l'Ancêtre et à Dieu, rompant ainsi l'identité profonde du sujet, cela pourrait se

manifester par un remaniement psychotique pouvant aboutir au final à l'édification d'une personnalité nouvelle; Ensuite ce qui affecte la dimension horizontale de l'expérience existentielle, provoquant ainsi le malheur, il peut y avoir par exemple un échec de type névrotique ou une dévitalisation progressive des principes fondamentaux de la personne.

Du moment où tous les actants du mal, mal d'Être et du mal d'existence sont localisés dans le mésocosmos, la maladie sera donc comprise d'après Sow (1977) comme étant un conflit exprimant les péripéties et les contradictions vécues, par la personne concrète, dans ses relations avec le mésocosmos. Dans la théorie de Sow (1977/1978), le mésocosmos est plus prisé dans la mesure où il est le lieu privilégié où se déroulent les choses et la solution traditionnelle pour localiser les troubles de la personnalité. Il faut donc dire c'est sur le mésocosmos que les psychologues, psychopathologues et psychiatres ayant une conception dynamique de la personnalité fondent leur pratique.

Bien plus, l'espace mésocosmique traditionnel se présente comme intermédiaire entre le macrocosmos, « l'espace sacré (Dieu-Ancêtre) », et le microcosmos, « espace socio-culturel, historique, des hommes actuels ». L'auteur souligne que le mésocosmos est « d'une part le champs des doubles et co-jumeaux mythiques – génies ou autres entités, selon les thèmes traditionnels- ; mais il est , d'autres part aussi, le théâtre des pratiques malfaisantes d'ennemis humains puissants et méchants qui, quoi que vivant habituellement dans le microcosmos, se « transportent » dans la zone mésocosmique d'où ils agressent les autres hommes par ce que , précisément, se comportant alors eux-mêmes comme des doubles monstrueux, ils rééditent la violence (préculturelle, propre au chaos naturelle) racontée dans les thèmes et mythes traditionnels. » (Sow, 1977, P. 214).

La maladie se fonde sur les catégories traditionnelles majeures. Ainsi, l'africain, entant que personne individuelle est situé dans un univers panstructuré constitué du microcosmos, mésocosmos et du macrocosmos. Dans ce contexte, signale Sow (1977), la maladie trouve son origine dans ce qui affecte la relation de l'Ancêtre avec Dieu ou bien ce qui affecte la dimension horizontale de l'expérience existentielle et provoque le malheur ; tel que l'existence d'échec de type névrotique ou dévitalisation progressive des principes fondamentaux de la personne. Dans la pensée traditionnelle, le mal d'Être et le mal d'existence sont localisés dans le mésocosmos d'où ils opèrent.

La maladie est dans ce cas perçue comme étant un conflit exprimant les péripéties et les contradictions vécues, par la personne concrète, dans ses relations avec le mésocosmos. Il faut dire que la conception africaine de la relation est une conception totalisante et dynamique, et c'est la raison pour laquelle le drame ne saurait être un simple débat intérieur, isolé et restreint. C'est dans le mésocosmos que sont mises en relief les expériences malheureuses vécues par l'individualité. Sow (1977) fait une analyse des conceptions traditionnelles africaines de la maladie en général et particulièrement de la maladie mentale : « *c'est à partir des réalités concrètes, articulées à l'aide des symboles fondamentaux de l'anthropologie africaine, qu'il convient d'élaborer des modèles et de reconstituer les principes* » (p. 254).

En parlant des modalités d'organisation de la personnalité en Afrique Noire traditionnelle avec l'univers africain (l'ensemble des cultures africaines) qui seul permet de comprendre les conduites psychopathologiques, l'auteur conclut en précisant que l'individualité en Afrique est une totalité constituée de trois pôles culturels fondamentaux à savoir l'Ancêtre, la famille et la communauté. Ces trois pôles définissent les éléments de la culture traditionnelle qui constituent l'individualité dans ce contexte ; ceci dans la mesure où le principe le plus interne avec cette individualité est en relation avec l'ancêtre ; le principe vital étant étroitement lié à la famille et le principe de la vie végétative proche de la vie communautaire élargie. Au-delà de ces différents pôles auxquels est soumis l'individu africain, il peut y avoir d'autres relations indirectes existant entre les éléments, entre les pôles et entre pôle-élément. C'est tout cela qui constitue d'après Sow (1977) « l'ensemble des réseaux de relations actuelles de l'individualité et permet de saisir la continuité de structure existant entre conflit relationnel d'une part et troubles de la personnalité d'autre part » (p. 254).

Il faut donc signaler avec l'auteur que la structure persécutrice de l'individualité se fonde à partir du moment où il y a rupture de l'un et/ou de l'autre des axes constituants les pôles relationnels fondamentaux de cette individualité ou encore s'il y a atteinte de l'un et/ou de l'autre des éléments constitutifs de l'intimité de l'individualité. C'est donc cette rupture ou cette atteinte qui indiquera le type de maladie. Ainsi donc, pour poser un diagnostic sur la maladie en milieu africain traditionnel, il faut prendre en compte la structure relationnelle dynamique, donc, chercher à mettre en évidence et à préciser la nature, le niveau et le sens du conflit entre « le dehors » compris comme le pôle relationnel, « le dedans », entendu comme principe interne, vital, vie végétative et corps.



La maladie, selon Sow (1977) serait « nécessairement persécution, et plus précisément encore, agression par le doublet antithétique des constituants du Moi (individualité) correspondant à chacun des pôles relationnels culturels fondamentaux » (p. 256). La relation et le conflit de relation avec le pôle de la tradition ancestrale est matérialisée par les génies ; celle avec le lignage et la famille matérialisée par le sorcier, tandis que la relation et ses conflits avec les autres membres de la communauté est matérialisée par le fétichage-maraboutage. Alors la diversité des troubles mentaux dépendrait des configurations relationnelles conflictuelles possibles.

La notion de maladie chez Sow (1977/1978) est ainsi dominée par celle de conflit relationnelle. Sur le plan notionnel, précise l'auteur, le maladie est le désordre par opposition à l'ordre culturel, une violence subie par un Ego qui est une totalité ordonnée qui se situe sur l'axe vertical c'est-à-dire dans sa dimension phylogénétique par rapport à l'Être ancestral ; sur l'axe horizontal c'est-à-dire dans sa dimension socioculturelle par rapport au système d'alliances et à la communauté élargie ; et enfin sur l'axe ontogénétique c'est-à-dire dans sa dimension de l'Existant par rapport à son individualité qui est étroitement lié à son lignage et à sa famille restreinte.

D'après Sow (1977/1978), les processus d'identifications intervenant dans la genèse et dans le développement de la personnalité se font, en Afrique dans la synchronie c'est-à-dire au milieu des frères et des pairs ; mais aussi au niveau du lignage et de la communauté au sommet des quels se trouve l'Ancêtre qui est la référence et le recours ultimes de cette personne-personnalité. L'Ancêtre est le fondement, le garant, le fondateur de la communauté et de l'ordre culturel. L'ancêtre est défini selon les Ortigues comme lieu géométrique de toutes les places qui sont susceptibles d'être occupées dans la société. C'est à partir de ces trois dimensions que Sow situe avec précision la place de l'Ego dans son être, son identité et dans son existence. Ainsi donc la maladie serait marquée par une violence subie par l'égo suite à la rupture provoquée par une altérité agressive, de l'un ou d'autre de ses liens, issus des pôles fondamentaux constituants ; c'est -à-dire Ego coupé du phylum génétique vertical (Être), coupé des signifiants culturels et alliances actuelles (identité), coupé du « Soi », de son existence propre. Ceci constitue selon l'auteur de l'étiologie des troubles mentaux en Afrique Noire. IL schématise les dimensions constituantes de la personnalité selon la conception traditionnelle en prenant en compte certaines variantes selon les aires culturelles considérées. Le schéma est le suivant :

- Le corps ou enveloppe est en relation avec le pôle communautaire et serait le terrain du maraboutage/fétichage,
- Les principes vitaux en relation avec le pôle familial, l'être biologique. C'est le pôle de la sorcellerie,
- Le principe spirituel est en relation avec le pôle ancestral qui serait la source du type de troubles les plus graves par ce que procédant du désordre le plus important et le plus fondamental avec l'Être, le Verbe, la Loi de l'Ancêtre.

*La soumission aux rituels traditionnels.* Avec Sow (1977), on comprend dès lors que toutes les pratiques thérapeutiques traditionnelles constituent, en leurs moments essentiels, à revivre selon un ordre séquentiel strict, puis à neutraliser collectivement, selon toute une symbolique, les temps forts de cette violence des origines. Cette violence originelle fondatrice sera vécue par Ego aux différents niveaux de son psychisme total, afin de se construire une personnalité renouvelée. Ainsi donc, il s'agira de réarticuler Ego, en ses dimensions essentielles. L'africain pense toujours n'est pas être ce qu'il devrait être, ceci en fonction des dimensions qui le constituent, à savoir pour l'Ancêtre, pour les autres et pour soi. C'est ainsi que la calomnie qui est la pire des choses devrait être réparée publiquement. On y assiste à une morale de culpabilité latente, diffuse, permanente et inconsciente qui est constitutive toute psychologie, de toute praxis fondée sur une anthropologie individualiste du sujet.

*Problème psychologique en Afrique : la culpabilité.* Le thème qui définit l'intériorité du sujet africain lui-même est la culpabilité inconsciente qui est permanente chez ce dernier et se manifeste selon les modalités de l'agressivité et de la violence dans sa relation à l'autre et à soi-même. Ainsi donc, en intériorisant le conflit, il vit une solitude radicale engendrée par un sentiment de culpabilité. Sow (1977) explique qu'en Afrique Noire traditionnelle, la valeur est constitutive de l'Être. Le bien se définit par sa concordance avec l'Être et l'existant expérimente un drame où la force de vie est ce qu'il faut, à tout prix, protéger, accroître, transmettre. La lutte permanente de l'homme traditionnel en vue de préserver la vitalité dans l'existant, contre toutes les forces qui mettent en péril la cohérence de sa structure, incite à la prudence sociale.

*La honte.* D'après Sow (1977), en Afrique traditionnelle, toute interprétation pour être retenue comme telle, doit être validée par le consensus collectif. Aussi il faut signaler que la rupture d'un interdit majeur sur le plan social et culturel peut être tenue pour une violence contre l'Ancêtre ; et le motif notoire d'éclosion peut être un champ familial, social, lignager perturbé.

La honte à ce niveau est ce sentiment intérieur qu'éprouve un individu qui évolue en marge de la dynamique intracommunautaire. La honte est une source de déshonneur en Afrique.

En définitive, Sow (1977) réitère que dans sa théorie du relativisme culturel met l'accent sur l'interprétation de la maladie selon trois registres en Afrique :

- L'action intentionnelle d'un mauvais esprit-sorcier et l'effet du fétichage ; maraboutage ou empoisonnement ;
- L'action intentionnelle des ancêtres et de Dieu
- La discordance avec les signifiants culturels tels que les symboles, les valeurs, les conduites culturelles et les troubles de la vie communautaire élargie.

Dans cette perspective, explique Sow (1977), le parcours thérapeutique ou le traitement des maladies dans le contexte africain prend en compte ces axes en fonction de celui qui domine dans l'étiologie de la maladie en question.

## **2. Approfondissement des concepts**

Il s'agit des concepts tels que : le couple, l'infertilité, l'assistance médicale à la procréation, la souffrance conjugale, les valeurs culturelles, l'insémination artificielle avec donneur et étude de cas.

### **2.1. Le couple : définition, historique et évolution**

#### **2.1.1. Définition du couple**

D'après Maestre (2009) le couple doit désigner une paire de choses qui mises ensemble forme une nouvelle entité. On évoque ce terme pour parler d'un mâle et d'une femelle ; il renvoie également à un homme et une femme mariés ou vivant en union libre, deux amis, deux personnes vivants ensemble ou agissant ensemble. En mathématiques, le couple est un ensemble ordonné de deux éléments identiques ; en physiques et même en mécanique poursuit l'auteur, le couple est tout système d'actions mécaniques dont la résultante est nulle (Maestre, 2009).

Neuburger (2013) pense que, si dans le passé le couple naissait avec l'aval et l'accompagnement des familles respectives, aujourd'hui il s'auto constitue de deux façons à savoir : l'invention d'un mythe fondateur selon lequel la rencontre n'aurait pas été fortuite

(même si cela a été possible via le réseau internet). Ou que le destin a rapproché les partenaires du fait de leur ressemblance et même de coïncidences significatives ; par ailleurs le couple va s'auto constituer par certains rituels (Neuburger, 2013) qui ne sont pas nécessairement des rituels conventionnels tel que le mariage. Le couple contemporain, poursuit l'auteur, va mettre sur pied des rituels qui lui sont propres et qui font renforcer son identité. Vu sous cet angle, le couple est perçu comme étant soutenu entre le pôle mythique, pôle des croyances et le pôle des rituels.

D'après Godin (2010), le terme « couple » désigne le couramment de deux choses de la même espèce, mises ou considérées ensemble, mais il ne s'emploie jamais afin de qualifier deux choses allant nécessairement ensemble. Le couple serait donc plus exactement la réunion de deux personnes qui ne font pas la paire, autrement dit les deux personnes différentes l'une de l'autre. Cette différence pourrait se faire en termes de sexe de nationalité, de religion, de force (physique, économique et sociale), de moralité etc. Quoi qu'il en soit, elles vont être à l'origine d'une entité unique qui est le couple ; et dans le cas d'espèce du couple hétérosexuel.

Du point de vue légal, soulignent Albernhe et Albernhe (2008), un couple est une institution sociale fondée par un homme et une femme, partageant des relations sexuelles librement consenti (en excluant les couples homosexuels). Il s'agit de la réunion plus ou moins durable de deux partenaires partageant une vie sexuelle et vivant en général ensemble ; il faut dire qu'il s'agit d'une union affective de deux personnes appelées conjoints. Du fait que cette union soit durable, on définit le couple comme étant l'histoire d'une rencontre qui dure entre deux partenaires qui n'arrivent plus à se séparer (Delaisi de Parseval, 2004).

Envisagé sous l'angle de la systémique, disent Albernhe et al. (2008), le couple est le plus petit système qui existe. Il représente l'union affective de deux personnes : les conjoints. Ceux-ci forment le résultat d'un assemblage affectif qui dépend d'une multitude de facteurs, se situant chacun sur des plans différents : culturel, sociologique, économique, psychologique et bien sûr inconscient (Lemaire, 1995, cité par Albernhe et al. 2008).

Albernhe et Albernhe (2008) définissent le couple comme étant la réunion plus ou moins durable de deux partenaires partageant une vie sexuelle et vivant en général ensemble. Le couple présente un certain nombre de caractéristiques fonctionnelles telles que : les interactions, l'émergence de normes ou de règles de conduite, l'existence des buts communs d'émotions et de sentiments communs, l'émergence d'une structure informelle qui est de l'ordre de

l'affectivité, un inconscient collectif et l'établissement d'un équilibre interne ayant un système de relation stables avec leur environnement.

Le couple se présente ainsi comme un groupe primaire caractérisé par un sentiment d'appartenance (Maestre, 2009 ; Nurberger, 2003) et une totalité dynamique. On peut ainsi y relever des besoins individuels, des ressentis personnels, des buts communs, une répartition de rôles permettant à l'individu de s'insérer clairement à sa place, des activités communes qui constituent des variables de sentiment d'appartenance. Bien plus, pour ce qui est de la dynamique de la totalité, les auteurs prônent un équilibre affectif basé sur des rôles, une dynamique qui combine des fonctions de progression et des fonctions de cohésion ; des relations de pouvoir qui peuvent changer dans le temps et selon les tâches.

Au vue de ces caractéristiques, le couple se présente comme le plus petit système formé de deux personnes, les conjoints formant ainsi une union affective durable. Albernhe et Albernhe (2008) disent du couple qu'il a un fonctionnement particulier du fait de la relation amoureuse qui l'a fondé et sa place dans la lignée de génération, c'est une entité bien conçue, spéciale qui exclut les autres individus ; de tel enseigne qu'on puisse croire qu'il existe une frontière fictive autour de lui, le couple vit dans une sorte de bulle psychologique.

Dans le domaine purement systémique précise l'auteur, le couple est le plus petit des systèmes humains ; c'est pratiquement le seul système humain pour lequel le nombre de canaux relationnels est inférieur au nombre des personnes qui le composent. C'est ainsi que ce nombre va augmenter avec l'introduction des membres de la famille (Maestre, 2009).

Sur le plan social, l'utilisation de concept couple renvoie à une relation entre deux êtres qui ont mis en communs des intérêts affectifs, sexuels, sociaux voire financier et parfois leur filiation. Neuburger (2003) souligne qu'un couple est l'histoire d'une rencontre qui dure entre deux personnes qui ne trouvent pas de raisons suffisantes pour se séparer, et qui ont vécu lors de leur rencontre un lien particulier qui est celui de l'appartenance. L'auteur définit *la relation d'appartenance* comme étant un partage avec d'autres de valeurs, de croyances, de buts, d'intérêts qui créent une communauté réelle et/ou psychologique. Il s'agit pour ce fait de créer une solidarité, une loyauté entre les membres du groupe ; et cela constitue le monde de l'identité. La précision est faite sur le point où il peut y avoir de relation interpersonnelles qui ne sont pas pourtant des relations d'appartenance ; telles que des rencontres amoureuses. De même que dans toutes relations d'appartenance, il peut ne pas y avoir de relation

interpersonnelle. Cependant pour qu'une relation soit structurante, il faudrait qu'elle se situe dans un groupe d'appartenance telle que la famille.

D'après Neuburger (2003), la relation d'appartenance doit contenir une relation d'au moins deux personnes afin d'être un support identitaire consistant. L'auteur considère la famille, la fratrie et le couple comme étant une relation d'appartenance.

Garcia (2007), psychanalyste de couple, faisant allusion au sentiment amoureux à l'espace couple, déclare que les couples viennent toujours leur parler d'amour, attendu ou disparu, à donner et à recevoir. L'auteur ajoute qu'il se constitue entre eux un lien privilégié, caractérisé par une relation narcissique réciproque, qui se soutient de l'illusion du donné et du recevoir interactif. Nous retenons avec Garcia (2007) que dans la vie de couple, se penser amoureux revient à ressentir un processus d'extension du Moi, qui correspond aux prémices d'une co-création potentielle d'un nouvel espace psychique à deux, clos sur lui-même, selon un mode groupal se défendant de toute interférence extérieure.

Selon Garcia (2007), l'espace couple est vu comme un lieu de symbolisation ; et pour ce, est un espace commun, formé du psychisme des deux partenaires ; ainsi, il est le lieu de dépôt de l'inconscient du couple, de ce que chacun recherche inconsciemment, mais également ce dont chacun cherche à se défaire sans le savoir. Qui plus est, dans cet espace chacun est le support projectif de l'autre, et l'objet-couple, investi comme tel, en est le cadre sécurisant, permettant le déploiement d'un transfert permanent, actualisant les pathologies essentielles des partenaires. Par conséquent, Garcia (2007) explique que le couple apparaît comme le lieu primordial où se réactualisent les angoisses primaires liées à un vécu non ou insuffisant symbolisé, qui reste dès lors clivé de l'ensemble du fonctionnement psychique.

Au demeurant, le couple est une entité spéciale, qui exclue les autres individus comme s'il y avait une frontière autour de lui. La constitution d'un couple marié hétérosexuel comme dans le cas de notre étude marque symboliquement dans de nombreuses cultures la fin de l'adolescence.

### **2.1.2. Historique et évolution de la notion de couple**

*Le couple de l'antiquité et du Moyen âge.* D'après l'historien Bologne (2015), le couple se constitue selon les classes sociales et forme une alliance de deux patrimoines, de deux forces de travail et un mode de perpétuation de la lignée. Dans l'inconscient collectif, signale Bologne

(2016) le mot « couple » est synonyme de « mariage ». Le mariage, à son tour étant le couple officialisé, devant monsieur le Maire, et éventuellement devant monsieur le curé, l'imam ou le rabbin. Le couple et par ricochet le mariage est l'atome originel, entendu le socle de la famille.

Historien des mœurs, Bologne (2016) fait savoir que d'après les fouilles sur le couple préhistorique, on comprend qu'il est à l'origine de la civilisation. En Grèce par exemple c'est une affaire de citoyenneté. Chez les Romains l'histoire de couple évolue en souplesse, ceux-ci multiplie à l'infini des types d'unions.

Dans la basse antiquité, signale Bologne (1995), les concubinages sont fréquents, surtout avec des esclaves ; alors les seules noces légitimes se font avec des égaux. En 1184, l'Eglise institue le mariage comme étant l'un des sept sacrements. En 1215 se fut la publication des bans de mariage qui devient obligatoire. L'église à partir du Moyen-âge va s'intéresser de près à la sexualité sur laquelle est fondée l'idée du mariage et par conséquent du couple. Il faut signaler que jusqu'à lors il n'existait pas de frontière entre époux et concubins jusqu'à ce que l'excommunication de ces derniers soit proclamée.

En 1563, le mariage chrétien sera donc basé sur la sexualité exclusive pour l'homme comme pour la femme. C'est ainsi que la vie intime du couple se voit laissée à une libre appréciation. Selon le décret de l'église, la position missionnaire est la seule à assurer la descendance viable et conforme ; interdisant ainsi la naissance des enfants difformes. C'est ainsi que pendant plusieurs siècles, seule la sexualité des couples légitimés pouvait passer au crible des bonnes mœurs. C'est ainsi que l'église a une main forte sur la formation des couples.

Au XVI<sup>e</sup> siècle, le contrôle religieux de l'église s'instaure et le mariage est conçu avant tout comme un sacrement ; tout ce qui peut détourner l'acte conjugal de sa fin procréatrice est un péché mortel.

Au XVII<sup>e</sup> siècle, l'amour devient un sentiment pondéré qui naît après le mariage.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, « siècle des philosophes », le mariage est plus libre.

Au XIX<sup>e</sup> siècle s'instaure vraiment le mariage d'amour.

Au XX<sup>e</sup> siècle apparaît le concubinage, désinstitutionalisation de l'amour qui devient plus important que l'union contractée.

En 1965, la puissance maritale est démantelée : le mari abandonne les derniers lambeaux de sa tutelle sur la femme.

En 1967, la contraception est dépenalisée.

En 1968, l'institution « mariage » est réformée.

En 1972, le nombre de mariages commence à diminuer nettement.

En 1975, la loi sur le divorce permet aux époux de vivre dans deux domiciles distincts sans porter atteinte à la vie commune.

En 1981, le nombre de mariages continue à diminuer et le nombre d'unions libres augmente ; la femme garde son nom de jeune fille lorsqu'elle se marie.

Actuellement, plus de la moitié des mariages ont été précédés d'une cohabitation.

Sylla et Platteau (2008) font remarquer que le dogmatisme religieux a profondément marqué la conception amoureuse de l'Occident dans la mesure où l'église exerçait un contrôle social et considérait que seul l'homme avait droit au plaisir et sa compagne ne pouvait que s'y soumettre. De même, il était conseillé aux hommes d'éviter les femmes qui travaillent, aussi bien les intellectuelles que les prostituées car leur indépendance était considérée comme nocive. C'est ainsi qu'il était impossible pour les chrétiens de penser l'amour en dehors d'une finalité reproductrice. Cette méfiance vis-à-vis du plaisir (Sylla & Platteau, 2008) dominera la pensée chrétienne jusqu'au XII<sup>e</sup> siècle et la teinte encore aujourd'hui.

***Le couple contemporain en Afrique et en occident.*** Sylla et Plateau (2008) ont mené une étude comparative sur l'évolution du couple en milieu africain et européen. D'après ces auteurs, l'autonomie est d'autant plus primordiale en Europe qu'elle en est devenue un mythe dans le couple. De ce point de vue la dépendance à l'autre est considérée comme étant aliénante et le désarroi naît du fait de vouloir concilier cette autonomisation à l'individualisme. En occident, précisent les auteurs le couple est confronté à des positions contradictoires qui renvoient d'une part à la mythologie traditionnelle où l'homme s'inscrit dans une dépendance pour accéder à une identité reconnue et d'autre part à la mythologie post-moderne caractérisée par des choix personnels réussis, sans influence du milieu, qui donnent accès à la propre identité humaine. Qu'elle soit intégrée ou non dans la famille, le couple en Europe forme une institution



à part entière, avec une place prépondérante où chaque partenaire exige un couple réussi. Les conditions vitales pour le couple en Occident sont les sentiments d'égalité, de liberté et de satisfaction.

En Afrique, bien que l'ancrage social du couple demeure solide, celui-ci maintient ses racines dans un socle considéré toujours comme traditionnel. C'est ainsi qu'au-delà de la reconnaissance juridique, administrative et religieuse, le couple n'existe que par rapport à son existence sociale. Bien qu'une évolution se note sur le processus de différenciation dans les couples, plusieurs dépendances mettent encore en exergues l'importance de l'identité et des appartenances. C'est donc dire l'individu qui s'engage dans un projet de mariage à la pleine conscience de satisfaire un objectif social. De même, des espaces personnalisés ne seront aménageables et significatifs pour cet individu et son couple que si c'est en lien avec sa famille d'origine. L'épanouissement du couple en Afrique ne serait que la capacité à donner un sens à sa relation et au monde ; l'individuation étant possible mais cachée.

### **2.1.3. Typologie de couple**

Maestre (2009) distingue trois types de couple : amoureux, conjugal et parental

Pour ce qui est du couple amoureux, l'auteur souligne qu'il est caractérisé par un choix réciproque et libre de ses membres qui ont décidé de s'appeler couple ; l'état amoureux étant marqué par des symptômes à la fois psychologiques tels que les sensations de manque, de rêveries et somatiques tels que les tremblements des jambes et bien d'autres.

Quant au couple conjugal, il constitue un groupe d'appartenance structuré par un mythe et des rituels. Ce type s'appuie à la fois au couple amoureux et au couple parental s'il y a des enfants issus de celui-ci ou d'une autre relation. Il existe dans ce couple ce que l'auteur a appelé « mythe fondateur », entendu comme cette petite histoire que ses membres racontent pour expliquer l'irrationnel de leur rencontre. Pour ceux-ci c'est un événement magique voire poétique auquel croient ces derniers au point d'en faire de rituels. Il n'est pas rare de les voir célébrer l'anniversaire de la rencontre, du mariage et même de la saint-valentin pour renforcer le mythe en se montrant mutuellement qu'ils partagent toujours les mêmes croyances. Il faut aussi souligner que ce couple a des codes qui lui sont propres tels que la façon de se saluer, de sonner quand on rentre à la maison et mêmes des spécificités qui ne sont pas facilement remarquables par une personne qui leur est étrangère telles que les humeurs. Chaque membre

du couple perçoit immédiatement un changement d'humeur chez l'autre, ce qui n'est pas toujours évidemment remarqué par autrui.

Concernant le couple parental, l'auteur n'a pas noté une grande différence entre celui-ci et le couple conjugal, bref c'est ce qu'on appelle « ménage », souligne-t-il et qui a pour finalité la construction d'une famille ; d'ailleurs il est fréquent de voir remettre à deux personnes qui se marient un livret de famille plutôt qu'un livret de couple. Le couple parental a plusieurs caractéristiques entre autre : 1) être parent d'enfants ensemble que ceux-ci soient par filiation c'est-à-dire par naissance naturelle, fécondation assistée ou in vitro avec donneur ou sans donneur exogène ; ou encore adoption plénière ; ou que ceux-ci soient par affiliation ; il s'agit d'une adoption simple, la reconnaissance par le père de l'enfant de la mère, ou encore un enfant issu d'une liaison antérieure par l'un des membres du couple. 2) le couple parental survit au couple conjugal dans la mesure où on ne saurait divorcer de ses propres enfants. 3) comme le couple conjugal, le couple parental est structuré par un mythe fondateur qui consolide au jour le jour leur relation en renforçant leurs souhaits respectifs au regard de leurs romans familiaux. Il faut dire que le couple s'élabore au croisement de deux groupes d'appartenance qui sont eux-mêmes sous-tendus par une dimension mythique (construction imaginaire qui se veut explicative à partir des phénomènes cosmiques ou sociaux et qui fonde également certaines pratiques sociales).

Selon Albernhe et Albernhe (2008), il est possible d'écrire une multitude de relations en fonction des configurations conjugales. Il n'est pas rare de voir des couples qui paraissent harmonieux et d'autres qui choquent régulièrement au point où on se pose la question sur leur longévité ; tout dépend de l'intérêt que chacun des couples porte à la relation ; des facteurs inconscients ainsi que de la construction personnelle du monde propre à chaque partenaire sur la vie du couple. Les auteurs, s'intéressant sur le fait que certains couples paraissent bien associer et se dissocier du jour au lendemain tan dis que d'autres unions ou la famille ou les amis prédisent l'échec perdurent. Ceci serait lié à la volonté de l'accomplissement de l'histoire familiale de soi, pensent-ils. C'est ainsi que non seulement les systémiciens mais aussi les psychanalystes ont étudié « l'assise du couple ». C'est en fait ce sur quoi se fonde le couple, tant au niveau de la structure que du mythe. D'après Albernhe et Albernhe (2008) Eieger a distingué trois typologies structurelles du couple.

- Le couple normal ou névrotique : il est caractérisé par l'acceptation et la complémentarité entre les partenaires. Ce couple est non seulement ouvert sur l'extérieur mais est capable d'établir un dialogue sur lui-même ?

- le couple anaclitique ou dépendant : il est fondé sur cette crainte mutuelle de la perte d'objet d'amour. Il faut dire que sa spécificité repose sur le fait qu'il se constitue le plus souvent après un deuil et se structure de manière défensive sur un mythe fondateur selon lequel « ensemble, nous serons plus forts ».

- Le couple narcissique ou fusionnel est caractérisé par le conflit, étant donné que son existence soit fondée sur le conflit et la lutte pour le pouvoir.

Au demeurant il faut noter que le couple se fonde par amour et que pour la plupart, surtout en Afrique l'enfant constitue le centre d'intérêt et c'est lui qui fait la joie des membres de ce groupe aimant.

#### **2.1.4. La place de l'enfant dans le couple**

La reproduction est un ensemble de processus par lesquels les espèces se perpétuent en permettant la naissance d'un nouvel individu. Selon Smagulova, Charlotte-François, Vialard, et Vid, (2015), c'est une propriété fondamentale et obligatoire du monde vivant. Il faut donc comprendre que toute espèce vivante doit disposer d'un mécanisme efficace de reproduction sous peine de disparaître. Alors, faire des enfants n'est pas un acte anodin, ce n'est pas non plus un acte nécessaire au bon fonctionnement de la société ; c'est un acte pour l'humanité toute entière, inhérent à la perpétuation de la race humaine. Il serait donc aberrant, soulignent Haden, Kloug, Luong, Mottaz et Sarp (2001), de travailler pour un futur que nous n'assurons pas la descendance ; étant donné que les enfants sont garants de notre patrimoine non seulement génétique mais aussi culturel.

*L'enfant, source de fierté.* Dans son ouvrage, les informateurs de Yana (1995) ont des avis nuancés sur la valeur de l'enfant, l'auteur précise que les avis sont plus nuancés en milieu urbain que rural ; mais en général, l'enfant est perçu comme une source de fierté de joie et de réconfort pour les parents ; l'auteur présente et interprète les avis des informateurs :

Perception de l'enfant comme moyen d'affirmation et d'épanouissement personnes ; quand vous voyez votre enfant dit le formateur, vous êtes fier, vous êtes à l'aise. Dans la famille où il n'y a pas d'enfants, on ne peut pas bien rire ni être joyeux

L'enfant est pour toute personne une marque de passage sur terre précise l'auteur ; l'informateur dit que l'enfant dans la famille est comme témoin de la vie des parents qui vont disparaître ; si un jour le père n'est pas là c'est partant des enfants qu'on saura que le père était là ; l'utilité d'un enfant c'est que tu laisses ton nom, un signe qui montre que tu as vécu.

L'enfant est non seulement une aide pour les parents, mais aussi un soutien pour leurs vieux jours ajoute l'auteur ; quand tu es vieux, l'enfant t'aide souligne l'informateur, l'enfant prend ta place et tu ne manges qu'à ses dépens.

Certains citadins précise l'auteur voient en l'enfant la raison de vivre des parents, le fruit de l'amour des conjoints cependant, ne se retiennent pas aussi de souligner la lourde charge que confère ce dernier dans son encadrement et son entretien.

L'enfant est dispensateur de bonne humeur, c'est ainsi que tous reconnaissent la joie que procure la naissance d'un enfant dans une famille ; c'est la fête pour les géniteurs et leur entourage.

L'auteur conseille de garder la discrétion pour ce qui concerne la procréation ou encore la nouvelle naissance car il y a bien de gens jaloux qui pourraient nuire à la santé de la mère ou à celle de l'enfant.

***Projet d'enfant et nostalgie des liens familiaux.*** Dans leur ouvrage intitulé « devenir père », Frydman et Schilte (2004) respectivement gynécologue-obstétricien et journaliste spécialisée en maternité, présentent certains aspects qui peuvent motiver l'homme dans son désir d'enfant ; ceux-ci évoquent le choix de passer à l'âge adulte, la volonté de ressembler aux parents voire faire mieux qu'eux, la nostalgie des liens fraternels, la rivalité entre frère et sœur, le fait de vouloir faire plaisir à la compagne ou encore de combler un vide laissé par les parents.

Chercher à devenir père, précisent les auteurs, c'est vouloir renoncer à une part d'enfance et à la protection des parents. C'est vouloir passer de protégé à protecteur, prendre une distance entre le parent qui était le centre d'intérêt pour se référer à la conjointe. Le désir d'enfant s'appuiera sur les souvenirs des relations que l'on aurait entretenues avec le père

lorsqu'on était petit garçon. « *Les câlins du soir, les histoires lues aux creux de ses bras, la transmission des savoir-faire familiaux, et plus tard les connivences intellectuelles, entretiennent, dans votre cœur et dans votre tête, l'idée qu'être père est une expérience incomparable et qu'il serait dommage de ne pas la tenter* » (p. 20).

Aussi, un homme peut souhaiter devenir père dans le souci de se venger d'une petite enfance qui n'a pas été vécue avec bonheur, ainsi il aura besoin de donner à son enfant tout ce dont ne lui a pas fait partager ; le désir d'enfant souligné par les auteurs est alors construit avec des regrets.

Frydman et Schilte (2004) voient également dans le désir d'enfant la nostalgie des liens familiaux chez certains hommes ; et même la volonté de retrouver de retrouver les sentiments affectifs forts établis entre frères et sœurs. Ainsi, pensent-ils, les relations entre frères et sœurs auraient leur importance surtout lorsque l'homme est l'aîné d'une fratrie relativement nombreuse ou encore quand il y a un grand écart d'âge avec son cadet. Les relations fraternelles dans ce cas auraient été établies sur un mode protecteur, l'aîné jouant le rôle de second parent pour le cadet.

D'un autre point de vue, le désir d'enfant peut naître d'une jalousie. Ceci s'explique par la naissance d'une nièce ou d'un neveu qui constitue ainsi un facteur déclencheur du désir chez l'homme ; il va se demander pourquoi ne pas lui ; et prendre la décision de faire lui aussi un enfant.

Il peut aussi arriver qu'on veuille combler un vide laissé par le décès des parents. Selon Frydman et al. (2004 p. 21), « *le désir de mettre au monde un descendant peut apparaître après la disparition d'un de ses parents, tout particulièrement de son père ou de son grand père. Cet enfant comble un sentiment de vide.* » Ces auteurs pensent que dans ce cas, l'enfant à naître sera donc porteur de tous les bons et mauvais comportements, y compris le nom (soit en deuxième ou troisième rang) de celui qu'il a pour fonction de remplacer.

Il n'est pas rare de constater que le désir d'enfant de l'homme se nourrit de celui de sa compagne, alors « *c'est l'évolution de la relation amoureuse du couple qui va permettre la naissance du rêve d'enfant* » (p. 22).

***Projet d'enfant et devoir de transmission.*** Plusieurs auteurs ont analysé la notion de transmission dans la filiation dans leurs écrits.

Selon Aubert-Godard (2005), tout est inscrit et s'inscrit dans une filiation, qui est une histoire émergeant de filiations plurielles ; chacun reconnaît être né des parents l'ayant précédé et lui ayant transmis quelque chose de leur essence. D'où le désir de transmettre à son tour au risque de briser la chaîne de transmission. Cette chose reçue des parents peut être source de bonheur ou de persécution, mais c'est là. Guyotat (2005), pense que le lien de filiation en terme cognitif, se définit comme étant un système de représentations mentales articulé à un ensemble de représentations collectives, qui fonctionne comme un appareil psychique ; selon l'auteur c'est ce par quoi un individu se relie et est relié par le groupe auquel il appartient à ses ascendants et descendants réels et imaginaires.

Le désir de transmission de la filiation reste d'actualité, c'est ce qui explique le fait que l'enfant apparaît toujours comme un élément de stabilité conjugale dans nos sociétés ; non seulement il est une preuve d'amour entre deux individus mais aussi est mandaté pour garantir une continuité que les couples peinent à préserver. Bien qu'il soit non seulement présent, mais plus discret chez les hommes souligne Arenes (2013), il est très complexe ; dans la mesure où il met en jeu d'un côté une dimension narcissique essentielle de vie et de survie ; et de l'autre, une dimension mentalisée où le désir de transmission est plus présent. Aussi on est à jamais marqué par la filiation comme par les premières identifications, sources d'identité primaire (Aubert-Godard, 2005).

Parlant du lien de filiation, il convient de noter qu'elle respecte trois logiques selon Guyotat (2005) à savoir : celle de l'institué, celle du narcissique c'est-à-dire de l'imaginaire et celle du corps et du biologique.

**La filiation instituée.** L'axe juridique est du registre de la loi et du cadre législatif définissant la filiation. La filiation instituée ou encore juridique est un ensemble de règles qui permettent de nommer des parents, d'instituer des parents nonobstant le lien biologique ; Guyotat (2005) pense que le lien de filiation instituée permet de se définir dans un réseau symbolique ; c'est-à-dire comme ayant une place dans ce réseau. Il s'agit insiste l'auteur, d'une inscription symbolique instituée de la filiation dont le droit ou encore la définition juridique est la plus typique ; cette inscription est langagière par le nom ; c'est une façon de nommer en commun, des états affectifs que l'enfant reprend ensuite pour son propre compte, pour les nommer lui-même.

Guyotat (2005) écrit que la relation entre le père, la mère voire l'enfant est instituée par le langage ; et cela peut être décrit en termes affectifs, mais aussi en termes de lien de filiation ; alors on parlera de d'institutions langagières, instituée par le langage ; cependant il y a aussi les institutions non langagières telles que la transmission des biens. L'auteur prend l'exemple d'un héritage pour illustrer cet aspect qui engendre souvent des conflits typiques de filiation.

C'est un axe qui prend la valeur de création dans le sens d'une fiction juridique qui fait apparaître des conséquences légales entre des adultes et des enfants, réalité qui n'existait pas avant (Corbeil 2016). L'auteur précise qu'il permet en quelque sorte de dépasser la réalité biologique en lui donnant une équivalence symbolique ; d'autant plus qu'il permet de soutenir l'absence du lien biologique, ce qui est propre à la situation adoptive. Aussi, pose Arenes (2013), la filiation instituée canalise les flux, et met en forme les traces de ce qui fut ; car elle recherche les cadres, et donne mémoire et durée au jaillissement de la vie.

***La filiation narcissique.*** La filiation narcissique, dite imaginaire selon Guyotat (2005) obéit à la reproduction à l'identique ; c'est aussi un des aspects de la compulsion de répétition. Pour Corbeil (2016), ce type de filiation fait référence à quelque chose de l'ordre d'une construction subjective dans le sens où entre en jeu toute la dynamique du désir : désir d'union, désir de proximité, désir d'intimité. Elle est intéressante à considérer, signale Guyotat (2005), par ce c'est peut-être à travers elle que l'on peut comprendre la transmission du traumatisme.

L'auteur trouve en cela un fantasme d'immortalité, qui est une défense contre la mort ; puisqu'il est ici question du fantasme d'une génération sans division sexuelle, d'une partie de l'individu qui ne peut pas mourir, qui était en quelque sorte là, à l'origine, et qui sera là, à la fin des temps. La filiation imaginaire peut être vue comme une mise en commun d'un réseau symbolique où il y a échange et reconnaissance d'affects, d'émotions et de paroles entre le père, la mère et l'enfant.

L'auteur pense que cet axe prend sa source dans le désir qui alimente le narcissisme de chacun des membres de la famille. Chacun est un élément de cette lignée, ce qui fait que personne ne mourra puisqu'il y aura toujours une partie de chacun qui persistera dans leur descendance, et leurs idées. C'est en fait quelque chose, dit l'auteur, qui est à l'origine du sentiment religieux. Il s'agit d'un travail psychique où chacun élabore sa propre identité et sa propre subjectivité ; et c'est une des raisons pour lesquelles chacun aimerait faire un enfant qui ressemble le plus à soi.

Dans le système de filiation narcissique, souligne Guyotat (2005), il y a une sorte de transmission en direct qui est modélisée par le symbolique de la filiation instituée ; alors des choses qui ont eu lieu dans les générations antérieures, traversent le psychisme du sujet sans être assimilées. L'auteur fait allusion à une sorte d'inclusion, une incorporation par la génération, bref, une sorte d'enclave psychique.

Derrière tout désir d'enfant qui, par ricochet est un désir de parentalité, se cache un désir de transmission. Cette transmission donc parle Ciccone a déjà été étudiée par Freud, souligne-t-il dans le vocable d'« identification projective ». Selon Freud, c'est le moteur de la transmission et Ciccone (1999, 2012) insiste sur le fait que ce soit la voie royale de la transmission psychique inconsciente. Pour le vérifier, l'auteur en propose trois modalités dont la première déclinaison est celle qui est à la base de la communication, non verbale, infra-verbale. La deuxième consiste à déposer un contenu mental dans l'espace psychique d'un autre et à contrôler cet autre par des manœuvres d'induction, d'influence, de suggestion, afin qu'il se comporte en adéquation avec le contenu projeté. La troisième version de cette identification projective qui consiste à pénétrer l'espace mental d'un autre pour s'approprier ses contenus, ou les endommager, les détruire, ou bien pour s'y installer, s'approprier l'identité de cet autre, et développer ainsi une fausse identité, une identité d'imposture. Cela est d'ailleurs vrai pour tout lien intersubjectif.

Nous insistons sur la place de la transmission dans tout désir d'enfant dans la mesure où, précise Ciccone (2013), tout bébé, est inévitablement soumis à un héritage qui fait l'objet d'une transmission ; et il faut rappeler que dans l'expérience de la parentalité, on ne peut pas ne pas transmettre ; de même qu'on ne peut ne pas transférer, ne pas projeter.

D'ailleurs, la transmission psychique s'impose, au su ou à l'insu des protagonistes. Ainsi donc, on retient avec Ciccone (2013) que le bébé à naître hérite de plusieurs missions entre autre, la continuité narcissique de l'un ou l'autre parent, la réparation de l'histoire parentale et même l'héritage des fantasmes parentaux.

Pour ce qui est de la continuité narcissique, Freud l'a souligné lorsqu'il décrivait l'idéalisation dont fait l'objet le bébé. Il dit :

Il existe devant l'enfant une tendance à suspendre toutes les acquisitions culturelles dont on a extorqué la reconnaissance à son propre narcissisme, et à renouveler à son sujet la



revendication de privilèges depuis longtemps abandonnés. L'enfant aura meilleure vie que ses parents, il ne sera pas soumis aux nécessités dont on a fait l'expérience qu'elles dominaient la vie. Les lois de la nature comme celles de la société s'arrêteront devant lui, il sera réellement à nouveau le centre et le cœur de la création. Sa Majesté le Bébé, comme on s'imaginait être jadis. (Freud, 1914)

On peut comprendre avec Freud que par l'identification projective l'une des missions du bébé est d'assurer une illusion de continuité narcissique du parent ; c'est-à-dire faire revivre et assurer l'immortalité de ce narcissisme dont il en est dépositaire et porteur. Celui-ci souligne Cicconne (2013) devrait accomplir tous les rêves et désirs que les parents n'ont pas mis à exécution, du fait des contraintes imposées par la réalité ; alors l'immortalité du moi, battue en brèche par la réalité, retrouve ainsi un lieu sûr chez l'enfant.

Quant à la réparation de l'histoire parentale, l'enfant est appelé à réparer quelque chose dans l'histoire infantile de ses parents ; ce peut être les blessures, les traumatismes, les échecs et même des frustrations. Pour ce le parent aimerait avoir un enfant sage, celui qui se développera en prenant appui sur la réalité ou encore qui pourra non seulement faire vivre au parent qu'il est un bon parent, mais aussi se faire prendre pour un bon enfant.

Cicconne (2013) pose que certains parents n'ont connu étant enfant que des parents insatisfaits, insensibles, indifférents, non suffisamment aimants à leurs yeux. Ainsi donc, on a toujours en tant que parent, des expériences infantiles à réparer ; et donc la parentalité contenant souvent l'exigence de se maintenir en vie en bon parent. Ceci par ce qu'il n'est pas rare de voir un parent qui ne peut pas mettre de limites ou encore qui le fait de façon cruelle.

Aussi, l'enfant à naître pourrait être porteur d'un héritage fantasmatique construit par le parent à partir de ses expériences infantiles. On comprend que l'histoire des expériences traumatiques des parents organise des fantasmes qui créent des liens entre ces derniers et leurs enfants.

Pour ce qui est de la transmission psychique, Bydlowski (2016) met en exergue la marque signifiante que parent transmet à son enfant ; cette marque signifiante peut être « *tout signe repérable lié à un sens caché, à une signification enfouie dans la mémoire du sujet* » (P. 68). Ce terme (marque signifiante) est depuis quelques temps remplacé par celui de représentation inconsciente emprunté au vocabulaire de la psychanalyse freudienne. La

transmission de ces représentations inconscientes chez l'enfant, est de deux ordres. L'auteur distingue la représentation de mots qui sont énonçable dans le champ de la parole et les représentations d'événement qui sont des signifiants corporels.

Pour Bydlowski (2016), les représentations littérales peuvent être des noms, prénoms voire date de naissance de l'enfant tant dis que les représentations de scénario viennent manifester le fait que l'inconscient de chaque parent prenne corps avec l'espace psycho corporel de l'enfant ; c'est ainsi que l'enfant à venir pourra à son tour prendre vie somato psychique dans un réseau de représentations qui lui est préexistant.

L'auteur pense que la différence qui existe entre ces deux représentations (littérales et d'évènement) réside sur le fait que les seconds sont beaucoup plus enfouis dans l'inconscient de parents et ne sont pas facilement accessible à leur mémoire. Elle voit en l'enfant attendu, le porteur des aléas biographiques et libidinaux de ses ascendants immédiats, qui sont le père et la mère ; *« l'enfant à venir est dans son corps et son psychisme lieu de production du capital représentatif de chacun de ses parents, mais avec cependant une modulation d'agencement imprévisible qui va lui donner son caractère unique et spécifique. »* (2016, p. 69).

Pour Bydlowski (2000), les parents qui donnent la vie sont eux-mêmes porteurs de mémoire, porteur de traces signifiantes venues de leur histoire et même de celle de leurs ascendants ; ces traces peu ou non conscientes sont celles des identifications souvent très précoces qui ont contribuées à construire leur Moi adulte. Les parents risquent de les transmettre à leur insu en même temps que le souffle biologique. Elles sont de deux ordres, certaines traces sont littérales, celles des représentations des mots. Proches du conscient, elles sont énonçables par la parole. Ce sont des lettres et des nombres qui composent les noms, prénoms, date de naissance et de conception de l'enfant. Ainsi par un prénom, les parents peuvent célébrer un aïeul aimé ou un être illustre qui prendra l'importance dans les rêveries futures de l'enfant et dans la construction de son identité.

Aussi, la représentation littérale affirme Bydlowski (2016), permet aux parents de donner libre cours à leurs souvenirs, leurs associations d'idées, de mots et de noms voire d'inventer « un mot-nom ». Le prénom ne serait pas un simple signe de la communication bien plus est porteur de sens dans les représentations des parents de l'enfant. D'ailleurs, l'auteur souligne que Freud avait déjà énoncé la signification concrète que portait le nom pour l'homme primitif.

Une autre représentation littérale porte sur le calcul inconscient. Bydlowski (2016) pense que l'effet de calcul crée une date signifiante ; comme par exemple celle de l'anniversaire de l'enfant. Il convient de rappeler, selon l'auteur que la date de naissance dans de nombreux cas est méconnue du désir des parents ; « l'inconscient ignore le temps mais tient compte du temps astronomique cyclique » (p .74) ; c'est ainsi que l'espoir de l'enfant, à chaque cycle infertile s'évanouit.

D'autres traces par contre, insiste Bydlowski (2000), sont moins directement énonçables ; et on les qualifie de représentations d'évènement ou de scénarios. A la différence des représentations littérales, celles comme signalées plus haut, sont davantage enfouies dans l'inconscient des parents et sont moins accessible à leur mémoire. L'enfant attendu est ainsi porteur potentiel des aléas de leur biographie, des joies passées, des deuils ou amours perdus, des bonheurs oubliés, des blessures anciennes non cicatrisées, et des difficultés identitaires encore vives de ses ascendants immédiats ou plus lointains.

Ce concept de transmission de parts de mémoire, d'inconscient des parents à leur enfant est certainement une donnée nouvelle. Sa lisibilité actuelle tient à la réduction du nombre des grossesses pour chaque femme. La maîtrise de la procréation trouve ainsi sa véritable limite. Lorsque la vie éclot, lorsque la naissance advient, une trame de représentations déterminées est en place. Son agencement totalement inimaginable par avance préside à l'avènement d'un être neuf.

Bydlowski (2016) pense que la programmation volontaire des naissances présente des limites dans la mesure où non seulement la transmission du capital génétique contribue à organiser le destin de l'enfant à naître mais aussi la trame de représentation mise en place dans la constitution de l'être nouveau n'est pas déterminée. Ainsi donc, « transmettre la vie c'est aussi transmettre des représentations qui ne se feront peut-être reconnaître qu'à distance » (P. 69).

On retient avec Bydlowski (2016) que pendant l'attente d'un enfant, les parents se remémorent les moments de l'histoire de leur enfance comme des scénarios. Ces mémorations, insiste-t-elle, viennent témoigner des attentes dont l'enfant est l'objet et constitue ainsi des diverses figures du désir d'enfant.

Ainsi donc, contrairement à l'axe biologique et juridique, l'axe narcissique ou encore imaginaire se construit au fil du temps, sa force et sa valeur ne sont jamais établies de façon définitive au cours de la vie. L'axe imaginaire de la filiation n'est pas exclusif à la famille dans le sens où c'est l'axe sollicité dans le cas, par exemple, d'un lien affectif spirituel.

**La filiation biologique.** Guyotat (2005) pense qu'il s'agit ici d'une représentation de la filiation selon le sens commun ; puisqu'il est dit que l'enfant sort du corps de la mère d'où « *mater certissima, pater incertus* », puisque le père est le mari de la mère, tant que le père est incertain la mère est bien connue. Il s'agit d'une évidence visuelle. Cet adage qui a pendant longtemps permis de gérer les problèmes de filiation n'est plus autant pris en considération puisque les nouvelles méthodes de reconnaissance de la paternité donnent déjà une certitude presque à 100% autant du côté de la mère que de celui du père. Alors, à cette logique du sens commun, se superpose dans la culture le lien biologique de la lignée entre produits du corps des parents et produits du corps de l'enfant selon la méthode des empreintes génétiques.

Cet auteur présente la filiation biologique comme étant la matérialisation du corps ; Il s'agit là du lien de consanguinité et de l'héritage génétique. Cet axe est fondé sur tout l'imaginaire, tant individuel que social, qui accompagne les diverses représentations du lien biologique telles que : des représentations de fantasmes archaïques régressifs de la relation de l'enfant à l'image maternelle ; des représentations narcissiques du lien s'étayant sur les marqueurs corporels et biologiques et des représentations du fantasme d'immortalité (Guyotat, 1995 ; Lévi-Soussan, 2005).

Quand on parlait de filiation corps à corps ou encore la filiation biologique il s'agissait du sang, on parlait en terme corporel, précise Guyotat (2005), il fallait faire partie de la famille qui était là à l'origine et qui sera là éternellement. De nos jours, les choses ont changé, et la filiation ne dépend plus de l'évidence visuelle, signale l'auteur, mais nous sommes entrés dans la phase de biologisation des liens de filiation.

Au demeurant, ces trois logiques de filiation sont, selon Guyotat (1995), continuellement en interactions les unes par rapport aux autres dans un système familial. Lorsqu'un axe est absent, il faut souligner ici le cas de l'axe biologique dans l'adoption ou dans l'AMP avec don de sperme par exemple, les deux autres axes suffiront à établir une filiation, mais ils ne seront d'autant plus sollicités que par une dynamique compensatoire.

Cependant l'absence de cette filiation biologique, engendrée par l'infertilité a toujours été vécue douloureusement par le couple quand il souhaite donner naissance.

## **2.2. L'infertilité dans le couple**

L'infertilité a jadis été vécue comme une épreuve très difficile dans un couple. Elle est d'autant plus décevante lorsqu'en voulant concrétiser leur amour, le rêve commun des partenaires se traduit en une sorte de culpabilité réciproque, une colère parquée par la frustration et même la rancune. Après avoir défini cette notion, nous en ferons ressortir les perspectives historico-sociales, l'épidémiologie et l'étiologie.

La notion d'infertilité se définit par rapport à celle de la fertilité qui est la capacité pour tout être vivant à procréer. D'après Girard et al (2017), l'infertilité est l'incapacité à concevoir une grossesse clinique après 12 mois ou plus de rapports sexuels non protégés. L'infécondité par contre est l'incapacité de mener une grossesse à son terme.

Adamayi (2016), a décrit le parcours de la production des spermatozoïdes chez l'homme. Elle explique que les spermatozoïdes sont produits dans les testicules et migrent ensuite au niveau de l'épididyme. L'épididyme étant un organe en forme de demi-lune attaché aux testicules. C'est un réservoir qui permet la maturation des spermatozoïdes lors de leur cheminement vers le canal déférent. Ce dernier est à son tour rattaché à la prostate où les spermatozoïdes sont mélangés aux sécrétions prostatiques et celles des vésicules séminales produisant ainsi le liquide séminal. Dans son parcours, ce liquide atteint finalement l'extérieur du corps en traversant l'urètre. Ce mécanisme de production et d'acheminement du sperme étant un processus complexe, toute altération de ce processus peut entraîner une infertilité chez l'homme.

Cette infertilité est donc une anomalie décrite par l'incapacité pour l'homme de produire des spermatozoïdes pouvant féconder la femme. Elle se définit comme étant l'incapacité de concevoir après 12 mois de rapport sexuels normaux réguliers non protégés avec le même partenaire (Roy, 1995 ; Collège des médecins du Québec 2015). Pour l'OMS (2002), elle est l'incapacité à concevoir un enfant après 12 mois d'essai de conception avec des relations sexuelles régulières. Huyghe (2015) trouvera en l'infertilité une capacité réduite d'un individu de faire un enfant en raison de la présence d'un facteur de risque connu pour la fertilité.

L'infertilité est dite primaire quand il n'y a jamais eu de grossesse, et secondaire s'il y a eu au moins une grossesse. En Afrique l'infertilité qu'elle soit masculine ou féminine, est considérée comme une malédiction ou les conséquences de la colère d'une divinité. Certains croient à des pratiques telles que la sorcellerie ou encore de magie noire.

Selon Young (2016) dans son rapport sur les infertilités masculines, celles-ci peuvent être expliquées par 3 principaux mécanismes dont la fréquence est inégale à savoir :

1) Un hypogonadisme hypo gonadotrope sévère qui empêche ou interrompt l'activation testiculaire nécessaire à la production de spermatozoïdes. Il s'agit là poursuit l'auteur, d'une cause dite « pré-testiculaire » ;

2) Des maladies primitivement testiculaires altérant le déroulement de la spermatogenèse.

3) Des affections ou lésions empêchant l'évacuation des spermatozoïdes en dehors du testicule, causes dites « post-testiculaires » ou par obstacle.

A côté de ces principaux mécanismes, Young (2016) signale qu'il reste des infertilités masculines dites « idiopathiques » où l'étiologie est difficile à identifier avec les outils diagnostiques actuels mais qui relèvent possiblement d'un des mécanismes ci-dessus.

La fécondité d'un homme souligne Léke (2012), inclut la spermatogenèse normale, l'habilité à introduire les spermatozoïdes à la femme via une érection normale et surtout une éjaculation normale.

### **2.3. L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)**

Encore connu sous l'appellation Procréation médicalement assistée (PMA), les premières techniques d'assistance médicale à la procréation ont été développées de prime abord, pour permettre à des couples infertiles d'avoir des enfants. Bien après, elles ont été utilisées pour éviter la transmission de maladies génétiques (Agence de bioéthique, 2015).

Suite au colloque international d'Ouédraogo (2014), l'expression « procréation assistée » fait référence aux diverses formes de soutien apporté à la reproduction humaine par des techniques médicales ou pharmaceutiques, ou par des manipulations en laboratoire qui tentent de pallier les problèmes d'infertilité de couples hétérosexuels, ou l'impossibilité de procréer

naturellement dans le cas des couples homosexuels ou des femmes seules. Ces techniques permettent également à des couples fertiles pour lesquels il existe un risque de transmission d'une maladie grave, génétique ou virale, de tenter d'avoir des enfants qui n'en seront pas atteints.

Elle est régie par des lois dites de "bioéthique". Son article L.152.2: stipule que l'homme et la femme formant un couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins 2 ans et consentant préalablement au transfert d'embryons ou à l'insémination »

### **2.3.1. Définition**

L'AMP est un ensemble des techniques médicales permettant la fécondation in vitro (FIV) ; le transfert d'embryon et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel. Elle comporte notamment les activités suivantes : la stimulation ovarienne, le prélèvement, le traitement, la manipulation in vitro et la conservation de gamètes humains, l'insémination artificielle avec le sperme du conjoint ou celui d'un donneur, le diagnostic préimplantatoire, la conservation et le transfert d'embryons humains.

D'après Dieng (2005), l'assistance médicale à la procréation a été élaborée de manière artisanale, et s'est développée très discrètement dans le milieu de la pratique médicale. La morale sexuelle et religieuse, jadis concevait mal qu'un tiers, le médecin, puisse intervenir dans l'intimité d'un couple. Pour échapper à la critique, le secret a servi de rempart à l'encontre du contrôle social de la réprobation que suscitent l'insémination artificielle et la fécondation in vitro.

Pour les juristes, l'assistance médicale à la procréation constitue l'ensemble des techniques thérapeutiques qui permettent aux couples inféconds de satisfaire leur espoir de donner la vie à un enfant, et donc, abstraction est faite aux motivations personnelles et des curiosités expérimentales médico-scientifiques. Le terme « procréatique » a été avancé vers 1985, à la suite de la diffusion de nouvelles techniques de reproduction assistée (NTR) avec le don de gamètes, la parenté de substitution. Le terme englobe l'idée selon laquelle les méthodes en question sont susceptibles de transgresser le cadre médical pour répondre à d'autres

motivations qui seraient déstabilisatrices de la vie sociale et de l'équilibre psychique des individus (Dieng, 2005)

Selon Therrien et al. (2009), l'AMP fait référence aux diverses formes de soutien apporté à la reproduction humaine par des techniques médicales ou pharmaceutiques, ou par des manipulations en laboratoire qui tentent de pallier les problèmes d'infertilité de couples hétérosexuels, ou l'impossibilité de procréer naturellement dans le cas des couples homosexuels ou des femmes seules. Ces techniques permettent également à des couples fertiles pour lesquels il existe un risque de transmission d'une maladie grave, génétique ou virale, de tenter d'avoir des enfants qui n'en seront pas atteints.

La loi fédérale sur l'AMP adoptée en suisse le 18 décembre 1998 stipule que cette pratique ne peut être appliquée que si elle permet de remédier à l'infertilité d'un couple quand les autres traitements ont échoué ou ont été vains ; ou encore s'il y a risque de transmission d'une maladie grave aux descendants et qu'il n'y ait aucune possibilité d'écarter cette difficulté. Cependant, de plus en plus perçues comme procédure de routine, sécuritaire et efficace, l'AMP n'est pas sans risques. D'ailleurs, elle bouleverse nos repères symboliques, nos représentations de la famille et de la parenté, de l'enfant, de l'être humain et de sa valeur intrinsèque (Therrien et al., 2009).

Cependant, le rapport de la Fondation Jérôme Lejeune (2018) dit de l'AMP qu'il n'est pas à proprement parler un acte médical, car elle n'a pas pour but de soigner le couple dans son infertilité mais de contourner la difficulté. Il s'agit de techniques de substitution ou de remplacement qui permettent d'obtenir un enfant en-dehors de l'acte conjugal. Elles font ainsi intervenir au moins un tiers extérieur au couple ; qui est le médecin. L'AMP pose ainsi, dès son principe même, un problème éthique à clarifier qui est de savoir si le geste médical constitue une aide thérapeutique ou au contraire un acte substitutif et une manipulation.

Les critiques vis-à-vis de l'AMP portent plus sur les risques liés aux naissances multiples. Ces risques peuvent avoir des répercussions aussi bien sur la santé de la mère que sur celle de l'enfant ; que ce soit à court ou à long terme sur leur santé. D'après Castonguy et Strub, (2014), la littérature distingue trois catégories de complications dans l'AMP ; à savoir :

Les risques obstétricaux portent sur des complications chez la mère ; la prématurité et le faible poids.



Pour ce qui est la mère, il peut y avoir des complications telles que l'accouchement par césarienne, le diabète gestationnel, l'hypertension gestationnelle, le décollement placentaire, la pré-éclampsie, ou le placenta prævia. Shevell, et al, (2005) expliquent que le diabète gestationnel, l'hypertension gestationnelle, le décollement du placenta ou la pré-éclampsie se produisent de 1,5 à 2,7 fois plus souvent chez les femmes qui ont eu recours à la FIV ou au déclenchement de l'ovulation. Le placenta prævia se produit 6 fois plus souvent dans le cadre de la FIV.

Ces auteurs soutiennent que ces risques peuvent être liés au processus de FIV, car il y a une différence marquante entre le groupe de patients sous FIV et le groupe de patients concevant naturellement. Les auteurs font remarquer que les accouchements par césarienne sont plus importants chez les femmes qui ont pratiqué la FIV, avec une différence de 2,5 de plus que celles ayant conçu naturellement. Cette différence peut s'expliquer en partie par des naissances multiples, d'où plus de probabilité de pratiquer une césarienne (Castonguy & Strub, 2014).

Quant au risque de naissance prématurée, Shevell, et al, (2005) pensent que la tendance est identique pour les naissances de faible poids (<2500 g) et de très faible poids (< 1500 g) puisque dans 27,6 % des cas un enfant conçu par FIV pèse moins de 2500 g alors que 4,6 % des enfants conçus naturellement pèsent moins de 2500 g. Cela s'explique par le nombre important de naissances multiples (les jumeaux conçus par FIV/ICSI ont de 5,4 à 11,8 fois plus de probabilité que les enfants uniques conçus par FIV/ICSI d'être de faible poids (<1500 g et <2500 g).

Cependant, les naissances multiples seules n'expliquent pas tout puisque les auteurs ont trouvé que les enfants uniques conçus par FIV ont de 1,2 à 1,54 fois plus de probabilité d'être de faibles poids (<2500 g et <1500 g respectivement) que les enfants uniques conçus naturellement. Ce risque est expliqué à la fois par l'importance des naissances multiples et par l'âge plus avancé des femmes ayant recours à la FIV. Il en est de même pour la prématurité.

Shevell et al, (2005) posent que l'analyse est similaire pour les naissances prématurées (< 32 semaines et < 37 semaines) dans la mesure où la corrélation entre le délai de gestation et le poids à la naissance est positive. En effet, soulignent-ils, dans 30,3 % des cas, les enfants conçus par FIV naissent avant 37 semaines alors que 6,3 % des enfants conçus naturellement naissent avant 37 semaines. La probabilité est encore plus importante surtout quand il s'agit des jumeaux.

Les auteurs mentionnent les risques liés au développement des enfants ; ceci porte sur la malformation, le cancer ; les différents auteurs qui ont analysé les risques chez les enfants nés de l'AMP ont regroupé un ensemble de malformations qu'ils ont scindé en deux catégories ; à savoir les mineures et les majeures. Ils précisent que dans la FIV et l'ICSI, les enfants conçus par une de ces techniques ont de 1,4 à 2,3 fois plus de probabilités de naître avec une malformation. Aussi, il faut noter que les études varient dans une fourchette puisque le maximum de pourcentage de cas dans lesquels une malformation majeure apparaît est de 9,5 % pour une naissance par FIV, de 9,7 % pour une naissance par ICSI et 6,9 % pour une conception naturelle.

Ces risques de malformation sont fortement liés aux risques de prématurité d'ailleurs, 70,3 % des enfants malformés étaient nés prématurés, 76,5 % de faibles poids, 58,6 % étaient des jumeaux et 11,7 % des triplets (soit 70,3 % étaient des naissances multiples) (Merlob, Sapir, Sulkes, & Fisch, 2005) cités par (Castonguy & Strub, 2014).

Les risques psychosociaux tels que la dépression, le stress, la stigmatisation sociale, les difficultés matérielles ; les auteurs révèlent que les femmes qui accouchent des jumeaux font plus face au stress que celles qui conçoivent des enfants uniques naturellement. Cependant, ils font remarquer que les mères qui conçoivent des enfants uniques par FIV font moins souvent face au stress que les mères qui conçoivent des enfants uniques naturellement (5 % des cas contre 9 %). 26 % des mères qui conçoivent un enfant unique par FIV disent souffrir de dépression alors que ce taux monte à 41 % pour les mères qui conçoivent naturellement. Le même taux est assez proche de celui des mères qui conçoivent des jumeaux ou triplets par FIV (47 %). Selon Glazenbrook et al, (2004), ces taux élevés de stress et de dépression parmi les mères ayant des naissances multiples peuvent s'expliquer, en partie, par le fait que plus de la moitié des mères ne travaillent pas en dehors du foyer un an après la naissance des enfants.

Aussi, la conférence des évêques français (2018) a émis un certain nombre de critiques vis-à-vis de cette loi qui ouvre l'AMP à toutes les femmes.

Il s'agit de priver le père par la loi ; Laisser la possibilité aux femmes seules de recourir à l'AMP revient à décréter l'existence d'enfants sans pères ; aussi l'enfant n'aura ni histoire et aucune image du père puisque le donneur de sperme est anonyme. Du point de vue psychique, le respect dû à l'enfant et à la construction de sa personnalité est gravement blessé. Du point de vue social, on assiste à la problématisation de la place du père.

Il se pose aussi un problème d'inégalité dans la mesure où ces enfants qui naissent sans pères se verraient privés de père dans le cas de couples de femmes et même d'un double lignage parental.

Une autre préoccupation est celle de la marchandise de corps et le risque de consanguinité. Ouvrir l'AMP à toutes les femmes entraîne la généralisation du don de gamètes qui sont déjà insuffisants (ce qui obligerait la vente de sperme en passant outre la gratuité) ; la multiplication des enfants issus d'apport de sperme pourrait augmenter le risque de rencontre et d'éventuelle consanguinité.

Une autre préoccupation est celle du principe de l'anonymat du donneur. Cela garantit la possibilité du don de gamètes mais souffre du fait que l'enfant issu de ce gamète ne pourrait être sauvé à l'avenir s'il se pose un réel problème médical nécessitant l'intervention du géniteur. Et donc règle de l'anonymat est « fallacieuse » car elle s'applique tout autant aux cellules germinales qu'aux autres cellules.

### **2.3.2. Historique et évolution**

La fécondation in vivo plus connue sous le nom d'insémination artificielle, semble avoir été évoquée pour la première fois dans les textes du Talmud des II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> siècles avant notre ère (Dieng (2005)). Selon cet auteur, les premières traces écrites concernant l'application de la technique aux mammifères remontaient au XIV<sup>e</sup> siècle avec un document arabe de l'an 1322 relatant son utilisation comme arme de guerre par certaines tribus qui inséminaient les juments de l'ennemi avec le liquide séminal des plus mauvais étalons.

Quant à la première expérience de congélation et d'insémination de sperme animal, elle remonte à la seconde moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle avec les travaux du prêtre italien Lazzarano Spallanzani (1729-1799) qui a démontré que la fécondation nécessitait un contact matériel entre le spermatozoïde et l'ovule. C'est alors qu'il parvint à réaliser la fécondation artificielle chez certains mammifères tels que le chien. En 1770 à l'aide d'une seringue tiédie contenant du sperme de chien, féconda une chienne qui mit bas trois chiots bien constitués. Il venait ainsi de pratiquer la première insémination expérimentale sur le chien.

Le premier témoignage fiable de réussite d'une insémination artificielle sur un humain est attribué au médecin anglais John Hunter qui, en 1790, procéda à cet acte sur la femme d'un

riche marchand de draps londonien qu'une malformation de la verge (Jacques-E. Rioux & al. 1983) empêchait d'avoir une vie sexuelle satisfaisante.

Pour ce qui est de la gestation pour autrui, elle est vieille comme le monde et a longtemps existé sous forme d'entraide féminine (sororat) ou masculine (lévirat) avec la naissance du premier enfant qui sera considéré comme celui du ou de la défunt(e) dans l'espoir de lui permettre d'avoir un héritier et de perpétuer son nom.

A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, en 1886, l'idée de recourir au sperme d'un donneur pour suppléer la défaillance du conjoint n'a fait qu'accroître l'opprobre. Dès lors, l'insémination fut condamnée par une sentence du Saint-Office de Rome le 24 mars 1897, et fut confinée à la clandestinité. Ce ne sera pas avant 1945 que l'on rapporte en Grande-Bretagne des cas d'insémination avec donneur. Ce qui motive la réitération d'une seconde condamnation le 29 septembre 1949 lors du 4<sup>ème</sup> congrès international des médecins catholiques tenu à Rome à la même date. D'après Mandelbaum (2011), c'est vers 1880 que les premiers essais de culture in vitro de l'embryon de mammifères, conçu in vivo, eurent lieu à Vienne, grâce à Schenk.

Dès 1930, Grégory Pincus, médecin et biologiste américain, plus connu pour être le co-inventeur de la pilule contraceptive, tente les premières fécondations in vitro chez le lapin ; mais se désole de se rendre compte qu'aucun des transferts dans la trompe, d'ovocytes exposés aux spermatozoïdes n'aboutit à une naissance.

En 1934, avec Enzmann, dans le laboratoire de physiologie générale de l'université de Harvard, il recommence l'expérience de transfert intra-tubaire d'une mixture ovocyte-spermatozoïdes et pense avoir réussi la fécondation in vitro, sans doute, des fécondations in vivo dans la trompe, les premiers GIFT (Gamete Intra Falloppia Transfer) de l'histoire.

En 1944, John Rock, un célèbre gynéco-obstétricien de Harvard, à tenter avec Miriam Menkin l'aventure de la FIV humaine cette fois, ils récupèrent plusieurs centaines d'ovocytes et inséminent 138 in vitro, mais sans aucune preuve de fécondation évidente. Ils vont abandonner ce projet sans pouvoir réussir à faire un transfert in utéro. Enfin c'est le lapin qui sera la première espèce sur laquelle la fécondation in vitro va réussir.

C'est dans les années 1950, avec les travaux de l'Anglais Parkes et de l'américain Sherman, que s'opère la maîtrise dans l'azote liquide la congélation du sperme humain. Et en France, la première banque de sperme fut créée à Paris en 1972 par le Professeur Netter.

En 1954, Charles Thibault et ses collègues, Louis Dausier et Suzanne Winterberger-Torres, publiaient dans les Comptes rendus de l'Académie des Sciences l'image d'un ovocyte de lapine présentant, dans son cytoplasme, deux pronuclei mâle et femelle ainsi que des restes du flagelle.

En 1959, qui confirmait que cette FIV était bien capable d'aboutir à un développement embryonnaire normal et à la naissance de jeunes

En 1968, la FIV fut réussie chez la souris grâce à David Whittingham, autre grand nom de la biologie de la reproduction, à qui l'on doit les premières congélations de moru-lae (1972) et d'ovocytes de souris (1977), avec naissance de jeunes.

En 1969 on eut les premières preuves cytologiques de la fécondation in vitro de l'ovocyte humain et il fallut encore attendre une décade pour que soient décrites les premières FIV chez les animaux de ferme : vache, porc, chèvre, mouton et deux décades pour qu'il en soit de même chez le cheval.

Ce n'est que 4 ans après la naissance de Louise Brown que naît le premier veau éprouvette (1982) et il faut patienter jusqu'en 1990 pour célébrer le premier poulain FIV.

Quant à la fécondation in vitro, elle aussi a d'abord été mise au point sur l'animal. Après 15 ans d'efforts soutenus, l'équipe formée par le biologiste Edwards et le gynécologue Steptoe fut récompensée par la naissance de *Louise Brown*, le 25 juin 1978, à l'*Oldham General Hospital* en Angleterre qui consacrait la réussite de leur méthode.

De nos jours, l'AMP occupe une place reconnue et institutionnalisée qui a permis à de nombreuses personnes de réaliser ce désir. Aussi, cette pratique a au fil des ans pris d'ampleur dans plusieurs pays et s'est déployée en grande partie grâce au développement de techniques nouvelles, à l'émergence de nouvelles valeurs sociétales et à des changements sociaux.

*Certaines dates ont été retenues à propos de l'évolution de l'AMP*

1968 : les banques de sperme congelé voient le jour aux États-Unis. C'est dans ces mêmes années que les hormones susceptibles de stimuler l'ovaire (les gonadotrophines) sont utilisées.

1969 : une première grossesse est obtenue après injection de gonadotrophines en Israël.

1972 : la technique de congélation du sperme arrive en France avec l'apparition des Centre d'études et de conservation des œufs et du sperme humain (CECOS). Ces centres organisent le don de spermatozoïdes selon leurs règles éthiques d'anonymat et de gratuité. Les premiers dons ont lieu au dernier trimestre 1972 à l'hôpital Necker

1978 : Louise Brown, le premier « bébé éprouvette », est née le 25 juillet 1978 à l'hôpital d'Odhan près de Manchester (Londres) grâce à la collaboration du biologiste Robert Edward et du gynécologue Robert Steptoe.

1982 : naissance d'Amandine, premier bébé français né après une fécondation *in vitro* ; d'une équipe médicale supervisée par René Frydman, gynécologue renommé.

1984 : le transfert d'embryon congelé réussit pour la première fois en Australie avec la naissance de Zoé.

1988 : face au développement des techniques d'assistance médicale à la procréation et à la suite des réflexions des professionnels concernés, les pouvoirs publics créent des centres agréés ainsi que la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction.

1992 : mise au point à Bruxelles de l'ICSI pour la prise en charge de l'infertilité masculine. La technique subit sa dernière grande évolution à ce jour par le professeur André Van Steirteghem ; on assiste à la mise sur pied en Belgique de l'ICSI (Intracytoplasmic Sperm Injection) pour les stérilités masculines. Cette pratique a été développée par le professeur et chercheur belge, Paul Devroye spécialisé en matière de fertilité

1994 : naissance d'Audrey, le premier bébé français conçu grâce à une ICSI. Cette même année, les premières lois de bioéthiques sont votées en France.

1998 : Naissance de Tommy, premier bébé-éprouvette au Cameroun, pays de l'Afrique Central.

En Algérie, la première naissance issue de cette technique a eu lieu en 1996.

En 2004, la révision des lois de bioéthique donne naissance à l'Agence de Biomédecine, organisme public qui réunit sous une même autorité les activités d'assistance médicale à la procréation, de diagnostics prénatal et de génétique.

En 2011, la loi de 2004 est reprise et autorise les donneurs majeurs n'ayant pas eu d'enfants à faire un don, mais les centres doivent de conserver ces cellules reproductrices dans le cas où ces mêmes donneurs aient besoin de recourir à l'AMP.

Selon Abdallah, Daar, et Zara (2002) la procréation médicalement assistée est nouvelle en Afrique. Le premier bébé FIV en Afrique de l'Ouest a été obtenu à l'hôpital universitaire de Lagos en 1989. En 2001, il existait déjà des centres de conception assistée à Abuja, à Dakar, à Douala, à Harare, à Lagos, à Lomé, à Tema et à Yaoundé où étaient pratiquée la FIV, tandis que la technique de l'insémination artificielle est encore plus répandue en Afrique.

Malgré cela poursuivent les auteurs, les techniques ne sont toujours pas suffisamment disponibles, compte tenu de la population nécessitant des procédures. Pratiquement tous les pays africains qui disposent maintenant de centres de PMA ne disposent d'aucune législation régissant ladite procédure.

Au demeurant, l'AMP fut d'abord explorée comme une démarche expérimentale en biologie en vue de pallier l'infertilité masculine (Therrien & Trépanier 2009) ; Elle continue par la suite à se développer de manière discrète au sein de la pratique médicale ; et dès sa vulgarisation, elle soulève des questions d'ordre moral au vue de la morale sexuelle. Il faut noter que le recours à un tiers pour concevoir un enfant serait perçu comme étant une forme d'adultère. C'est ainsi que les médecins se sont dotés de moyens techniques de conception moralement acceptables pour pallier à cette mesure qui pourrait créer des désagréments dans les couples. Cette notion d'indication médicale a donc permis d'opérer une transition entre les demandes considérées comme socialement et moralement acceptables et les demandes susceptibles de déstabiliser la vie sociale et l'équilibre affectif et psychique des individus. C'est alors à partir de cette notion que les législateurs ont formulé des repères normatifs qui ont servi à la préparation des textes de lois et d'encadrement de la pratique.

Les auteurs pensent que cette notion n'est plus aujourd'hui la principale justification de l'accès aux techniques de l'AMP et l'accès aux techniques de procréation assistée n'est plus seulement lié à un diagnostic d'infertilité, mais repose, de manière plus large, sur le besoin impérieux d'avoir un enfant.

### 2.3.3. Les enjeux

La loi n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, ne réserve l'accès à la procréation médicalement assistée qu'aux seuls couples hétérosexuels (Gross, 2017) ; c'est ainsi que tout est organisé tant par le droit que par les CECOS pour que les parents infertiles soient considérés comme ceux qui procréent.

Aussi Gross (2017) fait prévaloir quelques enjeux de l'AMP en insistant sur le fait que la liberté de procréer est absolue et sans limites même dans les situations néfastes à l'enfant, mais cette liberté n'est réservée qu'à ceux qui peuvent le faire sans assistance. Pour ce qui est de l'AMP, la protection de cette liberté de procréer est appelée « droit à l'enfant » ; par ailleurs est condamnée quand il s'agit du désir d'enfant des homosexuels. L'auteur insiste dans ses propos en soulignant que l'AMP a le souci d'alléger la souffrance des couples hétérosexuelles en désir d'enfant ; or le désir des homosexuels qui n'est d'ailleurs pas intense « évoque la consécration d'un droit à l'enfant qu'il faudrait éviter ». L'aide est ainsi exclusive aux couples hétérosexuels par ce que non seulement ils se rapprochent du modèle procréatif mais aussi ils sont perçus comme « les vrais parents », à même d'offrir un environnement épanouissant à l'enfant.

Alors, l'homme infertile qui fait recours à un don de sperme s'engage à faire établir sa paternité et à ne jamais la contester. Il devient ainsi père dès la naissance de l'enfant ; et Gross (2017) précise que l'anonymat des donneurs de gamète complète ainsi le montage et révèle l'importance que nos représentations accordent au lien biologique.

La loi fédérale sur la procréation assistée adoptée en 2004 interdit tout ce qui est en lien avec la commercialisation de matériel reproductif humain (sperme, ovules, embryons) ou de la fonction reproductrice. Ceci signifie qu'il est illégal de rémunérer une personne pour obtenir des ovules ou du sperme ou de payer une femme pour porter un enfant, ou de vendre ou de faire de la publicité pour ces services reproductifs.

Par ailleurs, celui qui, après avoir consenti à l'assistance médicale à la procréation, ne reconnaît pas l'enfant qui en est issu engage sa responsabilité envers la mère et envers l'enfant. En outre, sa paternité est judiciairement déclarée. L'action obéit aux dispositions des articles 328 et 331.



#### 2.3.4. Les techniques

D'après Ranzanici, Redzepe, Perez et Torrian (2008), on compte actuellement trois techniques différentes de procréation médicalement assistée, à savoir :

***L'insémination artificielle.*** L'insémination artificielle consiste en l'introduction de sperme (préalablement préparé en laboratoire pour sélectionner les spermatozoïdes mobiles et normaux) dans la cavité utérine de la femme. Le sperme peut être issu du conjoint de la femme inséminée (on parle alors d'insémination homologue) ou, dans le cas où le conjoint est infertile, il est possible de recourir au don de sperme (dans ce cas on parlera d'insémination hétérologue). Cette option n'est envisageable selon la loi suisse que si le couple est marié.

La méthode d'insémination se pratique presque systématiquement chez tous les couples n'arrivant pas à procréer, à cause d'une infertilité d'origine masculine (oligospermie, spermatozoïdes peu mobiles) ou féminine (anomalie de la glaire, infertilité inexplicée). Cette technique possède de nombreux avantages : elle est peu invasive, elle ne nécessite pas obligatoirement de stimulation hormonale et (comme on le verra plus loin) elle est remboursée par l'assurance de base en Suisse, contrairement à l'ICSI et à la FIVETE. Toutefois, son « rendement » est faible : les chances d'obtenir une grossesse après une tentative d'insémination est de 10 à 15%.

D'après le rapport de la Fondation Jérôme Lejeune (2018), L'insémination artificielle est indiquée chez l'homme lorsqu'il présente des troubles de l'éjaculation, certaines anomalies du sperme, ou encore pour utiliser du sperme précédemment congelé. En cas de stérilité du couple, cette technique est conseillée lorsque la femme produit des anticorps agissant contre le sperme du mari. Elle permet aussi de présélectionner le sexe de l'enfant afin d'éviter la transmission de certaines maladies génétiques liées au sexe.

Il convient également de distinguer l'insémination artificielle homologue et de celle hétérologue. Elle est dite homologue lorsqu'elle est pratiquée avec le sperme du conjoint (IAC) ; dans ce cas, le sperme du conjoint prélevé au cours d'un rapport sexuel ou par masturbation. Par contre, elle est dite hétérologue lorsqu'elle est pratiquée avec le sperme d'un donneur extérieur au couple (IAD), à ce niveau, le don de sperme suit non seulement une démarche encadrée mais est volontaire et se fait dans l'anonymat.

L'Insémination artificielle avec le sperme d'un donneur ou hétérologue

Pour les Sociologues Durand et Weil (2006), l'IAD est conçue comme le don de sperme d'un homme fécond à celui infécond ; le premier homme demeure anonyme et le second connu comme père de l'enfant. Dans ce cas, la maternité est réservée à la femme qui porte l'enfant et l'accouche, même si ce n'est pas son corps qui a produit l'ovocyte dont il provient. La donneuse d'ovocyte est aussi inconnue dans ce cas. L'enfant sera donc le fils ou la fille du père qui n'est pas nécessairement son géniteur mais le mari de ma mère

D'après Tain (2005, p. 53), la première insémination artificielle connue ayant abouti à une naissance remonte à 1776, et elle s'est déroulée dans la clandestinité la plus totale : *« c'est le mari, un drapier anglais, qui pratique l'insémination avec sperme de conjoint, grâce à une seringue chauffée ; le médecin Hunter est absent, il a donné ses instructions et le compte-rendu ne sera publié par la Royal Society qu'en 1799, alors que Hunter était déjà décédé depuis six ans »*.

D'après Guilbaud, (2016), l'article 1157 du code de procédure civile français prévoit qu'en cas de procréation médicalement assistée avec tiers donneur, qu'aucun lien de filiation ne peut être établi entre l'auteur du don et l'enfant issu de la procréation. Aucune action en responsabilité ne peut être exercée à l'encontre du donneur. Aussi, les époux ou les concubins qui, pour procréer, recourent à une assistance médicale nécessitant l'intervention d'un tiers donneur, doivent préalablement donner, dans des conditions garantissant le secret, leur consentement au juge ou au notaire, qui les informe des conséquences de leur acte au regard de la filiation.

De même, le consentement donné à une procréation médicalement assistée interdit toute action aux fins d'établissement ou de contestation de la filiation à moins qu'il ne soit soutenu que l'enfant n'est pas issu de la procréation médicalement assistée ou que le consentement a été privé d'effet. Le consentement est privé d'effet en cas de décès, de dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou de cessation de la communauté de vie, survenant avant la réalisation de la procréation médicalement assistée. Il est également privé d'effet lorsque l'homme ou la femme le révoque, par écrit et avant la réalisation de la procréation médicalement assistée, auprès du médecin chargé de mettre en œuvre cette assistance.

D'après Czeba et Cottinet (2020), le don de sperme respecte les principes suivants :

- il gratuit comme celui du sang et des organes ;

- le donneur est âgé de moins de 46 ans ;
- le don du sperme provient d'un couple ayant au moins un enfant ;
- l'usage des paillettes est réservé aux couples stables, avec l'accord du conjoint ;
- le sperme d'un donneur n'est utilisé que pour cinq grossesses menées à terme ;
- le donneur ne peut en aucun cas connaître les destinataires de son sperme ; les couples receveurs ne peuvent en aucun cas obtenir des renseignements sur l'identité et les caractéristiques du donneur.

Le recrutement des donneurs est assuré par des moyens de publicité directe, les interventions directes des couples demandeurs ou par ceux qui sollicitent la vasectomie. Le don du sperme nécessite une consultation (étude des antécédents personnels et familiaux, examen clinique) et un premier recueil du sperme pour étude fonctionnelle, morphologique, et de la mobilité après décongélation. Le sperme recueilli après masturbation est mélangé avec un liquide cryoprotecteur, réparti dans des paillettes scellées de 0,25ml et congelé dans l'azote liquide, à la température de  $-196^{\circ}$  C, où il peut être conservé pour une durée pratiquement illimitée. La décongélation s'effectue spontanément à l'air libre, en quelques minutes avant l'insémination

D'après Tutin (2018) les couples demandeurs d'insémination artificielle avec donneur sont soumis à une longue procédure. Ils s'adressent dans des Centres de Stérilité Masculine. Ensuite suivent les consultations ainsi qu'il suit :

- La première consultation se passe chez l'andrologue qui va faire le bilan diagnostique de l'infécondité de l'homme. Dans les cas où aucun traitement de l'infécondité ne peut être proposé il s'agit d'une stérilité. La demande peut être faite aussi pour éviter la transmission à l'enfant ou à l'autre partenaire d'une maladie d'une particulière gravité ;
- La deuxième est réalisée par le psychologue, ayant pour objectif non seulement de clarifier les raisons du choix de la méthode mais aussi de s'assurer de l'accord des deux conjoints dans l'intérêt de l'enfant à venir. Le psychologue peut être amené à revoir le couple une ou plusieurs fois avant l'ouverture du dossier ainsi qu'avant le début des inséminations ;
- La troisième sera réalisée environ un mois plus tard par le gynécologue, avec pour but de s'assurer de la fertilité de la femme, de prescrire le bilan gynécologique nécessaire pour la prise en charge. Elle correspond à l'ouverture du dossier et marque le début du délai d'attente ;

- La quatrième consultation va consister pour le biologiste d'informer les demandeurs sur les donneurs, avec des modalités médicales et légales du don de sperme ; puis va recueillir un certain nombre d'informations qui puissent orienter sur le choix du donneur ;
- Pendant la cinquième consultation, la généticienne va s'assurer de l'absence de maladies héréditaires (graves) transmissibles par une étude détaillée des antécédents familiaux et personnels de la femme. Un caryotype pourra être proposé ;
- Enfin, un rendez-vous est pris pour une démarche administrative qui est obligatoire, auprès d'un juge du tribunal de grande instance ou d'un notaire pour la prise du consentement du demandeur ; ceux-ci informent le demandeur sur les termes légaux de la filiation.

➤ *La fécondation in-vitro et transfert d'embryon (FIVETE)*

La FIV proprement dite intéresse la mise en présence d'un ou de plusieurs ovules avec des spermatozoïdes dans une éprouvette en vue d'une fécondation. Le premier « bébé-éprouvette » a vu le jour en 1978 en Angleterre. Cette technique se déroule en six étapes :

1. La stimulation ovarienne et le suivi médical rapproché, à ce niveau, la femme ne produisant en temps normal qu'un seul ovule par cycle, elle devra s'injecter quotidiennement l'hormone gonadotrophique FSH afin que le gynécologue puisse ponctionner plusieurs ovules (sept à quinze) en une fois et ainsi augmenter le rendement d'un cycle de traitement. D'autre part, la patiente sera étroitement suivie pendant une vingtaine de jours par son médecin sur la base d'échographies et de prises de sang.

2. Le déclenchement de l'ovulation. Lorsque le gynécologue évalue que les follicules sont mûrs, il administre à sa patiente l'hormone gonadotrophique (LH) pour provoquer l'ovulation.

La ponction des follicules ; celle-ci se pratique trente-six heures après l'injection de LH. Le gynécologue ponctionne les follicules au niveau de l'ovaire par échoguidage. La ponction se fait sous légère anesthésie générale.

Le recueil de sperme ; l'homme fournit son sperme obtenu après masturbation dans une cabine du centre de PMA. Pour des raisons de critères d'évaluation, l'abstinence sexuelle ne doit pas dépasser trois jours.

Le travail du biologiste ; qui s'effectue tout de suite après la ponction. Le sperme va être analysé au moyen d'un spermogramme, permettant d'évaluer le pourcentage de spermatozoïdes normaux (la normalité implique entre autres les critères de mobilité et de morphologie) et de

confirmer le mode de fécondation à utiliser (FIV versus ICSI). Le sperme va ensuite être centrifugé pour sélectionner les gamètes les plus mobiles. Puis, le biologiste laissera « reposer » les spermatozoïdes avec les ovules dans une éprouvette. Ce n'est que le lendemain qu'il pourra découvrir les ovules ayant été fécondés. Ceux-ci se reconnaissent par la présence de deux noyaux au centre de l'œuf. Le biologiste choisit ensuite les œufs qu'il va implanter et ceux qu'il va congeler (en vue d'une implantation future, en cas d'échec du transfert ou d'un désir d'enfant supplémentaire).

Le transfert d'embryons : il se déroule quarante-huit à soixante-douze heures après la ponction mais peut avoir lieu selon la loi jusqu'à six ou sept jours après fécondation de l'œuf. Les embryons à implanter (au nombre de trois chez la femme de plus de 35 ans, de deux chez la femme de moins de 35) sont montés par le biologiste sur un cathéter très fin puis déposés dans la cavité utérine par le gynécologue.

Ces étapes sont nommées cycle de traitement, et consiste en cette procédure menant de la stimulation ovarienne au transfert d'embryons. Chaque cycle de traitement a une chance sur deux de mener à une grossesse. La FIVETE permet ainsi de pallier certaines infertilités féminines (trompes obstruées) et masculines.

***L'ICSI ou injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde.*** C'est la technique de PMA la plus utilisée après l'insémination car elle permet surtout de remédier aux infertilités masculines et dans une moindre mesure, à certaines infertilités féminines. Les étapes sont exactement les mêmes que celles d'une FIVETE, à une exception près, puisqu'à l'étape numéro cinq, le biologiste ne va injecter qu'un seul spermatozoïde sélectionné dans chaque ovocyte mature, sous microscope et à l'aide d'une micropipette. L'ICSI se justifie notamment dans les situations où il est difficile d'obtenir du partenaire masculin une quantité de spermatozoïdes suffisante et de qualité.

D'autres méthodes sont :

- ***L'injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde morphologiquement sélectionné (IMSI)***

D'après Skander Ben (2018), cette méthode est appelé « super ICSI » car elle améliore les résultats de la micro-injection spermatique. C'est une fécondation in vitro avec micro-

injection (ICSI) qui utilise une association de moyens pour pouvoir analyser le sperme par agrandissement à une puissance ultra-grande (6 000 fois)

➤ ***La vitrification d'ovocytes et embryon***

Il s'agit d'une technique par laquelle les ovocytes sont congelés de manière ultra-rapide pour éviter la formation de cristaux, qui provoquent des dommages à l'intérieur des cellules

➤ ***La congélation d'ovaires***

La congélation d'ovaires peut être proposée en préalable à un traitement potentiellement stérilisant pour une femme ou un enfant : des échantillons d'ovaires sont prélevés en vue de préserver la fertilité ultérieure

➤ ***Le transfert d'embryons congelés (TEC)***

Le transfert d'embryons congelés emploie des embryons surnuméraires précédemment congelés obtenus par la méthode de la FIV ou d'ICSI qui sont décongelés et transférés dans l'utérus. On peut aussi congeler des embryons obtenus par FIV chez un couple dont la femme aura à subir un traitement potentiellement stérilisant. Il faut noter que la durée de conservation de l'embryon peut dépasser vingt ans (Scutti, 2017) et l'efficacité est identique à celle du transfert d'embryon non congelé (Shi, Sun, Hao & al, 2018)

Notons également qu'il existe 2 formes de PMA à savoir :

L'AMP dite homologue ; c'est celle qui fait appel aux gamètes du couple. Selon le manuel de PMA de la Fondation Jeune (2018), cette technique est celle qui est pratiquée dans 97% des cas.

L'AMP hétérologue ; elle fait appel aux gamètes d'un donneur extérieur et on note 3% des cas. Celle-ci concerne la plupart de temps le sperme masculin cependant il peut aussi s'agir d'un don d'ovocytes.

L'ICSI est la principale méthode de PMA qui permet de palier aux difficultés spermatiques tel que présentées dans le tableau ci-dessous

D'après l'OMS (2010) il faut au moins 2 spermogrammes à 3 mois d'intervalle avant de pouvoir affirmer une anomalie du sperme (3 mois renvoient à la durée de la spermatogenèse). Selon la classification OMS qui orienteront par la suite les examens plus spécialisé, le tableau ci-dessous définit les normes de l'asthénospermie, la tératospermie et la nécrospermie

**Tableau 1 : Paramètre du sperme**

Tableau 2.3. Nomenclature des anomalies du spermogramme.	
Aspermie	Absence de sperme
Hypospermie	Volume de sperme < 1,5 ml
Polyspermie	Numération < 250M/ml
Oligospermie	Numération < 15 M/ml ou <40 millions de spermatozoïdes dans l'éjaculat
Azoospermie	Absence de spermatozoïdes à l'état frais et dans le culot après centrifugation
Asthénozoospermie	< 32 % de spermatozoïdes mobiles
Nécrozoospermie	Plus de 42 % de spermatozoïdes morts
Tératozoospermie -	Moins de 4 % de spermatozoïdes normaux
Leucospermie	> 1 million/ml

Source : Organisation mondiale de la santé, 2010

D'après l'OMS (2010) les paramètres spermatiques analysés permettent de différencier différents types d'anomalies responsables de l'infertilité masculine :

Diminution du volume éjaculé : hypospermie

Diminution du nombre de spermatozoïdes : oligospermie

Absence de spermatozoïdes : azoospermie

Diminution de la mobilité asthénospermie

Altération de la morphologie : tératospermie

Des anomalies du sperme à type d'oligo-térato-asthénospermie indiquent la réalisation d'un test de migration survie, question de voir s'il est possible d'améliorer les paramètres du sperme ; ainsi donc c'est le test qui permettra en fonction de ses résultats d'envisager une stratégie de prise en charge en AMP.

### **2.3.5. Accessibilités**

L'assistance médicale à la procréation (AMP) expression privilégiée par l'Agence de biomédecine est réservée aux couples hétérosexuels mariés ou qui vivent en concubinage depuis au moins deux ans. Le Code de la santé publique français, qui rejoint les principes des dispositions suisses, précise les conditions d'accès à l'AMP :

Cette pratique doit répondre à la demande parentale d'un couple.

Elle a pour but de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ou encore d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie ayant une gravité particulière.

L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans, et consentant préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination.

Selon la loi de biomédecine, le don de gamètes est gratuit et anonyme.

Plusieurs auteurs sont longtemps restés réticents à l'endroit de l'AMP pour tous bien que le gouvernement français ait validé le projet de loi visant à étendre l'assistance médicale à la procréation à toutes les femmes vendredi le 27 septembre 2019. Il faut rappeler que cette mesure avait déjà été prise en Belgique, au Danemark depuis, en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, les femmes seules ainsi que les couples homosexuels féminins pouvaient bénéficier de l'AMP ; tout comme en Grèce, en Suède et en Norvège.

## **2.4. Souffrance conjugale**

La souffrance conjugale est cette souffrance qui se vit dans l'espace-couple ; c'est-à-dire un espace commun, formé du psychisme de deux partenaires (Garcia, 2007). Parler de la souffrance conjugale c'est évoquer une situation qui selon Garcia (2007) est un état de malaise interne qui chez un partenaire entraîne nécessairement un dysfonctionnement au niveau du lien



et susceptible de blesser le cadre groupal ou encore de générer des turbulences dans cet espace-couple ; cela pouvant également causer des déchirures entre les deux partenaires.

La souffrance psychique individuelle est l'état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ; mais indique la présence de symptômes ne correspondant pas à des critères diagnostics de maladie pouvant être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles (Pacte européen pour la santé mentale, 2008). Elle peut être verbale ou non verbale. Dans un espace-couple, cet état de mal-être doit indubitablement affecter l'autre membre du couple ; puisque chacun devient le support projectif de l'autre ; et il y a lieu d'un déploiement de transfert permanent actualisant les pathologies essentielles des partenaires (Garcia, 2007)

Dans le cas d'espèce, il faut dire que tan l'annonce d'un diagnostic d'infertilité que l'absence de causes identifiée représente une crise dans la trajectoire du couple. De même en cas d'échec de la PMA, le couple dans sa souffrance « *apparaît comme le lieu primordial où se réactualisent les angoisses primaires liées à un vécu non ou insuffisamment symbolisé, qui reste clivé de l'ensemble du fonctionnement psychique* » (Garcia, 2007, p. 93). Selon (Zegers-Hochschild & al., 2009 ; Bydlowski, 2014), la prise de conscience d'un problème d'infertilité confronte la plupart de temps le couple à une crise de type existentiel, remettant en question leur propre intégrité non seulement physique mais aussi psychique ; ainsi que la relation du couple et le sens de l'existence. Bien plus, la souffrance psychique chez l'un est très vite décelable à travers la qualité de ses rapports avec l'autre ; on peut noter entre autre le repli sur soi, le mutisme, l'instabilité de l'humeur, l'agressivité, le désintérêt dans les échanges, la démotivation, la baisse ou l'arrêt des activités et même l'irritabilité vis-à-vis de l'autre.

Selon Girard, Galini, Toma et Streuli (2017), la détresse et les répercussions émotionnelles dans un couple s'expriment la plupart de temps sous la forme de ressentis tels que l'impuissance, la colère ou encore les frustrations. La souffrance conjugale liée à l'infertilité est plus accrue lorsque les démarches et tous les efforts fournis sont vains.

Dans le cas d'espèce, non seulement on recourt à un deuil de la fertilité chez l'homme, mais les démarches de l'AMP n'aboutissent pas. Le couple est non seulement confronté à la douleur de la perte de la fertilité mais aussi à ce fameux parcours de l'AMP qui semble très pénible pour certains. Il faut dire que de prime abord, la souffrance est partagée pour avoir fait un échec lors de la première tentative, ensuite elle pèse plus pour l'homme puisqu'il n'arrive

pas à prendre une décision vis-à-vis d'un don de sperme. Cette décision est d'autant plus angoissante pour ce dernier qui, en se référant à ses valeurs culturelles, ressent plus de culpabilité. Cette culpabilité s'explique par le fait pour lui d'avoir trahi ou encore, de vouloir trahir ses us et coutumes, ses ancêtres en injectant un « intrus » dans sa lignée.

Il faut dire que sur le plan psychologique, l'IAD ne procure ni plaisir, ni tendresse, cependant le seul fait de penser au donneur de sperme provoque non seulement de la jalousie, mais aussi du malaise psychologique ; dans la mesure où selon Thévoz (1990) le donneur est présent dans l'imaginaire du couple, bien qu'il soit absent dans la réalité. L'énigme de son identité doit subsister dans la conscience des membres du couple et créer la souffrance conjugale.

Tsala Tsala (2009) souligne que la souffrance est d'abord individuelle avant de se propager dans la famille ; si nous prenons le cas d'un acte conjugal répétitif et non fructueux face à un besoin d'enfant dans le couple, on peut immédiatement se rendre compte que chaque partenaire de prime abord vit une souffrance individuelle ; tout commence par une interrogation personnelle, chacun se culpabilise en cherchant des causes qui pourraient provenir de lui, de sa famille. C'est bien après que le doigt accusateur est pointé sur l'autre et vice-versa ; et progressivement la souffrance se voit partagée en couple.

L'angoisse de l'homme infertile à qui le médecin propose l'IAD comme solution à son problème ne peut ne pas être perceptible ou avoir une répercussion auprès de sa compagne. Ce dernier se situe sur une position ambivalente dans la mesure où il veut être père et en même temps sa culture d'appartenance ne lui offre pas la possibilité d'emprunter le sperme d'un étranger pour y parvenir. C'est cette position qui lui crée un désarroi psychique et représentationnelle Tsala Tsala (2009) vis-à-vis de sa famille ; engendrant ainsi une souffrance non seulement psychique mais conjugale. Le problème de l'identité des africains serait nécessairement celui de l'identité des familles dans ce contexte. Par ailleurs, il explique que la culture joue un rôle essentiel et « *doit être entendu comme le référent qui donne sens au conflit en tant qu'il constitue une tension entre l'individu et l'environnement sensé l'identifier* » (p.225).

## 2.5. Les valeurs culturelles

Selon le Thesaurus internationale du développement culturel (1980), on entend par valeurs culturelles les relations symboliques qui assurent la cohésion d'une société ou d'un groupe, maintenant et renforçant le sentiment d'appartenance de ses membres, en perpétuant la richesse de son patrimoine social et spirituel, assurant ainsi à sa vie et donnant sens aux existences individuelles. Kroeber et Kluckhohn (1952) définissent la culture comme étant cette manière de penser, sentir et réagir qui est acquise principalement par les symboles qui constituent la performance distincte des groupes humains ; il s'agit de leur façon de leur expression par des artefacts ; l'essentiel de la culture comportant des idées traditionnelles et des valeurs y afférentes. C'est aussi une programmation collective de l'esprit qui distingue les membres d'un groupe ou d'une catégorie de personnes par rapport à une autre (Hofstede, 1980, 2001)

Quant à la valeur, Mbunda, (1983) explique qu'elle peut être activée en fonction des situations variées ; étant donné que le système des valeurs est une organisation des principes et des règles acquises permettant à l'individu de choisir entre des alternatives, de résoudre les conflits et de prendre des décisions. Aussi Hofstede (2001) définit la valeur comme une tendance à préférer un certain état des choses à un autre. Cet auteur trouve en la valeur un sentiment orienté, pouvant être perçu sous sa dimension tantôt positive, tantôt négative. Elles sont donc programmées tôt dans nos vies et ne sont pas rationnelles bien que nous ayons l'impression subjective que nos valeurs sont parfaitement rationnelles.

Hofstede (2001) insiste sur le fait que les valeurs déterminent la définition subjective de la rationalité. Selon WATHI (2017), la valeur est tout fait social ou de culture qui est conforme à la raison, ou à la nature de l'homme et qui répond positivement aux besoins fondamentaux de la majorité des membres d'une communauté humaine. Cependant, suggère l'auteur, on ne peut parler de valeurs qu'en termes relatifs car elles ne se rapportent qu'aux conditions de vie et qu'aux intérêts de la société qui les produit.

Parlant de la valeur culturelle, Triandis (1994) propose une analyse de la culture subjective. D'après lui, tout individu s'inscrivant dans une culture qui est propre à lui a sa propre manière d'interpréter la dimension humaine de l'environnement. L'auteur préfère le terme de culture subjective à celui de valeur culturelle ; la valeur étant rationnelle (Hofstede, 2001). Triandis (1994) décompose la culture subjective en plusieurs éléments à savoir : la

catégorisation ; l'association ; les croyances ; les évaluations ; la signification implicite ; les espérances / prévisions ; les normes ; les rôles ; les règles ; le stéréotype ; La signification de l'«in group ». La culture subjective d'après Triandis (1994) joue aussi un rôle important dans la détermination du comportement d'un individu face à une situation. Les valeurs culturelles offrent aux individus des moyens de débloquent certains mécanismes sociaux grippés ou de dominer des phénomènes nouveaux et imprévisibles de manière à permettre à l'homme de profiter du progrès.

## **2.6. L'Insémination artificielle avec le sperme d'un donneur**

Pour les Sociologues Durand et Weil (2006), l'IAD est conçue comme le don de sperme d'un homme fécond à celui infécond ; le premier va demeurer anonyme et le second connu comme père de l'enfant. Dans ce cas, la maternité est réservée à la femme qui porte l'enfant et l'accouche, même si ce n'est pas son corps qui a produit l'ovocyte dont il provient. La donneuse d'ovocyte est aussi inconnue dans ce cas. L'enfant sera donc le fils ou la fille du père qui n'est pas nécessairement son géniteur mais le mari de ma mère

D'après Tain (2005), la première insémination artificielle connue ayant abouti à une naissance remonte à 1776, et elle s'est déroulée dans la clandestinité la plus totale : « *c'est le mari, un drapier anglais, qui pratique l'insémination avec sperme de conjoint, grâce à une seringue chauffée ; le médecin Hunter est absent, il a donné ses instructions et le compte-rendu ne sera publié par la Royal Society qu'en 1799, alors que Hunter était déjà décédé depuis six ans* » (p.53).

D'après Guilbaud, (2016), l'article 1157 du code de procédure civile français prévoit qu'en cas de procréation médicalement assistée avec tiers donneur, qu'aucun lien de filiation ne peut être établi entre l'auteur du don et l'enfant issu de la procréation. Aucune action en responsabilité ne peut être exercée à l'encontre du donneur. Aussi, les époux ou les concubins qui, pour procréer, recourent à une assistance médicale nécessitant l'intervention d'un tiers donneur, doivent préalablement donner, dans des conditions garantissant le secret, leur consentement au juge ou au notaire, qui les informe des conséquences de leur acte au regard de la filiation.

De même, le consentement donné à une procréation médicalement assistée interdit toute action aux fins d'établissement ou de contestation de la filiation à moins qu'il ne soit soutenu

que l'enfant n'est pas issu de la procréation médicalement assistée ou que le consentement a été privé d'effet. Le consentement est privé d'effet en cas de décès, de dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou de cessation de la communauté de vie, survenant avant la réalisation de la procréation médicalement assistée. Il est également privé d'effet lorsque l'homme ou la femme le révoque, par écrit et avant la réalisation de la procréation médicalement assistée, auprès du médecin chargé de mettre en œuvre cette assistance.

D'après Tutin (2018) les couples demandeurs d'insémination artificielle avec donneur sont soumis à une longue procédure. Ils s'adressent dans des Centres de Stérilité Masculine. Ensuite suivent les consultations ainsi qu'il suit :

- La première consultation se passe chez l'andrologue qui va faire le bilan diagnostique de l'infécondité de l'homme. Dans les cas où aucun traitement de l'infécondité ne peut être proposé il s'agit d'une stérilité. La demande peut être faite aussi pour éviter la transmission à l'enfant ou à l'autre partenaire d'une maladie d'une particulière gravité ;
- La deuxième est réalisée par le psychologue, ayant pour objectif non seulement de clarifier les raisons du choix de la méthode mais aussi de s'assurer de l'accord des deux conjoints dans l'intérêt de l'enfant à venir. Le psychologue peut être amené à revoir le couple une ou plusieurs fois avant l'ouverture du dossier ainsi qu'avant le début des inséminations ;
- La troisième sera réalisée environ un mois plus tard par le gynécologue, avec pour but de s'assurer de la fertilité de la femme, de prescrire le bilan gynécologique nécessaire pour la prise en charge. Elle correspond à l'ouverture du dossier et marque le début du délai d'attente ;
- La quatrième consultation va consister pour le biologiste d'informer les demandeurs sur les donneurs, avec des modalités médicales et légales du don de sperme ; puis va recueillir un certain nombre d'informations qui puissent orienter sur le choix du donneur ;
- Pendant la cinquième consultation, la généticienne va s'assurer de l'absence de maladies héréditaires (graves) transmissibles par une étude détaillée des antécédents familiaux et personnels de la femme. Un caryotype pourra être proposé ;
- Enfin, un rendez-vous est pris pour une démarche administrative qui est obligatoire, auprès d'un juge du tribunal de grande instance ou d'un notaire pour la prise du consentement du demandeur ; ceux-ci informent le demandeur sur les termes légaux de la filiation.

## 2.7. Etude de cas

Hamel (1997) suggère qu'un cas peut être un objet clinique, un évènement, une situation constituant une unité d'analyse ; le cas serait un évènement situé (Leplat, 2002). L'étude de cas est donc une méthode de l'approche qualitative utilisée en Sciences humaines et sociales pour l'étude approfondie de cas spécifique, qu'il soit une personne, un groupe ou un sujet spécifique. Il n'en demeure pas moins qu'elle soit utilisée pour étudier des phénomènes complexes nouveaux en situation réelle ou étendre les connaissances sur des phénomènes déjà investigués (Barlatier, 2018). De nature descriptive, elle prend appui sur des informations recueillies directement sur le terrain, souvent même de la bouche des acteurs de l'évènement considéré comme cas (Hamel, 1997). L'auteur insiste sur le fait que l'étude de cas consiste à rapporter un évènement dans son contexte précis, à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe.

D'après Amy et al. (1998), l'étude de cas commence avec Hippocrate, médecin de l'antiquité (né vers 460 AV JC) qui avait fondé la méthode d'observation clinique. Ainsi donc, pour la médecine comme la psychologie clinique, la description des symptômes basés sur l'anamnèse, sur l'observation du patient et sur l'examen clinique permet d'élaborer un diagnostic et de mettre en place un traitement.

L'étude de cas, précise Amy et al. (1998), permet non seulement de constituer un tableau clinique précis, utilisable comme cadre de référence par les praticiens ; mais aussi de les informer et de faire progresser la recherche. C'est sur la base de l'étude de cas que le modèle médical a servi de creuset à la psychiatrie, la psychanalyse, la psychopathologie, la psychologie clinique et la psychologie sociale. D'ailleurs c'est l'analyse d'un cas clinique qui a favorisé la découverte de l'inconscient chez Freud. Celui-ci et ses successeurs utilisent tous les récits d'histoire de cas pour construire et affiner leur théorie ; par conséquent, la psychologie clinique est héritière directe de la psychanalyse et de la psychopathologie puisqu'elle a les mêmes soubassements théoriques.

Par ailleurs, l'étude de cas est un travail d'analyse et de synthèse qui repose non seulement sur un travail d'interprétation du matériel recueilli (l'observation, l'entretien, test, etc.) et suppose une reprise et un ordonnancement des éléments récoltés ; tels que la description des symptômes, le dégagement des éléments d'une problématique et la présentation du matériel opérant une lecture à plusieurs niveaux (Amy et al., 1998).

L'étude de cas chez le psychologue, du fait qu'il relève de la méthode clinique, se distingue par son caractère essentiellement approfondi. Widlöcher (1999) explique que la base de cette technique est l'étude intensive de cas individuel. Dans le cadre d'une recherche, le chercheur va recueillir un certain nombre de données à partir du discours du patient soit par l'entretien non directif, l'entretien semi-directif, protocole de test ou à partir de l'observation du patient.

L'étude de cas est destinée à donner un tableau clinique aussi précis que possible et une analyse de la situation prenant en compte les aspects sociaux, tels que l'environnement familial, social et culturel. C'est un travail d'analyse qui vise à donner du sens à l'ensemble des éléments clinique recueilli ; ce qui suppose que le chercheur prenne également en compte :

- Les mouvements transférentiels c'est-à-dire la manière dont le participant s'adresse à lui et manifeste son vécu de la situation et ses réactions affectives vis-à-vis du chercheur ;
- Et ses propres mouvements contre-transférentiels (les émotions que l'attitude et les paroles du participant lui font éprouver).

Au demeurant, l'étude de cas est un travail d'analyse et de synthèse qui exige beaucoup de rigueur car, du fait qu'on ne puisse jamais tout retransmettre, elle est en quelque sorte, une histoire dévoilée et reconstruite dans une relation à deux.

Cependant, de manière critique le problème de généralisation est souvent posé à la méthode de l'étude de cas, en référence aux méthodologies jugées répondre plus directement aux canons scientifique (Leplat, 2002). Ce problème se pose au niveau de l'étude d'un cas singulier dans la mesure où celui-ci ne peut échapper à la question de déterminer quelles connaissances utiliser pour analyser le cas considéré, ou encore à la question de savoir dans quelle mesure l'importation de ces connaissances est valable hors du ou des contextes où elles ont été établies.

Or l'étude de cas est centrée sur elle-même et donc le problème de généralisation ne se pose pas à ce niveau surtout qu'elle peut avoir une double visée : celle de résoudre le problème précis et singulier posé par le cas ; et l'autre, de faire servir l'étude du cas à la constitution d'un corpus organisé de connaissances susceptibles de faciliter l'étude d'autres cas (Falzon, 1994).

Rendu au terme de ce chapitre, le suivant va porter sur l'ensemble de règles et des démarches que nous avons adoptées pendant ce travail de recherche pour aboutir à nos conclusions : il s'agit de la méthodologie.



## **CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE**



Après avoir rappelé le problème et décrit les thèmes de l'hypothèse générale, il sera question dans ce chapitre de mettre en exergue le type de recherche, son champ ainsi que le site de collecte des données.

Par la suite, il sera mis en relief les caractéristiques des participants ainsi que leur critère de sélection et une brève présentation des cas retenus.

Enfin, seront expliqués, la technique et les outils d'analyse des données, ainsi que les difficultés liées à la recherche.

## **1. Rappel du problème de recherche et précision sur les centres d'intérêt**

Il s'agit ici de préciser le problème de recherche et décrire clairement les différents thèmes de l'hypothèse de recherche.

### **1.1. Rappel du problème**

Nous avons observé les couples camerounais et plus précisément les conjoints infertiles engagés dans la pratique de l'AMP. Cette observation s'est faite au cours de notre stage en psychologie clinique dans la clinique de l'Aéroport, centre d'AMP à Douala-Cameroun. Nous avons utilisé l'observation naturel et le test du HADs ; et avons constaté que les conjoints infertiles présentent des souffrances psychiques telles que l'anxiété, les états dépressifs, le stress le sentiment de culpabilité, le sentiment de honte, se font des soucis, éprouvent des sensations de peur et de panique ; ils ont même l'impression de fonctionner au ralenti.

Cette souffrance est parfois à l'origine des échecs entraînant des abandons et même des hésitations dans ce parcours d'AMP par certains ; tandis que d'autres se résignent et poursuivent la procédure malgré leur difficulté financière. Nous avons été intéressée par ceux qui, après avoir échouer la première tentative d'AMP ont été confronté à une proposition d'IAD du fait de la mauvaise qualité de leur sperme. C'est l'attitude d'indécision de ces derniers qui fonde le problème dans cette recherche. Notre souci a été de comprendre le rôle que pourrait jouer leur souffrance antérieure dans un parcours d'AMP/IAD. Aussi ayant exploré la littérature à ce sujet, elle indique que la souffrance du conjoint camerounais infertile qui a sollicité la pratique d'AMP ne s'explique pas uniquement par le deuil lié à la perte de sa fécondité, ni par les tribulations relatives à son désir d'enfant, mais aussi par les valeurs culturelles mises sur pied par son groupe socio-culturel d'appartenance, qui structure sa personnalité ; donnant ainsi non

seulement sens à sa conduite et à sa souffrance mais aussi orientant positivement ou négativement son parcours thérapeutique.

Ceci étant, l'objet de notre recherche est le parcours thérapeutique du conjoint camerounais infertile chez qui, les valeurs culturelles adressées contre cette méthode de procréation induisent une souffrance.

Le problème y afférent et que nous voulons résoudre est celui du vécu du parcours thérapeutique d'AMP du conjoint camerounais infertile et plus précisément le recours à la technique d'IAD.

La littérature sur la question fait écho de l'importance des valeurs culturelles à laquelle appartient un individu dans la structuration de son psychisme et de la mise en sens de sa souffrance dans son itinéraire thérapeutique d'AMP.

Nous nous posons donc la question de savoir : comment la souffrance du conjoint camerounais infertile retentit sur son parcours d'AMP ?

## 1.2. Précision sur des centres d'intérêt

Nous décrivons ci-dessous les modalités explicatives de la souffrance en lien avec le parcours thérapeutique de l'AMP chez le camerounais infertile. Cette description va prendre en compte les différentes modalités de l'hypothèse générale qui est la suivante : « *La souffrance du conjoint camerounais infertile appréhendée culturellement perturbe son parcours d'AMP* »

### - Description de la souffrance du conjoint camerounais infertile

La souffrance que vit le conjoint camerounais du fait de son infertilité peut avoir des répercussions considérables sur son parcours d'AMP. Comme modalité de cette souffrance, on peut relever chez ces derniers plusieurs aspects culturels entre autres : les contraintes culturelles ; le secret entretenu par la culture sur de l'AMP ; la honte du regard des proches et familles ; la croyance aux persécutions mystico-religieuses.

***Contraintes culturels liées à la pratique d'AMP.*** Faisant allusion aux contraintes culturelles auxquelles fait face l'homme infertile au prise avec le parcours d'AMP, nous nous baserons sur les explications du Thesaurus internationale du développement culturel (1980), qui soulignent que les valeurs culturelles sont des relations symboliques qui assurent la

cohésion d'une société ou d'un groupe, maintenant et renforçant le sentiment d'appartenance de ses membres, en perpétuant la richesse de son patrimoine social et spirituel, assurant ainsi la vie et donnant sens aux existences individuelles. C'est en prenant en compte ces valeurs culturelles que l'homme infertile se sent meurtri ; car se voit en marge de la société. Cette société qui lui impose l'application de certains us et coutumes pour être dans la norme.

Sow (1977/1978) renchérit ces propos en disant qu'il ne saurait avoir d'existence que lié socialement et culturellement. Pour l'africain infertile, se soumettre à une insémination artificielle avec sperme d'un donneur serait créer une sorte de rupture, d'abord entre lui et le sous-univers supérieur du macrocosmos, c'est-à-dire Dieu, l'Ancêtre et les esprits des défunts élus, ensuite entre lui et le sous-univers de mésocosmos, constitué des esprits errants, des génies et le lieu des opérations nocturnes des sorciers ; et enfin entre lui et le sous univers de microcosmos c'est-à-dire le village, la société.

Il est important de souligner ici que la culture est la plupart de temps cause de certaines souffrances que traverses les individus en Afrique. Le mariage par exemple souligne Doris-Bonnet (2014), est directement associé à une injonction sociale à la procréation ; et lorsqu'il n'est pas suivi de naissance différents recours sont envisagés par les époux et leur famille. Ceux-ci vont ainsi consulter les guérisseurs, les marabouts voire procéder par rituels traditionnels dans le souci de trouver des solutions à leur problème. Il faut reconnaître que la procréation se situe dans la mouvance générale de la société africaine qui dicte son modèle à suivre aux couples hétérogènes.

Sous la pression de la famille à perpétuer la lignée, l'échec de la première tentative d'insémination, balayant tout l'espoir du couple, se présente comme un séisme, réactivant ainsi la douleur de l'annonce de l'infertilité et replongeant également l'homme infertile dans la problématique œdipienne de non réalisation de son désir d'enfance. Il voit s'effondrer son désir de ressembler à son père, le rivaliser, fonder comme lui une famille identique à celle qu'il a connu dans sa petite enfance. Bydlowski (2008) à ce propos souligne que l'humain est soumis à cette obligation de transmission comme toutes les autres espèces vivantes ; c'est aussi ce qui explique le fait que le parcours psychoaffectif culmine au désir d chez le garçon. C'est ce qui explique ce vécu de deuil après échec d'une première grossesse dans le cas d'espèce.

***Le secret sur l'AMP/IAD.*** Quant à la peur que le secret entretenu par la culture sur la pratique de l'AMP ne soit dévoilé, il convient de noter que l'africain accorde une place

prépondérante à l'enfant biologique, l'enfant du sang, porteur du patrimoine génétique générationnelle. Le conjoint infertile qui fait face à la pression familiale, aux contraintes culturelles qui lui impose une descendance « de sang » se voit entrain de violer ces valeurs culturelles en acceptant une AMP/IAD. Cette pratique qui pourrait l'exposer à une rupture de sa lignée en lui octroyant un enfant qui n'est pas sien, amène plutôt ce dernier à s'interroger. Le secret qui s'en suit devient incitateur d'angoisse à cause d'un environnement de plus en plus porteur de culpabilité et de honte car interpelle la responsabilité des uns et des autres. Le secret autour de l'AMP/IAD peut perturber cette pratique. Ceci dans la mesure où le conjoint infertile est tiraillé entre le désir de se libérer d'un insoutenable poids et celui de ne pas perturber un équilibre familial sur lequel il ne saurait mesurer à l'avance l'ampleur des conséquences déstructurantes (Tsala Tsala, 2007). Il va donc se taire et subir cette souffrance liée à son état de santé.

De même, l'échec de la pratique l'expose constamment à la peur d'un éventuel divorce, qui est toujours vécu de façon secrète ; surtout lorsque le conjoint prend conscience du fait que sa partenaire est en train de prendre de l'âge. Glover (2017) s'en tient à l'horloge biologique de la fécondité pour dire qu'il désigne la baisse de la fertilité avec l'âge. Cette baisse se produit entre 25 et 35 ans et augmente nettement après 40 ans selon les études. La probabilité de la grossesse est alors moins importante à 30 qu'à 20 ans.

L'auteur explique que l'horloge biologique est une réalité physiologique ; donc, dans le corps humain, tout est minuté, y compris la fertilité. Cette horloge interne se régule à partir de l'hypothalamus, une glande dans le cerveau humain. Cette horloge biologique détermine l'apparition de la ménopause et donc de la baisse de la fertilité. Glover (2017) pense que la probabilité d'avoir un enfant est de 25% par cycle à 25 ans, de 12% par cycle à 35 ans et de seulement 6% par cycle à 40 et de 0% à 45 ans. C'est ce qui augmente le stress de l'homme infertile, et l'incite parfois à embrasser d'autres voies thérapeutiques

***La honte du regard des proches et familles.*** Concernant la honte en contexte d'AMP, il faut souligner que sur le plan émotionnel, le conjoint infertile se sent la plupart de temps coupable vis-à-vis de sa partenaire dans la mesure où quel que soit la pathologie d'origine, c'est la femme qui reçoit la grande partie des traitements, l'homme prend en quantité négligeable (lors de la ponction des gamètes). Le partenaire perd son estime de soi face aux contraintes thérapeutiques et leurs effets indésirables auxquelles est soumise sa conjointe. Le conjoint va se reprocher non seulement de ne pas être capable de donner l'enfant à sa conjointe mais aussi

de lui faire subir les différents traitements médicaux (Bourdet-Loubère et al., 2012) et même traditionnels ; c'est ce qui le plus souvent entraîne des échecs dans la procédure.

Lorsque dans un couple qui fait recours à l'AMP l'infertilité est d'origine masculine, le ressenti de l'homme est vécu de façon dépressive, avec une représentation dévalorisée de l'image de soi ; ainsi qu'une confusion entre la fonction procréatrice et l'impuissance (Flis-Trèves & Gellman, 2003). Celui-ci est non seulement coupable envers sa conjointe mais aussi envers lui-même d'autant plus que la responsabilité à l'égard du groupe social passe aussi par un devoir à l'égard de soi. Cette culpabilité est encore plus accentuée lorsque la sexualité du couple se passe sur commande, à la demande du médecin. Ce dernier devient sans la volonté du conjoint infertile, partenaire privilégié non seulement du couple mais beaucoup plus de la femme.

Flis-Trèves et Gellman, (2003) trouvent, au-delà du rôle de technicien attribué au médecin, un partenaire tiers dans la dualité du couple et même dans sa partie la plus intime qu'est la sexualité. Il est perçu par l'homme infertile comme son rival car il est investi de la toute-puissance du fécondateur. Ce qui peut également avoir des répercussions sur le parcours d'AMP du conjoint infertile, lui réduisant son estime de soi.

Cette perte d'estime de soi chez l'homme infertile qui fait face à l'AMP peut aussi s'expliquer par le fait que la masturbation qui est normalement intime et parfois clandestine devient face au médecin un outil fondamental et incontournable de la technique d'AMP ; occasionnant ainsi une frustration chez celui-là qui la vit. Le perpétuel sentiment d'inquiétude, le sentiment de dévalorisation du fait que son sperme soit infructueux, l'anxiété, la manifestation des états dépressifs, sont liés à la honte que ressent le conjoint infertile aux prises avec la pratique d'AMP.

Il convient aussi de mentionner que la représentation de cette pratique ; son impact physique et psychologique peut inciter soit à l'échec ou à l'abandon de celle-ci ; on peut citer : les répercussions sur la vie sexuelle du couple, les douleurs lors des ponctions des gamètes, le sentiment de fatigue, d'épuisement, d'irritabilité et même des troubles de sommeil et d'appétit. La sensation de fatigue, de stress, la place du médecin dans la vie du couple, et même l'impression de vivre une punition divine.

***La croyance aux persécutions mystico-religieuses.*** A propos des persécutions mystico-religieuses, les principales causes de l'infertilité dans l'imaginaire africain en général et camerounais en particulier a souligné Aoudou (2009), s'explique la plupart de temps par l'inobservance des obligations rituelles ou des interdits et l'œuvre des divinités ou des sorciers. Sur ce point de vue, Sow (1977) précise que les vrais rites de possession connus comme pratiques essentiellement féminines incluent de plus en plus des sociétés masculines. Les croyances aux pouvoirs des esprits maléfiques créent une sorte de confusions chez le conjoint infertile qui fait face à une procédure d'AMP, compliquant ainsi la situation dès lors qu'il faudra creuser la source de son mal. L'action du sorcier telle que décrite par les participants de cette recherche n'est pas à négliger. Selon leur avis, une grossesse évolutive de quelques mois ne devrait pas du jour au lendemain s'interrompre sans explications plausibles tant qu'il n'y ait pas eu d'influence d'un esprit maléfique, d'un sors jeté par un sorcier ou d'une pratique occulte. A ce niveau il n'y a pas de raison de réfuter Sow (1977) qui souligne que la sorcellerie connote autant d'angoisse existentielle de destruction de la personne totale que ce soit mentalement, socialement ou physiquement.

L'action du sorcier précise Sow, est conçue comme étant une action nocturne au double sens du terme dans la mesure où elle est illicite, cachée, marginale, se déroulant dans l'obscurité de la nuit. Cette action dans l'imaginaire africain aurait pour but de vider progressivement sa victime de son principe vital, détruire sa substance personnelle, voire sa capacité de procréer. La relation du conjoint camerounais infertile à la sorcellerie est d'autant plus accrue qu'elle lui procure une sorte de souffrance ; c'est dans ce sens que Sow (1977) insiste sur le fait qu'il s'agit d'un syndrome d'influence, un syndrome d'action extérieure exercée à distance sur les constituants de la personne ; induisant chez cette personne une angoisse de perte de sa substance vitale. C'est dans ce sens que la relation à la sorcellerie constitue une modalité de la souffrance pouvant avoir des répercussions chez le conjoint infertile soumis à la thérapie d'AMP. Il s'agit de « *la mise en forme d'une angoisse existentielle d'être attaquée et d'être désintégré par l'atteinte de ce qui est conçu et représenté comme le principe communautaire, à l'angoisse de déperdition et la substance lignagère* » (P.141)

***Le parcours d'AMP.*** Le parcours du conjoint camerounais infertile peut culminer sur la réussite de la procédure, l'échec ou l'abandon de cette initiative. Dans le cas d'espèce il est question du vécu de ce parcours dont la souffrance y afférente peut être à l'origine de l'échec,

du doute sur l'efficacité de la procédure, de la compétence du corps médicale et même de la qualité de l'enfant à naître.

**Tableau 2** : les modalités de l'hypothèse

<b>Modalité 1</b>	<b>Descripteurs</b>
Souffrance du conjoint camerounais infertile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souffrance consécutive aux contraintes culturelles,</li> <li>- Souffrance consécutive à la peur que le secret entretenu sur l'IAD par la culture ne soit dévoilé,</li> <li>- Souffrance consécutive à la honte du regard que les autres portent sur lui dans la société</li> <li>- Souffrance consécutive à la persécution mystico religieuse</li> </ul>
<b>Modalité 2</b>	<b>Descripteurs</b>
Parcours thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echec dans le parcours,</li> <li>- Doute sur la qualité de l'enfant à naître,</li> <li>- Doute sur la compétence du corps médical et de l'efficacité thérapeutique</li> <li>- Abandon</li> </ul>

## 2. Type et champ de la recherche

Il sera question au niveau de ce sous-titre de préciser le type et le champ de cette recherche.

### 2.1. Type de recherche

N'da (2015) dit de la recherche qu'elle est un processus, une activité de quête objective de connaissances sur des questions factuelles. Ses fonctions sont de décrire, d'expliquer, de comprendre, de contrôler, de prédire des faits, des phénomènes, des conduites, donc d'élucider le mécanisme de production des faits, en l'occurrence des faits sociaux. C'est justement la raison pour laquelle dans le cas d'espèce, cette recherche vise à comprendre le vécu du parcours de l'AMP chez un conjoint camerounais infertile.

Puisqu'il faut bien suivre une démarche pour « *traquer l'inconnu* » recherché (N'da, 2015), il en existe plusieurs à savoir : la démarche déductive, la démarche hypothético déductive et la démarche inductive.

La démarche déductive qui suppose selon N'da (2015, P. 18) que « *La certitude vient de la déduction (de notre raison, de nos raisonnements). A partir des intuitions (ou prémices), il s'agit de déduire d'autres affirmations qui en sont les conséquences* ».

La démarche hypothético déductive qui veut que « le chercheur se pose une question, formule une réponse provisoire, élabore des conjectures théoriques et les soumet à des tests empiriques dont le but est de vérifier la véracité de la réponse provisoire ».

La démarche inductive qui « *consiste à induire des énoncés généraux (des vérités) à partir d'expériences particulières rigoureuses et systématiques* » (P.18) ; elle suppose qu'après avoir observé plusieurs phénomènes similaires, le chercheur élabore des énoncés généraux qui deviennent des hypothèses, des théories, puis des lois scientifiques. De même, Gaspard Claude, (2021), dit de la démarche inductive, aussi appelée approche empirico-inductive, qu'elle est une méthode de travail qui part des faits, de données brutes réelles et observables, pour aller vers l'explication de celles-ci. L'induction voudrait qu'à partir des phénomènes particuliers observés sur le terrain le chercheur puisse comprendre un phénomène général. Cette démarche va du particulier au général. C'est une explication issue d'un fait. Pour cela, le chercheur part d'une situation observable sur le terrain et cherche à mieux la comprendre.

Alors, il est question pour nous de suivre la démarche inductive pour chercher à mieux comprendre comment la souffrance du conjoint camerounais infertile retentit sur son parcours d'AMP.

Cette démarche correspond à l'approche qualitative qui stipule d'après (N'da, 2015), que le chercheur à ce niveau utilise des instruments comme l'étude de cas, l'interview pour collecter des informations détaillées sur les caractéristiques d'une personne, d'un groupe, d'un programme ou de toute autre entité éducative ou sociale ; dans un souci de comprendre et non d'expliquer, encore moins de prouver. Puisque la démarche inductive est propre à la recherche qualitative, c'elle qui sera appliqué dans le cas d'espèce.

Bien plus, cette recherche est de type qualitatif de part : sa définition, sa démarche, la collecte des données, l'analyse de ces données et la rigueur sur le terrain.



La recherche qualitative se définit par opposition à la recherche quantitative. Dumez (2011) souligne que cette dichotomie naît de l'opposition entre la qualité et la quantité. La qualité étant ce qui fait une chose et en même temps ce qu'elle est ; et la quantité portant sur le nombre de cette chose.

D'après l'OMS (2016), la recherche qualitative est un ensemble de techniques d'investigation qui donne un aperçu du comportement et des perceptions des gens tout en permettant d'étudier leurs opinions sur un sujet particulier, de façon plus approfondie que dans un sondage. Elle s'intéresse à l'analyse des données telles que la parole écrite ou dite et le comportement observatoire des personnes (Taylor & Bogdan, 1984).

Il faut dire qu'elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, mais consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (Aubin- Auger et al., 2008) ; et partant, permet d'explorer les émotions, les sentiments des participants, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles ; c'est ce que nous recherchons. Elle peut aussi contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des participants et des interactions entre eux.

Pour ce qui est de la démarche, il convient de signaler que la recherche qualitative s'inscrit dans une démarche compréhensive et inductive (Horincq Detournay & Guillemette, 2018). Rappelons qu'elle est inductive parce qu'elle est par définition enracinée dans les données, ce qui évite des interprétations qui seraient détachées des situations à l'étude d'après les auteurs, Il s'agit d'une démarche compréhensive des phénomènes humains et sociaux qui se réalise de manière primordiale à partir des vécus des personnes qui vivent ou qui ont vécu ces phénomènes. En fait, les approches inductives, par définition sont enracinées dans les vécus diversifiés des personnes et s'ouvrent inmanquablement vers des perspectives interdisciplinaires. Du même avis, Dumez (2011) précise que la recherche qualitative a une visée compréhensive qui se caractérise par deux choses : la première est de comprendre comment les acteurs pensent, parlent et agissent ; la seconde est qu'elle le fait en rapport avec un contexte et une situation. L'accent est donc mis sur les acteurs et non sur les variables. La recherche qualitative suppose que l'on voit et donc met en exergue un problème de description (Dumez, 2010a) ; et c'est parce que les acteurs pensent, parlent, agissent, interagissent, coopèrent et s'affrontent que cette démarche est taxée de compréhensive.

Les méthodes qualitatives s'appuient sur la collecte, la description, l'analyse et l'interprétation de données non chiffrées (Whitley & Crawford, 2005 ; Aubin- Auger et al. 2008). Elle n'a pas recours à un questionnaire fermé, pour cela la chercheuse que nous sommes, dispose d'une certaine latitude pour adapter le guide de discussion ou le guide d'entrevue selon les réponses et les expériences individuelles des participants. Ainsi donc, la chercheuse sélectionnait les questions qui ne généraient pas beaucoup d'informations utiles et priorisait des questions prometteuses.

Pour ce qui est de la sélection des participants, la représentativité de l'échantillon ne fait pas la force dans la recherche qualitative mais c'est plutôt l'exemplarité et le degré de nouveauté de l'information qu'elle révèle. Leত্রিলাত, Bourgois, Vega, Cittée et Lutsman (2016) ont mis en exergue différentes stratégies de recrutement des participants dans la recherche qualitative ; entre autres la technique de la boule de neige et la technique d'échantillonnage raisonnée.

La technique de la boule de neige (snow ball sampling) qui consiste en l'identification des sujets d'intérêt à partir des personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à une enquête.

La technique d'échantillonnage raisonnée (orienté ou ciblé) ; qui est cette procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats. C'est ce dont nous avons adopté dans le cas d'espèce, puisqu'il fallait prendre des couples qui non seulement ont déjà eu un échec mais aussi dont le mari est porteur du problème. On trouve dans cette catégorie la méthode des quotas, qui est non aléatoire et basée sur la répartition connue des participants. L'échantillonnage théorique, qui est une modalité de l'échantillonnage raisonné dans une recherche naturaliste, consiste à sélectionner les participants selon un rationnel fondé sur les concepts qui émergent en cours d'étude, de sorte que les questions clés soient correctement représentées.

La collecte des données dans la méthode qualitative est fondée sur des entrevues structurés (directifs), semi-structurés (semi-directifs), ou encore non structurés et dans ces cas, le modérateur ou l'intervieweur travaille avec un guide de discussion (guide d'entrevue) élaboré selon le sujet et la cible de l'étude.

Selon Sibeoni (2017) l'analyse des données dans cette méthode porte sur l'analyse du contenu. Il s'agit de produire une description compréhensible du matériel sans en réduire sa complexité. Il s'agit de lire plusieurs fois le verbatim pour obtenir une vision d'ensemble et connaître le style expressif du participant ; par la suite, coder le matériel. On peut soit appliquer un code, un commentaire ou une étiquette sur une partie du texte de façon à simplifier le matériel. Le codage se fait à plusieurs niveaux d'après cet auteur.

Le premier est ouvert ou descriptif, il s'effectue au « mot à mot » ou « unité de sens par unité de sens » et reste au plus proche des paroles du participant ;

Le deuxième codage est axial, plus conceptuel et consiste en la catégorisation des codes ouverts.

Le troisième codage est sélectif et s'attache à faire émerger des thèmes centraux.

Cependant, d'après Whitley et Crawford, (2005) les méthodes qualitatives sont très souvent critiquées, en ce sens que le débat tourne autour de leur validité et leur valeur scientifique. Les reproches sont surtout portés sur le fait que la recherche qualitative produit des résultats subjectifs voir anecdotiques et fortement enclin au biais du chercheur ; aussi ces résultats seraient infiltrés de ses préconceptions, conscientes ou non.

Pourtant, la recherche qualitative se caractérise par une visée compréhensive, qui se donne pour objectif de comprendre l'action dans un contexte ou en situation. Aussi son objectivité repose sur plusieurs sources mise en évidence par Yin (2012) telles que : l'observation directe, les interviews, les prises de notes par le chercheur, la documentation, l'observation participante et autres, etc. Dumez (2011) souligne que c'est l'hétérogénéité de ces sources empiriques qui garantit l'objectivité de la recherche qualitative.

Bien plus la recherche qualitative permet une triangulation, en ce sens que les analyses fondées sur un type de données peuvent être confirmées par l'analyse de données obtenues de manière indépendante ; bien qu'elle exige du chercheur un travail particulier.

Aussi, la triangulation peut selon Sibeoni (2017), concerner l'utilisation de plusieurs sources de collecte des données telles que les entretiens individuels et le focus group par exemple afin de faire émerger des modèles de convergence, de confirmer les hypothèses ou encore de compenser les faiblesses d'une méthode par une autre. Elle est nécessaire au moment

de l'analyse des données qui doit être effectuée par plusieurs chercheurs qui vont pouvoir discuter et comparer les résultats (Mays & Pope, 1995). Ils vont ainsi s'assurer que les thèmes identifiés sont bien issus de l'analyse des données et ne se confinent pas seulement à la vision unique d'un seul chercheur.

Au demeurant cette recherche répond aux critères d'une recherche qualitative, d'où précision sur son champ.

## **2.2. Champ de la recherche**

Cette recherche s'intègre dans le champ de la psychologie clinique dont, selon Lagache (1949), est la science de la conduite humaine fondée principalement sur l'observation et l'analyse approfondie des cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques et pouvant s'étendre à celles des groupes.

Cette perspective clinique privilégie l'étude des cas individuels et analyse les faits psychiques en se référant essentiellement à la maladie mentale et à la vie affective des individus (Tsala Tsala, 2002). Schmitt cité par Pedinielli (1999), dit de la psychologie clinique qu'elle est l'application et le développement autonomes de théories, méthodes et de technique de la psychologie et de ses disciplines voisines, à des personnes ou groupes d'individus de tout âge qui souffrent de troubles ou de malaises, se manifestant au niveau psychique et / ou somatique, ou qui semble menacer par des pareils troubles et maladies.

Il précise que dans sa pratique, on utilise des méthodes de prévention, de diagnostic, de conseil, de réhabilitation et de thérapie. La pratique de cette science se fait dans des centres de consultation tels que des institutions médicales hospitalières et ambulatoires, dans la communauté et la pratique privée. Schmitt signale que la recherche et l'enseignement doivent être explicitement considérés comme des parties essentielles de la psychologie clinique, il faut également préciser que la recherche sur l'AMP rentre dans le champ de la périnatalité. La période de la périnatalité telle que définie par Missonnier et al., (2014) à partir de l'observation clinique *revendique être une fenêtre ouverte sur la réalité psychique consciente/inconsciente, subjective/intersubjective du sujet en situation de (re)devenir parent et de naître humain*. Ces dernières décennies, rappelle Apter (2011), le champ de la périnatalité inclut celui de la procréation médicalement assistée que ce soit par le biais de l'attention portée au

développement des enfants nés après l'utilisation de ces techniques, ou par celui de la santé psychique des couples. C'est le lieu de préciser la méthode de la recherche.

### **3. Méthode de recherche : méthode clinique**

La méthode clinique accorde la primauté à la relation avec autrui et l'approche qualitative qui, d'après Mucchielli (2011), vise à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains (aspects de) phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie. Elle est adoptée dans cette recherche pour la simple raison que d'après Fernandez et Pardinielli (2006), elle est destinée à répondre à des situations concrètes des sujets souffrants et se centre sur des cas individuels. Elle va en droite ligne avec la psychologie clinique, notre domaine de recherche, qui est fondée sur l'étude approfondie de cas individuels, ayant pour objet l'étude de la conduite humaine (adaptée ou inadaptée) incluant les dimensions sociales ou l'impact de l'environnement.

La méthode clinique a pour principe la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution des conflits. Lagache (1949) a évoqué sa référence à l'individualité et à la pluralité des fonctions était qui, au-delà d'une méthode, évoquait une position épistémologique et une conception anthropologique du sujet psychologique

Bien plus, la spécificité de la méthode clinique réside dans le fait qu'elle place les informations dans la dynamique individuelle. Dans sa pratique il y a deux niveaux complémentaires, celui correspondant à des techniques à savoir des tests, échelles, entretiens et l'autre se définissant par l'étude approfondi du cas. La complémentarité de ces deux niveaux se situe sur le fait que le premier fournit les informations sur un problème et le second vise à comprendre le sujet

D'après Reuchlin (2002), les psychologues cliniciens trouvent en la méthode clinique une méthode de recherche propre à accroître les connaissances générales en psychologie, cependant les psychologues procèdent à l'étude de cas individuels

L'étude de cas don il est question concerne à la fois la clinique du sujet et la clinique du social. (Huber, 1987) l'étude de cas vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes.

Hamel (1997) suggère qu'un cas peut être un objet clinique, un évènement, une situation constituant une unité d'analyse ; le cas serait un évènement situé (Leplat, 2002). L'étude de cas est donc une méthode de l'approche qualitative utilisée en Sciences humaines et sociales pour l'étude approfondie de cas spécifique, qu'il soit une personne, un groupe ou un sujet spécifique. Il n'en demeure pas moins qu'elle soit utilisée pour étudier des phénomènes complexes nouveaux en situation réelle ou étendre les connaissances sur des phénomènes déjà investigués (Barlatier, 2018). De nature descriptive, elle prend appui sur des informations recueillies directement sur le terrain, souvent même de la bouche des acteurs de l'évènement considéré comme cas (Hamel, 1997).

Nous avons opté pour la méthode de l'étude de cas par ce qu'elle prend appui sur des informations recueillies directement sur le terrain, souvent même de la bouche des acteurs de l'évènement considéré comme cas. Non seulement elle est de nature descriptive mais est une histoire dévoilée et reconstruite dans une relation à deux (Hamel, 1997)

Cette recherche porte sur des études de cas qui, selon l'OMS (2011), ont pour but de collecter des informations complètes, systématiques et approfondies sur des cas présentant un intérêt particulier (par exemple le vécu des hommes infertiles). L'étude de cas cherche à décrire l'unité de manière approfondie et dans le détail, dans un contexte et de manière globale. Les études de cas sont particulièrement utiles quand le chercheur doit comprendre des individus particuliers (hommes infertiles), des problèmes ou des situations de manière très approfondie ou lorsqu'il s'agit de cas riches en information qui permettront d'éclairer judicieusement le phénomène étudié (l'échec de l'AMP).

Par ailleurs, elles font partir des méthodes descriptives et sont chargées de rapporter les comportements d'un sujet afin d'en dresser un portrait physique complet en rapport avec les événements qui ont marqué sa vie. D'après Aubin- Auger et al. (2008), l'étude de cas est l'investigation des phénomènes contemporains dans leur contexte de vie.

Cependant, la généralisation n'en est pas toujours évidente même si le chercheur tente de décrire des cas qu'il pense représentatifs d'une population plus large. Bien plus il peut aussi y avoir le risque de déformation des événements passés ou encore le chercheur peut inconsciemment filtrer certaines informations ou inciter le sujet à combler certaines lacunes de façon à ce qu'elles aillent dans le sens de ses attentes (Godefroid, 2011).

Il faut dire que l'étude de cas consiste à rapporter un évènement dans son contexte précis, à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe. D'après Amy et al. (1998), l'étude de cas commence avec Hippocrate, médecin de l'antiquité (né vers 460 AV JC) qui avait fondé la méthode d'observation clinique. Ainsi donc, pour la médecine comme la psychologie clinique, la description des symptômes basés sur l'anamnèse, sur l'observation du patient et sur l'examen clinique permet d'élaborer un diagnostic et de mettre en place un traitement.

L'étude de cas, précise Amy et al. (1998), permet non seulement de constituer un tableau clinique précis, utilisable comme cadre de référence par les praticiens ; mais aussi de les informer et de faire progresser la recherche. C'est sur la base de l'étude de cas que le modèle médical a servi de creuset à la psychiatrie, la psychanalyse, la psychopathologie, la psychologie clinique et la psychologie sociale. D'ailleurs c'est l'analyse d'un cas clinique qui a favorisé la découverte de l'inconscient chez Freud. Celui-ci et ses successeurs utilisent tous les récits d'histoire de cas pour construire et affiner leur théorie ; par conséquent, la psychologie clinique est héritière directe de la psychanalyse et de la psychopathologie puisqu'elle a les mêmes soubassements théoriques.

Par ailleurs, l'étude de cas est un travail d'analyse et de synthèse qui repose non seulement sur un travail d'interprétation du matériel recueilli (l'observation, l'entretien, test, etc.) et suppose une reprise et un ordonnancement des éléments récoltés ; tels que la description des symptômes, le dégagement des éléments d'une problématique et la présentation du matériel opérant une lecture à plusieurs niveaux (Amy & al. 1998).

L'étude de cas chez le psychologue, du fait qu'il relève de la méthode clinique, se distingue par son caractère essentiellement approfondi. Widlöcher (1999) explique que la base de cette technique est l'étude intensive de cas individuel. Dans le cadre d'une recherche, le chercheur va recueillir un certain nombre de données à partir du discours du patient soit par l'entretien non directif, l'entretien semi-directif, protocole de test ou à partir de l'observation du patient.

L'étude de cas est destinée à donner un tableau clinique aussi précis que possible et une analyse de la situation prenant en compte les aspects sociaux, tels que l'environnement familial, social et culturel. C'est un travail d'analyse qui vise à donner du sens à l'ensemble des éléments clinique recueilli ; ce qui suppose que le chercheur prenne également en compte :

Les mouvements transférentiels c'est-à-dire la manière dont le participant s'adresse à lui et manifeste son vécu de la situation et ses réactions affectives vis-à-vis du chercheur ;

Et ses propres mouvements contre-transférentiels (les émotions que l'attitude et les paroles du participant lui font éprouver).

Au demeurant, l'étude de cas est un travail d'analyse et de synthèse qui exige beaucoup de rigueur car, du fait qu'on ne puisse jamais tout retransmettre, elle est en quelque sorte, une histoire dévoilée et reconstruite dans une relation à deux.

Cependant, de manière critique le problème de généralisation est souvent posé à la méthode de l'étude de cas, en référence aux méthodologies jugées répondre plus directement aux canons scientifique (Leplat, 2002). Ce problème se pose au niveau de l'étude d'un cas singulier dans la mesure où celui-ci ne peut échapper à la question de déterminer quelles connaissances utiliser pour analyser le cas considéré, ou encore à la question de savoir dans quelle mesure l'importation de ces connaissances est valable hors du ou des contextes où elles ont été établies.

Or l'étude de cas est centrée sur elle-même et donc le problème de généralisation ne se pose pas à ce niveau surtout qu'elle peut avoir une double visée : celle de résoudre le problème précis et singulier posé par le cas ; et l'autre, de faire servir l'étude du cas à la constitution d'un corpus organisé de connaissances susceptibles de faciliter l'étude d'autres cas (Falzon, 1994).

#### **4. Site de collecte des données**

Rappelons que ce travail a été effectué à la clinique de l'Aéroport, Centre d'AMP de Douala.

##### ***La situation géographique de la Clinique de l'Aéroport***

La clinique de l'Aéroport est basée dans la ville de Douala au Cameroun, et plus précisément au quartier Bonapriso.



### *Son histoire*

La Clinique de l'Aéroport, Créée en 1987, est une formation hospitalière privée qui au départ, était connue sous le nom de « Centre Médico-chirurgical de Douala » destinée à la pratique Gynéco obstétricale. Elle s'est progressivement enrichi des spécialités.

Depuis 1997, elle a fondé le premier Centre d'Assistance Médicale à la Procréation d'Afrique Centrale, aguerri aux différentes techniques de lutte contre l'infertilité du couple (Microchirurgie tubaire, Coelio-Chirurgie, Fécondation in vitro et Transfert des gamètes, Insémination artificielle), avec la naissance du premier bébé par Fécondation in vitro (FIV) nommé Tommy le 14 avril 1998 (Premier bébé FIV au Cameroun).

En décembre 2004, la clinique de l'aéroport s'est enrichie de la toute dernière technique d'injection intra cytoplasmique de sperme (ICSI) grâce à la collaboration du Dr Guy Cassuto du laboratoire Drouot à Paris, qui a contribué dans l'implantation du 1er laboratoire FIV d'Afrique centrale. Grâce à cette technique de micro-injection, la Clinique de l'Aéroport a repoussé les limites de stérilité masculine dues aux spermatozoïdes défectueux.

### *Ses ressources humaines*

Cette clinique est dotée de plusieurs spécialistes, consultants et associés dans diverses disciplines à savoir :

5 Gynécologues-obstétriciens (consultants et associés rompus aux techniques d'AMP).

3 Chirurgiens

1 Pédiatre

1 Oto-rhino-laryngologiste

1 Médecin anesthésiste réanimateur et plusieurs infirmiers

3 Médecins généralistes résidents

1.équipe d'auxiliaires médicaux et techniciens paramédicaux

Sont également mis à la disposition des usagers les services tels que :

la Médecine Générale ;

la pédiatrie ;

la maternité ;

la médecine du travail ;

la chirurgie Générale et ses spécialités ; (ORL, Traumatologie, Urologie...) ;

la gynécologie ; la procréation médicament assistée (P.M.A),

l'Anesthésie et Réanimation ;

la Chirurgie Endoscopique ;

l'imagerie Médicale (Echographie) ;

le service d'Orthophonie (Clinique de l'aéroport) ;

la somnologie (troubles du sommeil) ;

la rhumatologie ;

la nutritionniste ;

la psychologie

la kinésithérapie ;

la radiologie ;

la dermatologie (chirurgie plastique) ;

le service d'urgence 24/24 (ambulance) ;

la néphrologie.

Cette clinique offre aux usagers et aux praticiens plusieurs installations ultra modernes entre autres :

- 3 Blocs chirurgicaux
- Une unité de gynécologie obstétricale composé de : 1 Bloc obstétrical, 2 Salles d'accouchement.
- Une unité complète de réanimation lourde comprenant : 3 Salles de réveil et de réanimation
- Une unité d'imagerie médicale dotée de : 5 Echographes destinées aux explorations pluridisciplinaires (Cardiologie, urologie, endo-cavitaires)

L'unité d'AMP (Assistance Médicale à la Procréation), composée de :

- 2 Blocs de ponction ;
- 1 Laboratoire de biologie de la reproduction permettant d'effectuer les techniques d'insémination intra-utérines (IAC), de FIV classique et de FIV avec micro injection (ICSI) ainsi que la cryoconservation des embryons surnuméraires.

Il faut mentionner que cette clinique dispose de 50 lits dont le tiers en individuel et de 3 Ambulances médicalisées

Le service d'AMP est composé de deux salles de consultation, une salle d'attente avec un réceptionniste, une salle d'échographie, une salle de soin et une salle d'eau.

#### **4.1. Population et échantillon de la recherche**

La population de cette recherche est constituée des conjoints camerounais infertiles. Nous avons travaillé avec un échantillon restreint de trois hommes recrutés par choix raisonné.

#### **4.2. Technique de sélection et critère d'inclusion des cas**

La sélection des cas à cette recherche a été faite à partir d'une technique et d'un certain nombre de critères.

##### ***Technique de sélection des cas***

Dans le cas d'espèce les participants ont été sélectionnés selon la technique de l'échantillonnage par choix raisonné (orientation ciblée) ; qui est cette procédure

d'échantillonnage non probabiliste, qui consiste à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Les hommes infertiles ayant fait un échec lors de la première tentative de PMA ont été sélectionnés en fonction d'un certain nombre de critères.

### *Critères de sélection des participants*

Pour avoir les participants de cette recherche, nous avons utilisé quelques critères de sélection. Il s'agit des critères d'inclusion et de non exclusion.

#### ❖ *Critères d'inclusion*

Dans le cas d'espèce, ils sont les suivants :

- Avoir fait plus d'un an de vie de couple sous un même toit ; l'OMS (2010) définit l'infertilité par l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception
- Présenter un problème d'infertilité formellement établi par des examens obstétricaux ;
- Être dans un centre de fertilité,
- Être à son deuxième essai d'AMP,
- Avoir donné l'avis favorable sur le formulaire de consentement éclairé.

#### ❖ *Critères de non inclusion*

Ont été exclus du champ de cette recherche tout couple ne remplissant pas les critères d'inclusion ci-dessus évoqués. Cependant, conformément à la notice d'information tout participant était libre de désister à tout moment de la recherche.

Aussi, sont exclus du champ de cette recherche tout homme ne pouvant produire de spermatozoïdes en l'occurrence le cas d'azoospermie.

**Tableau 3 :** Caractéristiques des participants

Identification des participants	âge	Région d'origine	ethnie	Religion	profession	Rang dans la fratrie	Durée de l'infertilité	Date du 1 <sup>er</sup> essai	Anomalie spermatique	Niveau d'études
MA	37	Sud-Ouest	Bakweri	Protestant	Agent administratif	2 <sup>ème</sup> sur 9	9 ans	2015	-quantité insuffisante (oligospermie)-- Problème de mobilité (asthénospermie)	secondaire
MC	44	Ouest	Bamileke	catholique	commerçant	5 <sup>ème</sup> sur 5	11 ans	2018	-problème de vitalité, (néchrospermie) -Problème de mobilité (asthénospermie)	Supérieur
MF	40	Littoral	Banen	protestant	Ingénieur civil	1 <sup>er</sup> sur 5	5 ans	2017	-quantité insuffisante (oligospermie), -problème de mobilité (asthénospermie)	Supérieur

Légende : M. A. = Monsieur A ;

M. C. = Monsieur C ;

M. F. = Monsieur F

## **5. Techniques et instrument de collecte des données**

Il sera question à ce niveau de préciser les différentes techniques et outils que nous avons utilisés pour recueillir les données sur le terrain.

### **5.1. Techniques de collecte des données : les entretiens semi-directifs**

Il s'agit des entretiens de recherche qui, d'après Blanchet (1987, P. 48) « vise à travers la construction du discours la connaissance objectivante d'un problème fut-il subjectif : c'est une des opérations de l'élaboration d'un savoir socialement communicable et discutable »

Nous avons fait recours aux entretiens semi-directifs dans le souci de fournir non seulement des éléments de compréhension dans l'itinéraire thérapeutique de l'homme infertile mais aussi reconstituer ses histoires et analyser les trajectoires empruntées et les raisons qui guident son parcours thérapeutique

La psychologie clinique étant redevable à la psychanalyse qui lui a fourni son support théorique et certaines modalités méthodologiques dans sa pratique ; nous avons pris appui sur l'approche psychanalytique dans l'entretien de recherche. Il s'agit d'observer certains mécanismes de défenses décrits par Freud ou ses successeurs pour non seulement comprendre mais expliquer la conduite de nos participants. Pour ce, l'observation et l'écoute ont été mises au premier plan.

D'ailleurs, l'observation du chercheur en psychologie clinique requiert une autre qualité appelée « empathie », qui est la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent. Aussi, nous ne nous sommes pas limitée à observer le participant en notant ses gestes, attitudes, comportements, intonations de sa voix et ses mimiques, mais aussi essayons de nous mettre à sa place pour ressentir ses émotions et ses sentiments (Castarède, 2003).

Nous avons opté pour des entretiens individuels plutôt que ceux en groupe dans la mesure où :

- L'infertilité masculine est un sujet trop personnel et même trop délicat pour être discuté en groupe ; il est encore tabou dans le contexte camerounais et même africain ;
- La confidentialité des verbalisations d'un participant est très importante ; d'ailleurs l'opinion d'un participant peut-être influencée par celles des autres (surtout pour des

questions telles que « pourquoi l'urgence du besoin d'enfant ? » ou encore « quel est votre ressenti actuel après l'échec ? » ;

- Il est aussi important de savoir ce que le participant ne connaît pas de la pratique de l'AMP qui pourrait être à l'origine de son échec, de même, savoir ce qu'il en connaît ; alors qu'en groupe, les participants bien informés peuvent bloquer ceux qui le sont moins, ce qui rend difficile l'exploration des zones d'ignorance ou de perception erronée ;
- Il est aussi important d'interroger le participant dans un milieu particulier afin qu'il se sente libre de s'exprimer.

Après les premiers entretiens, le consentement du participant était sollicité pour des éventuels entretiens téléphoniques, compte tenu de sa disponibilité.

## **5.2. Instrument de collecte des données et justification de son utilisation**

Une fois sur le terrain nous avons utilisé le guide d'entretien et l'échelle Hospital Anxiety and Depression scale (HADs).

### **5.2.1. Le guide d'entretien**

Il s'agit d'un ensemble de thèmes et de sous thèmes qui devront être couverts pendant l'entretien ; il comprend aussi un ensemble d'instructions claires concernant les principales questions à poser ou thèmes à sonder. L'ordre et la formulation des questions peuvent cependant varier d'un participant à l'autre.

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes servies d'un guide d'entretien et du dictaphone pour la collecte des données. Le guide était structuré de la manière suivante : une introduction présentant la recherche où les aspects à exploiter étaient clairement exposés en assurant les participants de l'anonymisation de leurs propos ; et un ensemble de thèmes et sous thèmes à leur adresser sous forme de relance.

L'entretien semi-directif est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien (Euréval, 2010).

Le guide d'entretien dont il est question est composé de toutes les thématiques devant être abordées. Les thématiques abordées qui peuvent aussi contenir des sous thématiques ; elles

peuvent être rédigées sous forme de questions ouvertes, chaque question ou thématique correspondant à un objectif de compréhension ou de connaissance précis (Godefroid, 2012).

En psychologie clinique, contrairement à la médecine où le praticien applique l'IPPA c'est-à-dire l'inspection, palpation, percussio et auscultation à l'aide de son stéthoscope, la pratique du psychologue se fait à mains nues. Celui-ci est son propre instrument ; il écoute, parle pour mieux entendre (Chiland, 2003), et se sert parfois du magnétophone pour l'enregistrement.

Dans le cadre de la recherche, nous avons aussi utilisé un magnétophone qui nous a permis de sauvegarder le discours des participants. Ce discours a été par la suite retranscrit et analysé en fonction des thématiques qui y ont été cernées. L'enregistrement a permis un travail approfondi au niveau de l'analyse et de l'interprétation des différents entretiens.

### **5.2.2. Echelle Hospital Anxiety and Depression scale (HADs)**

*Présentation.* L'échelle HAD est un outil qui cherche à identifier une symptomatologie anxio-dépressive et en évaluer la sévérité ; élaboré par Zigmon et Snaith (1983). C'est dans cet optique que cette échelle a été soumise aux participants de cette recherche dans le souci de déterminer la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez ces participants infertiles qui font face à la souffrance en lien avec le parcours d'Assistance Médicale à la Procréation.

C'est un instrument adapté pour les patients âgés de 16 à 65 ans dans un environnement hospitalier. Cet outil exclut tout item concernant les aspects somatiques, qui pourraient être confondus entre la maladie physique et mentale. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Ces items sont repartis en deux sous-items : Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) pour évaluer l'anxiété et sept autres à la dimension dépressive (total D), pour évaluer la dépression, permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21)

La particularité de ce test est de discriminer les divers types de dépression et même les états anxieux dans leur nature. L'échelle permet donc d'évaluer non seulement l'existence d'une symptomatologie mais aussi d'évaluer son degré de sévérité. Ce test comporte deux parties à savoir : des items (7) pour dépister la présence ou non des troubles anxieux et 7 autres pour dépister la présence ou non des troubles dépressifs.



A chaque item est attribué un score compris entre un et trois (un chiffre), qui constitue ainsi le nombre de points. En additionnant ces chiffres, on obtient un score total par colonne soit de l'anxiété soit de la dépression. Ainsi donc, si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, cela signifie que le participant souffre soit de l'anxiété soit de la dépression ; ceci dépend de la colonne concernée. C'est ainsi que le score élevé indique une plus grande sévérité des symptômes (Hermann, 1997).

La consigne donnée aux participants est celle reprise sur l'échelle, à savoir :

Dans la série des questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse est longue et méditée. (Sigmon & Snaith, 1983)

Il faut dire que la période de référence est de 7 jours. Cette échelle utilise deux valeurs seuils à savoir : une pour le dépistage des troubles possibles et donc ce seuil varie entre 7 et 8 ; et l'autre pour détecter le trouble probable et donc varie entre 10 et 11.

**Modalité de cotation.** Pour ce qui est de la cotation, les items de dépression sont : n°1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 ; et celles de l'anxiété : n° 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Ces items sont alternés en fonction de l'ordre de cotation qui va de 0 à 3 ou l'inverse. Ceci a pour but de palier au biais lié à leur répétition. Le score global est obtenu avec le calcul de la somme des réponses aux 14 items et donc la réponse va varier de 0 à 42, correspondant à 21 pour chaque sous-échelle. Les auteurs, Zigmon et Snaith (1983) précisent que les seuils pour les deux sous-scores permettent d'identifier les cas présents de symptômes dépressif ou anxieux.

Les scores peuvent être les suivants :

de 0 à 7 : Etat anxieux ou dépressifs absent,

de 8 à 10 : Etat anxieux ou dépressif douteux,

de 11 à 21 : Etat anxieux ou dépressif avéré,

Selon Ibbotson et al. (1994) cité par Langevin, François Boinis et Riou (2011), les seuils pour le score global sont :

de 0 à 14 : pas d'état anxio-dépressif

de 15 à 42 : existence d'état anxio-dépressifs.

Le temps de passation varie entre 2 à 6 minutes et l'échelle est facile à utiliser.

**Administration du HADS.** L'administration du HADS ne prend que 2 à 5 minutes. D'après Snaith (2003), il s'est avéré acceptable par la population pour laquelle il a été conçu. Cependant, comme pour tout questionnaire de ce type, la prudence devrait être observée ; puisque le patient est, en fait, alphabétisé et capable de le lire. Certaines personnes analphabètes pourront avoir honte de leur défaut et feront semblant de répondre aux déclarations en soulignant au hasard les options de réponse. Il serait donc raisonnable pour quiconque administre le HADS, de demander au répondant potentiel de lire à haute voix l'une ou l'autre des phrases du questionnaire. Cela permettrait également d'expliquer le but du questionnaire et de garantir que, comme pour toutes les informations cliniques, il s'agit d'un document confidentiel qui aidera leur médecin à les aider.

**Justification de l'utilisation.** Nous avons utilisé cette échelle dans le souci de compléter les informations recueillies pendant les entretiens avec des participants.

L'infertilité est un réel problème de santé publique au Cameroun et dans le monde. Elle est définie comme l'incapacité d'un couple à obtenir une grossesse dans un délai d'un an malgré des rapports sexuels réguliers non protégés OMS, 2010. Pour surmonter ce problème, un nombre croissant des patients font recours à une technologie de procréation assistée, qui s'accompagne de difficultés financières et même du Stress du fait de la peur de l'échec. L'anxiété et dépression, résultant de l'infertilité peut être dû à divers facteurs, y compris l'incertitude sur la cause de l'infertilité, avec une durée incertaine du traitement, stress financier et d'autres pression que connaissent le couple (Ogawa, Takamatsu, & Horiguchi, 2011). Il pourrait exister un facteur de stress à faible contrôle menant souvent à un niveau accru d'anxiété et de dépression chez des personnes touchées par ce drame. Nous avons donc souhaité déterminer la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les patients infertiles qui font recours à la technique d'AMP compte tenu de la contrainte liée à ce parcours.

Par ailleurs, il faut souligner que de toutes les études précédemment publiées dans ce domaine, surtout des recherches ayant été menées dans des centres d'infertilité, l'évaluation du niveau d'anxiété et de dépression chez les hommes n'a pas encore été faite au Cameroun.

Pourtant, ceci s'avère indispensable avant d'être impliqué dans des procédures diagnostiques et thérapeutiques de fertilité.

Il faut tout de même signaler que le niveau initial de symptômes dépressifs et anxieux peut jouer un rôle essentiel dans l'état psychologique ultérieur des patients de sexe masculin au cours du traitement de l'infertilité. La passation de cette échelle pourrait nous aider à définir l'état psychologique de l'homme infertile au moment du prélèvement des gamètes ; d'autant plus que son état psychologique peut avoir un impact considérable sur la qualité du liquide prélevé. D'ailleurs il a été démontré que l'infertilité augmente les niveaux d'anxiété et de dépression et diminue la qualité de vie générale Hegyi, Kozinszky, Badó, Dombi, Németh et Pásztor (2017) ; Aussi, ces auteurs ont signifié qu'il existait des liens possibles entre les symptômes dépressifs et anxieux, la durée de l'infertilité et les caractéristiques du sperme.

Nous avons donc voulu mesurer les niveaux généraux d'anxiété et de dépression chez les hommes se présentant pour la seconde fois dans un centre d'AMP, puisque les études précédentes se sont plus focalisées sur ces troubles chez la gent féminine ; les aspects psychologiques de l'absence d'enfant chez les hommes étant moins étudiés.

Il convient de rappeler que l'échelle d'anxiété et de dépression hospitalière, ou HADS, a été conçue pour fournir un outil simple mais fiable à utiliser dans la pratique médicale, (Snaith, 2003). Le terme « hôpital » dans son titre, précise l'auteur, suggère qu'il n'est valable que dans un tel contexte. Snaith (2003) a également souligné que les échelles d'auto-évaluation ne sont valables qu'à des fins de dépistage, et que le diagnostic définitif doit reposer sur le processus d'examen clinique.

D'après Snaith (2003), la qualité de vie est un terme large qui n'a pas une définition exacte car elle dépend de plusieurs facteurs entre autres : le soutien des amis et des proches, la capacité à travailler et l'intérêt pour son métier, des aménagements adaptés aux attentes et, bien sûr, la santé et les incapacités qu'elles soient congénitales ou récemment acquises. L'auteur regrette le fait que le rôle du trouble émotionnel, qu'il s'agisse d'une réaction à la maladie somatique ou d'un facteur indépendant, soit souvent négligé par des médecins qui concentrent leur attention sur d'éventuels troubles somatiques. Pourtant, la douleur d'un trouble qui était auparavant tolérable peut devenir intolérable si un état dépressif survient ; alors une méthode simple de reconnaissance du trouble émotionnel en milieu clinique sera donc utile au médecin.

En sommes, cette échelle est facile à passer et aussi, la cotation est simple

*Critiques apportées au HADS.* L'échelle HAD, outil élaboré par Zigmon et Snaith (1983), pour identifier une symptomatologie anxio-dépressive et en évaluer la sévérité chez les patients âgés de 16 à 65 en milieu hospitalier, a connu quelques critiques.

Selon Djukanovic, Carlsson et Arestedt (2017) le HADS est largement utilisé mais a montré des résultats ambigus à la fois en ce qui concerne la structure des facteurs et les différences entre les sexes dans la prévalence des symptômes dépressifs. Il y a également un manque d'évaluations psychométriques de la HADS dans les échantillons non cliniques de personnes âgées.

Aussi, dans leur étude ayant pour objectif d'évaluer l'exactitude de l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour le dépistage de tout type de trouble mental cliniquement pertinent chez les patients atteints de cancer et identifier les seuils optimaux obtenus empiriquement ; Vodermaier et Millman (2011) ont conclu que la sous-échelle d'anxiété du HADS avait des performances pires que les sous-échelles totale et dépression pour le dépistage de tout type de trouble mental chez les patients cancéreux. Par conséquent, les limites des études primaires et les différences significatives entre les études incluses limitent la fiabilité des conclusions des auteurs du HADS.

Selon Sanderman, Kim et Coyne (2013), l'échelle HADS est largement utilisée pour dépister l'anxiété et la dépression. D'ailleurs une grande littérature peut être citée à l'appui de sa validité ; cependant les auteurs dénoncent des difficultés qui sont de plus en plus identifiées, telles que les seuils optimaux inexplicablement discordant et mêmes des structures de facteurs qui sont incohérents. Dans leur article, ils essaient de voir si des problèmes décelés pourraient être dus à la construction du HADS ou à des difficultés de traduction et d'utilisation interculturelle. D'après Sanderman, Kim et Coyne (2013), les auteurs de cette échelle ont conscience de ces difficultés de traduction puisque cela a été identifié en examinant 20% des études utilisant cette échelle. Aussi, des rapports d'utilisation des traductions et des études de validation ont été enregistrés pour des articles non anglais ou des pays ne parlant pas anglais. Des revues narratives et systématiques ont été examinées pour déterminer comment les auteurs traitaient les différentes traductions.

Pour conclure Sanderman, Kim et Coyne (2013) pensent que les problèmes actuellement soulevés dans la littérature HADS concernant des structures de facteurs et des seuils inexplicablement variables pourraient très bien être créés en partie ou amplifiés par des problèmes de traduction et interculturels. En plus, les résultats obtenus avec les versions traduites de la HADS doivent être traités avec prudence.

## **6. Techniques et outils d'analyse des données**

Les données recueillies par un dictaphone et le guide ont été analysées après retranscription suivant la technique d'analyse de contenu. La retranscription a consisté à lister les informations recueillies sous forme de verbatim, données textuelles, représentant les données brutes du discours des participants.

### **6.1. Technique d'analyse des données : analyse de contenu**

Nous avons choisi la technique d'analyse de contenu non seulement parce qu'elle offre la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité comme des rapports d'instruction semi-directif, mais aussi par ce qu'elle porte sur la méthode des études de cas.

Aussi, l'analyse de contenu tel que présenté par Wanlin (2007), est un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration s'appliquant à des « discours » extrêmement diversifiés et fondé sur la déduction ainsi que l'inférence. Bardin (1977) souligne qu'il s'agit d'un effort d'interprétation qui se balance entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité, et, d'autre part, la fécondité de la subjectivité. Cette technique s'organise autour de trois phases chronologiques : la pré-analyse, l'exploitation du discours ainsi que le traitement des résultats et l'interprétation.

La pré-analyse consiste en l'organisation pour opérationnalisation et la systématisation des idées de départ afin d'aboutir à un schéma ou à un plan d'analyse.

Puisqu'il s'agit de l'analyse de contenu thématique, la phase d'exploitation du discours ainsi que son traitement prennent en compte les formes et l'enchaînement des discours. Van Compenhoudt et Quivy (2011) distinguent parmi les analyses formelles, l'analyse de l'expression et celle de l'énonciation. La première porte sur la forme de la communication dont les caractéristiques telles que le vocabulaire, la longueur des phrases, l'ordre des mots et des

hésitations apportent une information sur l'état d'esprit du locuteur et de ses dispositions idéologiques. Il s'agit donc en premier lieu d'examiner la forme de la communication ; du développement général du discours du patient, l'ordre des séquences, les ruptures de rythme et même des répétitions.

L'analyse de contenu est fondamentalement qualitative ; elle prend en compte l'analyse des expressions, de l'énonciation, des cooccurrences et la forme du discours.

Il était donc question pour nous chercheuse d'être attentive au développement général du discours, l'ordre des séquences, les répétitions et même les ruptures du rythme. Il faut noter que les aspects de la communication étaient considérés comme des indicateurs de l'activité cognitive du locuteur, des significations sociales qu'il fait de la communication.

Les entretiens enregistrés ont été transcrits textuellement après avoir écouté à plusieurs reprises les enregistrements. Nous avons par la suite extrait les thèmes généraux des transcriptions. Lors de la définition de ces thèmes, il a été tenu compte des déclarations de sens présentes dans la plupart des données pertinentes du discours des participants, ce qui garantissait la crédibilité des résultats. Il faut signaler qu'il y avait trois codeurs indépendants qui à la fin ont comparé les différents thèmes extraits des données.

## **6.2. Instrument d'analyse des données : grille d'analyse**

La grille d'analyse intervient au niveau de l'analyse des données. Elle nous a servi dans la catégorisation. C'est un tableau à double entrées composé des critères et des indicateurs permettant à analyser les données recueillies. Cette catégorisation a été faite sur la base des informations recueillies sur le terrain.

**Tableau 4 :** Grille d'analyse

Thèmes de références	Descripteurs	Indices
Aspects culturels de la souffrance du conjoint camerounais infertile	Les données en rapport avec les contraintes culturelles	La pression de la famille et des proches à perpétuer la lignée
		Le respect des valeurs ancestrales, la sauvegarde du patrimoine spirituel et social
		La pratique des rites et rituels traditionnels
	Les données en rapport avec le secret de l'IAD	Le poids du secret
		L'échec de loyauté vis-à-vis de sa conjointe, sa famille et la communauté
		La représentation de l'IAD
	Les données en rapport avec la honte du regard social	Le sentiment de culpabilité
		Le sentiment de perte d'estime de soi et la peur d'un éventuel divorce
		Le sentiment d'incomplétude
	Les données en rapport avec les pratiques mystico-religieuses	La relation à la sorcellerie
Les croyances aux esprits maléfiques		
Parcours d'AMP du conjoint camerounais	Echec dans le parcours (stress, anxiété, peur et panique)	
	Doute sur la qualité de l'enfant à naître (absence de confiance, sentiment de culpabilité...)	
	Doute sur les compétences du corps médical voire de l'efficacité thérapeutique	
	L'indécision sur la méthode d'IAD	

Au niveau de la première colonne, sont inscrits les thèmes de référence, à savoir la souffrance du conjoint camerounais infertile et son parcours d'AMP ; la deuxième porte sur les descripteurs de et la troisième sur les indices.

Sur les lignes, sont inscrites respectivement :

- Les données en rapport avec les contraintes culturelles
- Les données en rapport avec le secret de l'IAD

- Les données en rapport avec la honte du regard social
- Les données en rapport avec les pratiques mystico-religieuses
- Les données en rapport avec le parcours d'AMP

Au demeurant, la grille d'analyse a permis de mettre en relief les différentes variables, les modalités et les indices de la variable indépendante.

## **7. Déroulement de la collecte des données**

Il s'agit ici d'expliquer comment se sont déroulés, la passation de l'échelle HADs, les entretiens de recherche et les difficultés auxquelles nous avons été confrontés.

### **7.1. Déroulement des entretiens**

Les entretiens de recherche ont eu lieu dans l'une des salles de consultation du pool de gynécologie de la clinique. Dès le premier jour, le médecin en charge de l'AMP et nous, avons mis sur pied une stratégie qui consistait à faciliter la collecte des données. Pour ce, nous lui avons fait part de la technique d'échantillonnage (par choix raisonné et les critères de sélection). Il était donc question pour elle, de conduire personnellement vers nous, au fur et à mesure, les patients qu'elle recevait en consultation et qui remplissaient nos critères d'inclusion (majoritairement ceux qui revenaient pour une seconde tentative).

Une fois dans notre salle, elle procédait aux présentations c'est-à-dire précisait mon rôle de chercheuse en psychologie clinique et par la suite me brossait vaguement l'histoire de la maladie du patient avant de prendre congé de nous. Ce qui me permettait de m'introduire directement tout en lui expliquant le bien-fondé de la recherche en psychologie clinique pour la meilleure prise en charge des patients dans ledit centre hospitalier et précisément dans le service d'AMP.

Tout commençait par l'obtention du consentement éclairé du patient et s'ensuivait l'enregistrement de son discours pendant l'entretien. Tout se passait dans l'anonymat et à la fin nous prenions le rendez-vous pour la suite des entretiens. Il faut rappeler que compte tenu de certains facteurs liés au déplacement dans la ville de Douala et de la disponibilité, les participants sollicitaient que les prochains entretiens se fassent par téléphone, en précisant le jour et l'heure à laquelle l'appel pourrait être effectué.

Il faut dire que les entretiens n'ont pas respecté une même durée chez tous les participants ; il y en avait qui, fort de leur expérience personnelle du vécu de la situation



d'infertilité, avait plus à dire que d'autres ; monsieur C par exemple, du fait d'avoir connu plusieurs partenaires et rencontré aussi autant de déceptions a mis plus de temps pendant l'entretien que monsieur A, le plus jeune des trois, qui au départ avait trop de difficultés à exprimer. Pour celui-ci, nous jugeons opportun de mentionner sa difficulté d'expression à laquelle nous avons fait face. Avec lui, nous avons rencontré un obstacle mais surmontable grâce au relances répétées.

Au demeurant, la durée moyenne des entretiens était de 45 minutes pour les six interviews à raison de deux entretiens par participant.

## **7.2. Difficultés liées à la collecte des données**

Plusieurs obstacles ont été relevés pendant cette recherche.

Outre la difficulté relative au manque de ressources documentaires, l'inconvénient majeur qui a été enregistrée au niveau de la collecte des données a été l'accessibilité au site de la recherche, c'est-à-dire les centres hospitaliers qui font dans la procréation médicalement assistée au Cameroun. Etudiante à l'université de Yaoundé 1, nous n'avions pas pu obtenir un avis favorable suite à la demande du stage de recherche adressée dans le grand centre d'AMP qui est située dans cette ville. Après avoir pendant longtemps essayé mais en vain d'obtenir l'approbation du directeur dudit centre, nous nous sommes rendue dans la ville de Douala où notre demande a été acceptée respectivement dans les deux cliniques pratiquantes d'AMP qui nous ont tous chaleureusement contacté par téléphone.

Une fois à Douala, nous nous sommes rendues dans la première, mais hélas, il nous a été rapporté par le chef de l'institution que seules les femmes venaient régulièrement en consultation et qu'il était un peu difficile de rencontrer les hommes ; constat qui a été fait après une journée passée dans ces lieux. D'ailleurs les femmes que nous avons abordées n'ont pas acquiescé l'idée de déplacer leurs époux pour la clinique seulement pour participer à la recherche. Le lendemain nous nous sommes déportée pour la seconde où nous avons pu rencontrer quelques hommes. C'est ainsi qu'au bout de la période arrêtée pour nos recherches nous avons pu nous entretenir avec quelques volontaires remplissant les critères d'inclusion.

Il faut tout de même souligner l'aspect tabou de l'infertilité masculine dans notre contexte de recherche. La rareté de ces hommes était criarde, car ils préféraient mettre la femme au-devant de la scène pour ne se présenter à la clinique qu'en cas d'extrême urgence ; la plupart de temps lors de la ponction ou des retraits des examens. De même le camerounais infertile,

nous avons dû le constater n'exprime pas son ressenti surtout concernant l'intimité de son couple ; qui plus est à une femme chercheuse que nous étions. Nous tenons aussi à signaler que certains hommes n'ont pas voulu prendre part à l'étude, d'ailleurs il était de leur droit d'accepter ou de refuser. D'autres encore ayant initié l'entretien n'ont pas sollicité continuer. C'est d'ailleurs ce qui explique le nombre restreint des participants de l'étude.

Il convient aussi de rappeler que la plupart des couples venaient en consultation soit pour des problèmes d'infertilité, ou encore de suivi de grossesse, ceux sollicitant une aide à la procréation étaient majoritairement pour leur premier essai (ne remplissant pas nos critères). Alors compte tenu du coût qui déjà n'est pas à la portée d'un camerounais moyen, il n'était pas très évident de rencontrer des couples qui, non seulement venaient pour une seconde tentative, mais surtout ceux à qui il a été proposé une insémination artificielle avec le sperme d'un donneur. C'est la raison pour laquelle au bout de compte les données de cette recherche ont été recueillies sur trois hommes infertiles au lieu de cinq comme prévus dans le protocole de recherche.

Soulignons aussi que l'autre difficulté s'était présentée au niveau de la communication téléphonique pour des seconds entretiens tels que sollicités par des participants. Pour compléter des informations, nous étions obligés de nous soumettre non seulement aux différentes heures qu'ils proposaient mais parfois qui n'étaient pas respectées. Le mauvais état de la communication qui par moment brouillait l'écoute nous contraignait à prolonger un peu plus les échanges, ce qui avait un impact non seulement sur le coût d'appel téléphonique mais aussi sur la disponibilité de notre interlocuteur.

### **7.3. La place du chercheur**

Nous avons constaté que l'entretien de recherche était plutôt bénéfique pour les participants de cette recherche, puisqu'il était considéré par ceux-ci comme un moment de remise en question de certaines idées et même de renforcement de l'espoir vis-à-vis de ce qu'ils avaient enduré auparavant. Ces participants ont ainsi trouvé l'occasion de s'exprimer, d'extérioriser leurs affects et représentations vis-à-vis de l'AMP. Il faut dire qu'une fois dans ce cadre isolé (cadre de la recherche), certains ont pour la première fois (a déclaré M.C) pu exprimer leur souffrance, leurs doutes, leurs angoisses mais surtout sollicité une demande de soutien psychologique que nous avons relayée auprès des médecins en charge de l'AMP dans cette clinique où nous menions les recherches.



## **CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES RESULTATS**

Il est question dans ce chapitre de présenter les différents cas ainsi que leurs anamnèses.

Ensuite mettre en relief les résultats issus des entretiens ;

Et enfin, faire ressortir les différents scores obtenus à l'échelle Hospital Anxiety Depression scale, que nous avons utilisé pour compléter les informations des entretiens avec les participants de cette recherche.

## **1. Présentation des cas et anamnèse**

Il s'agit des cas des trois conjoints infertiles que nous avons reçus en entretien, à savoir Monsieur A, Monsieur C et Monsieur F

### **1.1. Cas de Monsieur A**

Monsieur A, âgé de 37 ans, est originaire de la région du Sud-Ouest du Cameroun et d'ethnie Bakweri . Il est agent administratif de profession. Ayant déjà fait 9 années de vie conjugale sans procréer, le couple a pris l'initiative en 2015 de se rendre dans la clinique de l'Aéroport à Douala pour trouver une solution à leur problème. Malgré les difficultés financières, ceux-ci reviennent en novembre 2019 pour une seconde tentative suite à l'échec de la précédente. Monsieur A souffre d'une oligo asthénospermie.

Deuxième né d'une fratrie de 9, monsieur A est issu d'une famille polygamique résident à Kumba. Après avoir passé quatre années de vie conjugale sans grossesse, la couple A entreprend de s'engager dans les nouvelles techniques de procréation assistée afin de se procurer un enfant malgré le coût alloué à cette pratique. Bien qu'ils soient soumis à l'encadrement de 11 autres enfants sous leur toit, ceux-ci sont déterminés à avoir « le leur ». Cette décision de concevoir à tout prix leur propre enfant via la procédure d'AMP, nait d'une discussion intrafamiliale au sujet des enfants dont les parents estiment ne pas être bien pris en charge par leurs tuteurs.

Il faut signaler que dans sa trajectoire thérapeutique, le couple s'est rendu chez un Pasteur au Nigéria, question de trouver une solution à leur problème suite à ses prières miraculeuses ; mais s'en sont sortis sans résultat favorable. Monsieur A., avoue avoir consommé des potions traditionnelles en vain et s'inquiète de cette « malchance » dont il est victime.

Il est déterminé à poursuivre cette démarche au point d'en trouver satisfaction un jour ; d'ailleurs qu'il a récemment fait l'expérience de la paternité pendant trois mois avant l'interruption involontaire de la grossesse. Mais il s'avère que son problème est pire contrairement à ce qu'il pense. Le médecin lui propose une Insémination Artificielle avec sperme du Donneur ; suggestion à laquelle il reste sans réponse.

## 1.2. Cas de Monsieur C

Monsieur C, originaire de la région de l'ouest et d'ethnie Bamiléké, est âgé de 44 ans. Il exerce comme commerçant dans la ville de Douala. Venu consulter pour une deuxième tentative d'AMP, il souffre d'un défaut de mobilité, de vitalité et de quantité insuffisante des spermatozoïdes dans le sperme.

Monsieur C est de religion catholique et occupe le dernier rang d'une fratrie de cinq, dont deux filles et trois garçons. Il sort d'une famille polygamique et est le seul enfant de sa maman qui n'a pas encore procréé.

Dès l'âge de 30 ans, il a contracté son premier mariage, qui s'est vu rompre juste 1 an 10 mois après, du fait de l'absence d'enfant dans le ménage. D'ailleurs, il ne partageait pas l'idée de se rendre à l'hôpital pour une quelconque consultation, tel que le suggérait son épouse. Toujours ignorant son problème de fertilité, il contracte un second mariage à 33 ans. La grossesse survient au bout de quelques temps, et malheureusement ne doit pas tenir longtemps car les médecins la déclarent infructueuse (sans noyau) et décident de l'interrompre. Monsieur C fait face à une seconde séparation qui cette fois lui fait prendre conscience de sa difficulté à procréer.

Engagé dans sa troisième union pratiquement à 37 ans, son épouse et lui se jettent dans les décoctions traditionnelles de toutes sortes sans résultat probant. Il prend donc l'initiative de se faire aider par l'assistance médicale à la procréation ; Ce qui ne se fit pas sans échec, après un mois de grossesse. Monsieur C, actuellement à 7 années de vie conjugale, et donc 11 ans de perpétuelle recherche d'enfant, est à sa seconde tentative d'AMP avec une ferme conviction qu'il en sortira vainqueur. Malheureusement pour lui, après le récent spermogramme, le médecin lui propose une insémination artificielle avec sperme d'un donneur car ses examens révèlent une asthénospermie sévère. Il n'a encore pris aucune décision.

### **1.3. Cas de Monsieur F**

Monsieur F, originaire de la région du Littoral Cameroun et d'ethnie Banen, est âgé de 40 ans. Il vit à Douala, exerce dans la construction des routes et de temps en temps fait du commerce. Il vient consulter pour une seconde tentative d'AMP, la première ayant eu lieu en 2017, il leur a fallu deux années pour réunir les fonds afin de revenir en 2019 réessayer. Il souffre d'une insuffisance en nombre et d'un problème de mobilité de spermatozoïdes.

Premier d'une fratrie de 7 dont trois filles et quatre garçons, il sort d'une famille monogamique très pieuse, de religion protestante. Monsieur F est à sa cinquième année de vie de couple et est actuellement le seul qui n'a pas encore fait d'enfant dans sa famille et c'est ce qui le déconcerte le plus. Après avoir pris quelque fois des décoctions et prier sans succès, il se voue aux nouvelles technologies de procréation ; malheureusement le premier essaie n'étant pas concluant, il revient pour une seconde tentative. Monsieur F n'a plus pris d'enfant de la famille dans sa maison et se soucie plus de son épouse donc l'âge approche le seuil critique de la procédure d'AMP. Il tergiverse à l'idée de se soumettre à une IAD, décision qui n'est pas facile à prendre malgré qu'il veuille à tout prix un enfant pour eux deux.

## **2. Présentation des résultats issus des entretiens**

Dans les tableaux ci-dessous seront présentés les résultats issus de l'entretien avec les participants ; respectivement Monsieur A, Monsieur C et Monsieur F

## 2.1. Cas de Monsieur A

Tableau 5 : Présentation des résultats de M. A

Descripteurs	Indices
Les données en rapport avec les contraintes culturelles	<p><b>La pression de la famille et des proches à perpétuer la lignée</b>  <i>« Les gens se moquent mais on ne s'occupe pas d'eux. C'est très dur pour moi mais qu'est-ce que je dois faire ? » ; « c'est que, quand tu restes on te demande seulement ce que tu attends pour avoir ta part d'enfant » ; « Ils ont pitié de moi ; ma mère me dit qu'elle prie beaucoup pour moi. Il faut qu'elle voit ma part d'enfant, avant de mourir, ma mère souffre beaucoup comme elle me voit comme ça. »</i></p>
	<p><b>Le respect des valeurs ancestrales, la sauvegarde du patrimoine spirituel et social</b>  <i>« Ma femme a un problème, elle n'a pas les trompes, tous les deux-là sont coupées, elle ne peut pas concevoir normalement. » ; « on cherchait, on cherchait, rien [...] c'est là qu'on a dit qu'il y a le problème » ; « eh docteur, l'enfant c'est le futur non ? C'est notre [...] Changement non ? de notre vie mais normalement les enfants ce n'est pas seulement pour [...], c'est le cadeau de Dieu non ? qu'il donne à tout le monde ». « il faut avoir un enfant pour lui-même non ? C'est bien d'avoir son propre enfant. » ; « il faut aimer d'abord ton enfant, c'est le chose qui dérange dans notre société » ; « chacun veut avoir sa part d'enfant sinon on va toujours se moquer de toi. » ;</i></p>
	<p><b>La pratique des rites et rituels traditionnels</b>  <i>« le pasteur a fait beaucoup de libération ; [...] il a fait beaucoup de choses avec la prière mais [...] pas trouvé la solution » ; « ma mère quelque fois nous a apporté des remèdes traditionnels qu'on a bu » ; « Ma mère a donné les remèdes du village » ; « elle disait que c'est pour laver le ventre, » ; « les gens font la coutume chez nous, avec les problèmes comme ça, on boit beaucoup de remèdes traditionnel, on fait beaucoup la coutume aussi pour voir ce qui ne va pas aussi » ; « quand tu pars à l'hôpital, ça ne marche pas, tu essaies aussi chez les marabouts, »</i></p>
Les données en rapport avec le secret de l'IAD	<p><b>Le poids du secret</b>  <i>« On va seulement continuer seul, sans dire aux gens jusqu'à trouver la solution ; avec le problème là »  « Ah, est ce que on a même les amis, on fait seulement les choses à deux par ce que on pense seulement qu'on va avoir notre propre enfant » ; « mais c'est le souffrance, on prend les remèdes, on vient, on</i></p>

*part, tout ça c'est l'argent non ? on veut seulement que ils doit faire ce soit bon seulement, pour qu'on vit aussi bien comme les autres » ; « quand ma femme a perdu beaucoup de sang là, j'étais trop mal, elle aussi. On n'était là comme ça, on ne pouvait même pas dire à quelqu'un » ; « on n'a pas dit aux gens, on a gardé le secret, on a seulement commencé encore à cotiser l'argent qu'on va encore essayer » ; « vous connaissez les femmes tu peux faire ça, un jour quand il y a les problèmes, elle dit à tout le monde que je vais faire comment ? si je peux même accepter ça, le docteur ne doit pas lui dire [...], si les gens sont au courant je serai quel genre de père, je vais dire quoi à ma famille ? »*

**L'échec de loyauté vis-à-vis de sa conjointe, sa famille et la communauté**

*« Tu n'as pas d'enfant tu vis comment ? les gens te regardent mal. Il n'y a personne pour te aimer vraiment » ; « Quand ton âge passe déjà tes parents commencent à te demander ce que tu attends pour faire l'enfant. Mon père me demande si je vais rester comme les blancs » ; « L'examen que ehhh que il a encore fait n'était pas toujours bon, Il a dit que on va voir ce que on va faire, je réfléchis moi aussi pour voir comment les examens là, ça va se passer. » ; « je sors d'une famille polygamique, c'est moi seul qui n'ai pas encore les enfants et personne, on ne sait pas pourquoi. Tous ceux qui sont déjà grands ont des enfants. » ; « je vous ai dit que je n'ai pas d'amis. Tous les gens qu'on avait avant ont déjà fait les enfants »*

**La représentation de l'AMP/IAD**

*« il y a les gens qui font ça deux fois, trois fois, jusqu'à cinq fois même, c'est la chance que la première fois ça sorte bien » ; « Ça dépend. On est aussi là on prie mais quand ça vient ça se gâte encore là, ça fait très mal, mais on va faire comment ? » ; « il va faire que ça soit bien peut-être il peut arranger en faisant d'une autre manière. » ; « on est là aussi, ce qu'on nous demande de faire, on fait aussi » ; « mais c'est le souffrance, on prend les remèdes, on vient, on part, tout ça c'est l'argent non ? on veut seulement que ils doit faire ce soit bon seulement, pour qu'on vit aussi bien comme les autres » ; « Mais on va faire comment, moi-même je souffre, tu vois que marcher à l'hôpital tout le temps, tout le temps comme ça là, ce n'est pas facile, et l'enfant ne vient pas ? » ; « L'autre que le docteur dit qu'on peut prendre le sperme de quelqu'un là est compliqué, c'est le docteur qui va savoir comment, heuhh, il m'a dit qu'il va arranger »*



<p><b>Les données en rapport avec la honte du regard social</b></p>	<p><b>Le sentiment de culpabilité</b>  <i>« Le docteur a dit que elle fait le nettoyage pour quitter ça ou bien il va lui donner le médicament non ? Pour sortir seul mais il a dit que elle va prendre le médicament pour sortir mais avant de sortir elle est tombée, je peux dire à mort par ce que le sang est sorti beaucoup, j'ai eu trop peur » ;  « Tu regardes madame comme ça, tu ne sais. J'étais dépassé, je demandais ce que j'ai fait à Dieu pour que ce soit comme ça ; qu'est-ce que j'ai fait pour que cela m'arrive ? je réfléchis trop, je n'arrive pas à dormir, je vois comment elle souffre comme ça, ça me dérange beaucoup.</i></p>
	<p><b>Le sentiment de perte d'estime de soi et la peur d'un éventuel divorce</b>  <i>« Je n'arrive pas à faire autre chose, on cherche parce que quand il y a eu un grand problème comme celui-ci » ; « C'est le moment de souffrance, même si tu pouvais être content comment, c'est mal, on s'est senti très mal. Très très mal, quand c'est comme ça, ça ajoute la souffrance. » ; « Le médecin aussi dit que j'ai les problèmes, je ne pouvais pas dire devant elle » ; « je ne peux pas leur dire que moi aussi j'ai les problèmes et que je souffre beaucoup, comme ça là » ; « Mais pour mon cas, comme il a dit hmmm, il a dit que c'est là, mais ce n'est pas bon mais, on peut aussi essayer ailleurs voir. Il va encore faire les examens » ;</i></p>
	<p><b>Le sentiment d'incomplétude</b>  <i>« il nous a expliqué ça, c'est quelque chose, bon comme on a donné mon sperme non ? C'était un peu faible. Le docteur a dit que ce n'est pas très bon ; je ne sais pas ce qui a fait que ça soit faible », « il a dit que, avant de faire tout ça là, il va me faire ... l'examen de l'échographie de spermatozoïde, comme ça non ? Comme je vous dis, il va voir si c'était là non ? Si c'est le truc-là qui est mort » ; « on prend les enfants de notre famille, tu comprends un peu non ? Mais tu sais que la famille c'est un peu difficile dans notre coutume, la famille c'est un peu compliqué. » ; « même maintenant on a onze enfants dans notre maison. Bon on prend ailleurs, dans notre famille, c'est nous qui donne la nourriture, c'est nous qui donne tout. Mais quand il y a le problème, c'est nous que on insulte. »</i></p>
<p><b>Les données en rapport avec les pratiques mystico-religieuses</b></p>	<p><b>La relation à la sorcellerie</b>  <i>« je ne comprends rien ; ou c'est la malchance ou ce sont les mauvais gens qui ont fait ça je ne sais pas » ;</i></p>
	<p><b>Les croyances aux esprits maléfiques et pouvoirs surnaturels</b>  <i>« On a beaucoup essayé mais chez nous, on dit parfois que les gens méchant font aussi ça, que tu ne peux pas accoucher » ; « C'est la malchance qui fait qu'on ne conçoit pas », « Quand Dieu va décider ça va</i></p>

	<p>venir » ; « on prie Dieu que pour nous réussit aussi » ; « on prie beaucoup que Dieu donne pour nous l'enfant. » ; « s'il y a des mauvaises choses, ça va sortir ; « on a bu mais ça n'a rien donné » ; « On remet cette situation à Dieu, on sait que c'est lui qui donne les enfants. Si c'est le sorcier, Dieu va nous aider un jour » ; « ? L'enfant là même hmmm l'autre là je vais encore réfléchir, c'est même quelle malédiction sur moi comme ça ? » ; « je pense que Dieu va mettre sa main dessus et ça va marcher »</p>
<p><b>Le parcours de l'AMP</b></p>	<p><b>Echec dans le parcours</b></p> <p>« C'est la deuxième fois ... on avait d'abord fait l'autre en 2015. Ça n'a pas donné, on cherchait encore l'argent pour faire l'autre. » « on a beaucoup essayé [...] On est allé à l'église, on est allée à l'église et le pasteur a fait beaucoup de libération ; on est aussi allé au Nigéria, on était là-bas, il a fait beaucoup de choses avec la prière mais on n'a pas trouvé la solution. » » Je n'arrive pas à faire autre chose, on cherche parce que quand il y a eu un grand problème comme celui-ci, on va seulement continuer seul » ; » « on réfléchit sur comment on peut faire, par ce que c'est la malchance non ? » « On est venu ici, on a fait l'infiltration, on est parti chez nous, mais le premier mois ça s'est bien passé on est parti dans notre clinique là-bas pour faire l'échographie, [...] Le troisième mois [...] par ce que quand elle est partie pour faire la visite comme ça, le docteur a dit que [...], il ne voit plus le bébé, [...] il voit seulement le sang, une boule de sang ». « on peut aussi essayer ailleurs voir... »</p>
	<p><b>Doute sur la qualité de l'enfant à naître</b></p> <p>« L'autre que le docteur dit qu'on peut prendre le sperme de quelqu'un là est compliqué » ; « l'autre là je vais encore réfléchir, c'est même quelle malédiction sur moi comme ça »</p>
	<p><b>Doute sur l'efficacité thérapeutique</b></p> <p>« eeh, ah, on est là aussi, ce qu'on nous demande de faire, on fait aussi, on prie Dieu que pour nous réussit aussi, mais c'est le souffrance, on prend les remèdes, on vient, on part, tout ça c'est l'argent non ? on veut seulement que ils doit faire ce soit bon seulement, pour qu'on vit aussi bien comme les autres, si ça marche tant mieux » ; « son amie qui lui expliquait que les gens font ça, et que quand on a la chance ça marche » ; « mais si pour moi marche, un jour je peux aussi dire à quelqu'un, que va faire aussi pour voir.</p>

## 2.2. Cas de Monsieur C

Tableau 6 : présentation des résultats de M. C

Descripteurs	Indices
<b>Les données en rapport avec les contraintes culturelles</b>	<p><b>La pression de la famille et des proches à perpétuer la lignée</b></p> <p>« , je veux dire, on a certes la pression de la famille, bon [...], la famille aimerait qu'on ait d'enfants mais, la maison n'est pas complètement vide, on a les enfants de la famille bon, au moins ça leur permet de supporter. Mais chacun voudrait qu'on ait pour nous-mêmes. » ; « il est vrai le regard est un peu bizarre mais on vit comme ça. Chacun doit se demander ce qui ne va pas avec moi, mais à moi on ne dit rien, on chuchote seulement derrière. Mais je sais, bon, je me bats, je ne baisse pas les bras. » ; « ...je sors d'une région où les, [silence], en fait chez nous, l'homme vit pour préparer sa mort. Oui, l'homme vit pour préparer sa mort et un des éléments qui vous permet de marquer votre passage sur la terre c'est [silence, 3s] les enfants d'abord et les biens matériels ensuite. » ; « Ou des éléments ou des actes que vous posez dans votre communauté ou dans votre société, mais le premier élément, ce qui permet de se souvenir de vous, de se souvenir de votre passage sur la terre c'est d'abord les enfants. J'ai grandi dans cette mouvance-là, j'ai grandi dans cette culture où l'enfant est le centre de tout, le début et la fin de tout » ; « je ne peux qu'avoir cet envi, c'est-à-dire qu'il y a cet envi qui est fort et après l'âge est en train de passer ; à un moment peut-être on risquera même ne plus avoir la force pour les élever où même d'en faire complètement » ; « dans nos coutumes, c'est le bébé qui appelle les gens chez toi, on profite de l'arrivée de l'enfant pour te rendre visite » ; « C'est la naissance du bébé qui fait même en sorte que tu puisses voir les membres de la famille de ta femme, chacun vient saluer et féliciter » ;</p>
	<p><b>Le respect des valeurs ancestrales, la sauvegarde du patrimoine spirituel et social</b></p> <p>« ...il faut dire que c'est depuis onze ans, je mène une bataille » ; « j'ai pris beaucoup de traitements, beaucoup de compléments alimentaires à gauche, à droite, donc pour essayer à chaque fois de parer à cette situation » ; « Et après maintenant avec la première tentative quand il y a encore eu</p>

*interruption, bon ça a encore sapé complètement mon moral » ; « si je refusais de prendre les produits qu'elle m'apportait c'est là où elle pouvait se fâcher contre moi » ; « il faut aussi avoir ta part comme tout le monde. Je vous ai dit que dans nos coutumes bamiléké, on ne vit que pour les enfants, on vit en préparant la mort, et c'est l'enfant qui va te remplacer quand tu ne seras pas là. L'enfant de ton frère n'est pas ton enfant » ; « il ne pourra pas te remplacer valablement ; vous voyez pour l'enfant du petit frère de grand père, je vous dis qu'il est mort sans enfant, pourtant, la famille a donné un héritier après sa mort, mais puisque ce n'était pas son enfant, on dit qu'il est mort sans enfant, tout le monde le sait, pourtant il a aussi élevé les enfants de son vivant, mais bon ! » ; « vous comprenez que c'est important d'avoir son enfant à lui. Et même là, quand tu es dans un milieu où tout le monde fait quelque chose, il faut aussi le faire pour avoir la conscience tranquille ; si les ancêtres ont accordé trop d'importance à l'enfant et que nos parents l'ont aussi fait pourquoi c'est moi qui vais rester sans suivre la chaîne » ; « En sorte qu'il est difficile, de voir un parent au village, rester sans faire appel au marabout ou au tradipraticien pour solliciter l'aide des aïeux en cas de problème »*

#### **La pratique des rites et rituels traditionnels**

*«... mais j'ai pris beaucoup de produits dits naturels, c'est –à-dire les décoctions faites des écorces des arbres, les herbes, les machins, les remèdes indigènes ... » ; « je veux dire on a essayé de penser [...] aux , des cérémonies, des rites qu'il fallait faire au village » ; « ma mère par exemple je vous ai dit comment elle m'a fait boire tellement des choses, il y a un moment elle m'apportait des bidons et des bidons de décoction, des remèdes traditionnels que je buvais » ; « Les rares fois que ma maman est venue chez moi, c'était pour donner les remèdes qu'elle prend chez les tradipraticiens » ; « elle bavardait qu'on a négligé la coutume ... si on n'avait fait les rites au village, la grossesse ne serait pas sorti ... elle avait demandé qu'on aille faire la coutume je n'ai pas pris au sérieux, voilà les conséquences », « je me pose des questions à tout moment, est ce qu'il y a des rites que nous que nous devons exécuter au nom de nos ancêtres ? je ne sais pas » ; « Il arrivait aussi qu'on demande à te laver, de faire des rites*

	<p><i>traditionnels pour te purifier de la malédiction ou certains péchés que tes ancêtres ont commis à leur époque et qui te suivent. »</i></p>
<p><b>Les données en rapport avec le secret de l'IAD</b></p>	<p><b>Le poids du secret</b></p> <p><i>« J'étais le seul à la consoler, des trucs qu'on ne peut pas raconter à la famille, et pas à n'importe qui. » ; « avec ma famille on n'en parle pas, euhhhhh [...], les trucs comme ça ne se partage qu'avec la femme, depuis qu'on a engagé ça, personne n'est au courant, même quand la fois dernière il y a eu rupture de la grossesse là, sa mère savait qu'elle avait conçu normalement ; euh, on ne pouvait pas lui dire ce qu'on avait fait » ; « bon ce n'est pas toujours facile de rester avec les amis surtout quand tu as un problème comme celui-là, on ne doit pas leur dire n'importe quoi, c'est pourquoi je préfère rester seul »</i></p> <p><b>L'échec de loyauté vis-à-vis de sa conjointe, sa famille et la communauté</b></p> <p><i>« je veux dire avant celle-ci, avec l'autre, puisqu'avec celle-ci est arrivée, il y a déjà 7 ans » ; « J'ai également beaucoup de frères et sœurs. Bon ! Chez ma maman je suis le dernier né, et aucun de mes aînés de la même maman ; jusqu'à présent, personne n'a eu de tels antécédents et même dans la grande famille n'a ce problème, c'est vraiment ma malchance » ; « c'est même ça qui m'a emmené à dire bon, ça ne sert plus à rien de passer tout le temps à prendre les médicaments par ce que c'est ça qui est aussi souvent l'argent » ; « [..], je menais une bataille qui était perdue d'avance par ce que euhhh, ce que je prenais comme médicament, ce que je prenais comme ceci et cela ne pouvait aboutir à rien » ; « C'est-à-dire que je n'ai plus la même motivation de départ » ; « je l'ai senti déprimée ; à un moment elle a même cherché à rejeter la responsabilité sur certaines choses qui normalement n'avaient rien à voir » ; « comme je vous ai dit que je faisais confiance à la médecine, je pense que la médecine va m'aider en sorte que je me débarrasse de ce poids. » ; « quand c'est comme ça tu ne peux pas être tranquille comme tout le monde ; c'est une situation qui est pour toi seul et qui te dérange ; ça crée même les problèmes dans ta vie » ; « depuis que je vois l'âge avancé, il n'y a toujours rien, ça me préoccupe un peu plus par ce qu'il va arriver des moments où je n'aurai plus de force pour le faire et peut-être mêmes les moyens ne seront plus là pour le faire » « depuis que je</i></p>

*vois l'âge avancé, il n'y a toujours rien, ça me préoccupe un peu plus parce qu'il va arriver des moments où je n'aurai plus de force pour le faire et peut-être mêmes les moyens ne seront plus là pour le faire » ; « ce qui fait que parfois je me demande si à un moment donné elle ne pourra pas décider de s'en aller aussi, comme l'autre »*

#### **La représentation de l'IAD/AMP**

*« je me suis suffisamment imprégné dans les pratiques de la médecine » ; « je suis resté toujours confiant malgré que ce soit vraiment très difficile à supporter, » ; « c'est une situation pour laquelle il fallait traverser beaucoup d'étapes et.... Bon, on n'est que dans cette démarche-là » ; « que c'est ça le vrai problème, tout ce que j'ai fait comme examen chez les urologues, les gynécologues... donc tout ce qu'on a eu à faire sur moi comme examen jusqu'aujourd'hui n'a jamais permis de comprendre pourquoi est-ce que j'ai ces problèmes » ; » Par ce que je me dis toujours que si on avait trouvé la source, on aurait pu résoudre le problème » ; « c'est que dans ce processus [...] on te prescrit des compléments alimentaires, [...] que tu vas prendre et à la fin quand on prend tout ça, après on se rend compte que bon, tu peux encore lire d'autres documents où on te dit l'impact même de ces produits qu'on t'a donné sur la fertilité-là n'a jamais été réellement prouvé » ; » Si ce n'était pas les moyens financiers, j'aurais commencé l'AMP un peu plus tôt » ; « je pense que l'AMP est l'ultime solution. » ; « la seule solution qui reste devant moi, et donc que pour pouvoir résoudre le problème » ; « , je savais que c'est un processus qui est long, par ce que ce que j'avais comme statistique là-dedans c'est que le taux de réussite est trop faible, donc quand j'ai lu la dessus, on dit que c'est après un, deux ou trois fois qu'on pourrait arriver à un résultat positif » ; » Honnêtement quand on fait une dépense, on aimerait avoir le prix bas » ; « Bon s'il y avait moyen, un moyen quelconque de faire moins je crois que ça aiderait beaucoup de personnes parce qu'il y a aussi leur médicament là-dedans qui sont très chers. Tous les médicaments qui tournent autour de ça sont très très chers » ; « tel que le médecin m'a expliqué, [...] quand il y a des échecs au premier trimestre comme ça, ces échecs peuvent être dus [...] au fait qu'on avait pris un œuf qui était mal*

	<p><i>formé et aussi ça m'a permis aussi de comprendre » ; « il n'y a pas eu à congeler donc je savais que c'est ça peut-être qui était le problème, donc la base déjà n'était pas bonne, et que ce n'est que la continuité de ça. » ; « surtout que le traitement aussi, je veux dire euhhhh, les produits qu'on prescrit sont vraiment chers » ; « Je cherche encore ce qu'ils ont déjà, mais bon c'est un peu ça. » « L'autre là même, est-ce que c'est différent de l'enfant de quelqu'un d'autre que tu as pris chez toi ? L'enfant de ton frère même, tu sais que c'est ton sang, mais ce qu'on prend à l'hôpital, tu ne connais pas ce que tu prends pour amener chez toi ? Ce n'est pas ton sang, ce n'est pas le sang de la famille. Qu'est-ce que je vais dire à mes ancêtres ? J'aurais trompé tout le monde et moi-même. C'est une situation très compliquée madame. »</i></p>
<p><b>Les données en rapport avec la honte du regard social</b></p>	<p><b>Le sentiment de culpabilité</b></p> <p><i>« je ne sais pas si je peux appeler antécédents, [...] je vois beaucoup, plus une cause, à la fin je suis arrivé, [...] à une cause peut-être génétique, même comme tout ce que j'ai lu là-dedans, par rapport à ça, j'ai essayé de fouiller je n'ai pas encore trouvé ; [...] j'ai comme impression que ça peut-être lié à une cause génétique par ce qu'il y a quand même quelques antécédents inquiétant dans la famille » ; « Oui pour vous dire vrai, je ne me faisais pas trop d'illusion. Mais quand je vois toute la souffrance de l'hôpital, vraiment, je ne dors pas bien. » ; « puisque c'est moi qui consolais madame, je lui disais que c'est rien que, que ce n'est que le premier essai et que dans tous les cas on n'avait très peu de chance que ce soit un succès » ; « Ma véritable crainte se situe au niveau de mourir sans laisser d'enfant, qu'est-ce que je dirai à mes ancêtres après mon décès ? Je n'aurai laissé aucune trace sur terre. C'est surtout ça mon véritable problème. » ; « C'est moi seul parmi les enfants de ma mère qui souffre comme ça » ; « je sais que ce n'est pas facile pour elle »</i></p> <p><b>Le sentiment de perte d'estime de soi et la peur d'un éventuel divorce</b></p> <p><i>« ...j'ai un problème [...] on m'a parlé de la vitalité, euhhh, du problème de vitalité, euhhhh de mobilité, de sperme (le ton baisse), la quantité de sperme est insuffisante (la phrase est difficilement saisissable) ; « je me suis dit, est-ce-que ce problème ne serait pas encore plus profond que cela ? est-ce que</i></p>

*ça ne va pas au-delà de ce simple problème de mobilité des spermatozoïdes qu'on m'avait dit au départ ? », « voilà alors là où j'ai eu, j'ai eu des appréhensions. Une vraie déception » ; « Donc que je me disais que j'allais surmonter mais c'est après que j'ai commencé à déprimer, c'est après que ça a commencé à ...qu'il y a comme une sorte d'état de dépression, ... qui s'installait en moi et je euhhh, où j'ai commencé à douter entièrement, même de l'AMP, « j'ai trouvé cela très intéressant, avoir un psychologue dans ce service serait un plus pour notre suivi » ; « Au départ comme je vous ai dit on pensait à une infection, ensuite on s'est dit que ça pouvait être une varicocèle, mais les examens ont montré un taux bas pour la varicocèle » ; « j'avais une autre, on s'est séparé toujours pour ce problème, on a vécu longtemps, une fois il y avait la grossesse, après on a dit que c'était ou sans œuf » ; « elle est parti, ça dérange, voici celle-ci, elle voit comment je me bats pour ça » ; « ça fait souvent mal quand elle me rapporte ce qu'on lui dit et en même temps, ça me fait aussi peur » : « elle doit penser que c'est moi qui l'empêche de faire ses enfants ; tout leur souci est de nous voir avec nos propres enfants » ; « je parle de la peur par ce que... je pense aux anciennes relations qui se sont gâtées toujours ... toujours pour le même problème » ; « elle était partie ...il n'y a pas de stabilité dans ma vie, surtout pour moi, personnellement, je n'ai pas de stabilité »*

#### **Le sentiment d'incomplétude**

*« Jusqu'à présent tous les examens ne permettent que de faire le constat. Le sperme n'est pas bon » ; « mais après quand on a fait des examens de varicocèle on s'est rendu compte que c'était très faible que ça ne pouvait pas influencer, donc ça ne pouvait pas être ça la cause. » ; « mon vrai problème, c'est par rapport à ça c'est-à-dire on n'a jamais déterminé pourquoi est-ce que j'ai cette difficulté. Et me fait vraiment souffrir » ; « mon problème m'inquiète beaucoup » ; « c'est là où tout s'est encore réveillé dans ma tête » ; « j'ai des problèmes de mobilité de spermatozoïdes, je me disais que l'AMP va résoudre le problème maintenant que c'est arrivé ça a créer tout un tas de choses, tout un autre état d'esprit. » ; « je vous ai dit que avoir un enfant est au centre de ma préoccupation maintenant, et tant que les résultats ne sont pas positifs [...], bon je vais toujours essayer » ;*



	<p><i>« Chacun aimerait aussi sourire et avoir la paix, vous voyez ; donc c'est un peu ça, » ; « et je n'ai pas aussi envie de mourir sans enfant » ; « Tous ces examens humm, montrent seulement ce problème de mobilité du sperme et non ce qui est la cause de ce problème » ; « ils m'ont envoyer leurs enfants, oui, j'ai beaucoup d'enfants à la maison » ; « prendre l'enfant de tes frères ne résout pas le problème ». « Quand on a perdu mon enfant, elle pleurait, elle a choqué pendant plusieurs jours, elle voulait vraiment changer ma vie, mais ça n'a pas donné, au départ je ne ressentais pas encore la douleur, je la calmais, c'est quelques jours après que j'ai vraiment compris ce qui se passait en moi, je veux dire, je me suis demandé que je vais rester comme ça jusqu'à quand ? et ça m'a fait trop mal » ; « l'interruption là, ... nous a remis à l'échelle zéro, au point de départ, on comprenait que tout était à recommencer et ce n'était pas facile à vivre » ; « Pour moi ce n'était pas la boule, c'était mon enfant, mon bébé ; cette phrase est restée dans ma tête pendant plusieurs semaines, je ne cessais de me demander pourquoi il ne pouvait pas rester » ; « C'est très dur de rester sans enfant, oui très dur ; même sans que personne ne te demande, toi-même tu sens un vide en toi, tu ne peux pas être tranquille, il faut aussi laisser un héritier, quelqu'un qui fera qu'on parle de toi »</i></p>
<p><b>Les données en rapport avec les pratiques mystico-religieuses</b></p>	<p><b>La relation à la sorcellerie</b></p> <p><i>« Vous comprenez que c'est un drame pour moi comme je vous disais, c'est un drame que je vis et qui n'amène pas la stabilité dans ma vie, humm. Je ne comprends pas pourquoi c'est arrivé chez moi. C'est comme la sorcellerie » ; « Peut-être quelqu'un s'attaque à moi mystiquement, l'affaire ci me dépasse » ; « S'il y a aussi des sorciers dans la famille, on dit qu'ils attachent ou bloque les chances des gens »</i></p> <p><b>Les croyances aux esprits maléfiques</b></p> <p><i>« Je veux dire on a essayé de penser à des choses surnaturelles » ; « on disait c'est parce qu'on a fait ceci ou on n'a pas cela que la malédiction attrape les gens, bon euhhhh, je ne sais pas ce qu'ils ont fait à leur époque pour que cette malédiction nous suive comme ça, » ; « Parfois on parlait aussi des mauvais esprits qui rodent et jettent des mauvais sorts quand ils te trouvent sur leur passage ».</i></p>

<b>Le parcours de l'AMP</b>	<p><b>Echec dans le parcours</b></p> <p>« <i>Donc euhhh, je suis resté toujours confiant malgré que ce soit vraiment très difficile à supporter, oui c'est vraiment dur. [...] c'est une situation pour laquelle il fallait traverser beaucoup d'étapes et.... Bon, on n'est que dans cette démarche-là et il va falloir aller étape par étape pour finalement arriver à un bon résultat.</i> » « <i>bon [...] je suis simplement dans cette démarche-là.</i></p>
	<p><b>Doute sur la qualité de l'enfant à naître</b></p> <p>« <i>...c'est même ça que je crains et ça me perturbe énormément. Vous savez c'est toujours bien d'avoir son propre enfant</i> » ; « <i>L'enfant de ton frère même, tu sais que c'est ton sang, mais ce qu'on prend à l'hôpital, tu ne connais pas ce que tu prends pour amener chez toi</i> »</p>
	<p><b>Doute sur les compétences du corps médicale</b></p> <p>« <i>là, c'est ce que je veux savoir depuis. Hmmmmm, je suis dépassé, c'est ce que je veux vraiment savoir, si les médecins pouvaient aussi me dire, les urologues m'ont fait faire des examens, les gynécologues aussi, mais ça n'a jamais permis de savoir ce qui était la cause de cette situation. Tous ces examens humm, montrent seulement ce problème de mobilité de sperme et non ce qui est la cause de ce problème</i> »</p>
	<p><b>Doute sur l'efficacité thérapeutique</b></p> <p>« <i>...tout ce que j'ai fait comme examen chez les urologues, les gynécologues... donc tout ce qu'on a eu à faire sur moi comme examen jusqu'aujourd'hui n'a jamais permis de comprendre pourquoi est-ce que j'ai ces problèmes. Par ce que je me dis toujours que si on avait trouvé la source, on aurait pu résoudre le problème. Jusqu'à présent tous les examens ne permettent que de faire le constat. Le sperme n'est pas bon, machiiiiin ainsi de suite, au départ on avait cru que c'était une infection, on a soigné les infections en espérant que ça devait revenir mais ce n'est jamais revenu, on a fait des examens on a parlé de varicocèle, mais après quand on a fait des examens... on n'a jamais déterminé pourquoi est-ce que j'ai cette difficulté.</i> » ; « <i>notre seul sujet de commentaire, c'est l'AMP depuis un temps, on a l'espoir de réussir un jour</i> »</p>

## 2.3. Cas de Monsieur F

Tableau 7 : présentation des résultats de M. F

Descripteurs	Indices
Les données en rapport avec les contraintes culturelles	<p><b>La pression de la famille et des proches à perpétuer la lignée</b></p> <p>« ...qu'elle-même ne comprenait pas pourquoi on restait comme ça, » ; « les gens parlent derrière et chez nous on se tait, c'est beaucoup plus madame qui écoute ce qu'on dit. Vous savez, les problèmes comme ça, on va plus parler avec les femmes, même les membres de ma famille, c'est à ma femme qu'on demande ce qui ne va pas puisque tout le monde sait que c'est elle qui n'accouche pas » ; « Qui aime un arbre qui n'a pas de fruit, personne. Tu es comme une fleur qui orne la cour et meurt après, sans laisser aucun fruit. On te dérange toujours. », « Quelques mois après le mariage, quand on ne voit rien, les gens commencent à te demander ce qui ne va pas. Vous allez voir que beaucoup d'hommes qui n'ont pas de problème cherchent rapidement une autre femme quand celle qui est à la maison n'accouche pas », « ...les gens de ce village, s'ils apprennent que j'ai des problèmes d'infertilité ils vont commencer à dire des tas de choses sur moi » ; « , il me proposait de faire un tour au village pour voir ce qui ne va pas d'abord pour que je sois infertile »</p>
	<p><b>Le respect des valeurs ancestrales, la sauvegarde du patrimoine spirituel et social</b></p> <p>«... quand on s'assoit à deux, on pense comment vivre sans enfant, on prend encore le courage pour revenir » ; « mais je ne dois pas aussi rester sans mon propre enfant, l'enfant de quelqu'un c'est l'enfant de quelqu'un ; il faut aussi laisser une descendance avant de mourir aussi un jour. Tu vas dépenser sur l'enfant de quelqu'un n'importe comment il va partir voir ses parents et tu vas rester comme ça », « c'est mieux d'avoir son propre enfant, un enfant qui n'est pas pour toi n'a pas ton sang, et tôt ou tard il va chercher ses parents comme je vous disais d'abord ; donc il n'est pas votre enfant, quand tu gardes l'enfant de quelqu'un, il ne peut pas porter ton nom, tu vas dépenser sur lui mais un jour il va toujours partir. » ; « mais madame, on se marrie pour avoir les enfants, c'est l'enfant qui fait le mariage, si tu n'accouches pas, on t'appelle le père de qui ? L'enfant occupe une place très importante dans le foyer. C'est le fruit du mariage, quand deux personnes s'unissent déjà, le fruit c'est</p>

	<p><i>l'enfant, il faut avoir des enfants, C'est pourquoi il faut tout faire pour avoir son enfant. On se bat comme ça c'est pour avoir l'enfant, vous comprenez que c'est important, quand tu n'as pas d'enfant c'est comme si tu n'as pas de valeur » ; « Better je prends l'enfant de mon frère, je garde en sachant que c'est le sang de la famille même comme celui-là va toujours te créer des problèmes » ; « c'est difficile de vivre sans enfant mais te tromper toi-même pour dire aux gens que tu as l'enfant » ; « j'étais très content, je me demandais même déjà si ça va donner un garçon, par ce que je voulais vraiment le garçon, quand tu fais le garçon, tu es tranquille, au moins tu sais que tu as déjà ton héritier, après je pensais que même si c'était une fille c'est quand même déjà un enfant, mon enfant. »</i></p>
	<p><b>La pratique des rites et rituels traditionnels</b></p> <p><i>« ...la maman nous demandait de temps en temps de prendre quelques potions qu'elle nous faisait boire pour nettoyer le corps », « Mais ça devenait de plus en plus inquiétant. Même avec les prières ça ne donnait pas » ; « Si ma mère sait que j'ai un problème elle va commencer à dire qu'on parte chez les marabouts pour faire des rites, » ; « si ça continue comme ça, on va faire un tour au village pour voir ce qui ne va pas » ; « parfois certaines personnes pratiquent sur d'autres et il n'y a que les grands marabouts pour arranger ça » ; « J'étais en train de réfléchir voir si je vais aller au village pour qu'on essaie de travailler traditionnellement » ; « je pense quand même qu'il faudrait que j'essaie un peu de discuter de ça avec les parents pour écouter leur point de vue, voir s'il y a des rites à faire pour solutionner ce problème. »</i></p>
<p><b>Les données en rapport avec le secret de l'IAD</b></p>	<p><b>Le poids du secret</b></p> <p><i>« ...elle me fait beaucoup pitié, je prie vraiment que ça marche un jour » ; « Personne n'est au courant que nous avons initié cette procédure. » ; « Mais puisque personne ne sait », « Et comme mes parents ne savent pas, alors je prie seulement que le bon dieu fasse en sorte que la démarche ci donne un bon résultat » ; « dans tout ça, aucun membre de la famille n'est au courant de cela ; bon c'est le prix à payer quand on veut l'enfant » ; « les autres ne connaissent rien de mon problème. » ; « C'est un deuil qu'on fait seul. Si non avec sa femme, sans crier à haute voix. C'est très difficile à vivre » ; « C'est un truc que j'ai toujours gardé comme secret, et ma femme aussi n'en parle</i></p>

	<p><i>pas » ; « Mais je ne leur dirai pas que c'est pour avoir l'enfant à l'hôpital, là c'est aussi une autre chose à garder secret »</i></p>
	<p><b>L'échec de loyauté vis-à-vis de sa conjointe, sa famille et la communauté</b></p> <p><i>« ...l'âge est en train d'avancer, il faut qu'on fasse l'AMP... Ma femme a 37 ans... il nous a conseillé de ne pas perdre le temps, que quand l'âge avance, les chances de succès sont réduites, et vous voyez d'ici peu, elle aura 40 ans » ; « c'est à elle qu'on demande ce qui ne va pas, les voisins, les gens de la famille, beaucoup ne savent pas que j'ai un problème, on sait que c'est elle la coupable, tous les regards sont tournés vers elle ; c'est pourquoi j'ai préféré qu'on refasse l'AMP, si ça peut vraiment marcher pour qu'on ne la dérange plus. On sera tous tranquille par ce que moi-même ça me perturbe quand les gens lui posent les questions et que je sais qu'elle n'a pas de problème ; hmmm elle n'a pas de problème » ; « elle me fait beaucoup pitié, je prie vraiment que ça marche un jour » ; « mais je m'inquiète beaucoup plus pour ma femme. Son âge avance et comme il n'y a pas l'enfant, ça ne m'arrange pas » ; « mais elle se dit que c'est ma femme qui ne conçoit pas. » ; « Je voyais toute la souffrance qu'on a endurée à l'hôpital. Puisque chaque fois je la déposais pour ses injections » ; « Je ne peux même pas savoir si elle mangeait par ce que moi-même je ne mangeais pas. C'était difficile à vivre. »</i></p>
	<p><b>La représentation de l'IAD/AMP</b></p> <p><i>« ...quand l'âge est déjà avancé comme ça, ce n'est pas très bien, ça réduit les chances de réussite. » ; « Par ce que la fois dernière je ne sais même pas s'il y a eu grossesse, comme vous dites là ; par ce qu'on avait fait les ponctions, après quelques jours, nous sommes revenus pour le transfert, on a fait le transfert. Nous sommes allés attendre à la maison. On a attendu le nombre de jour qu'ils ont dit, et quand on est revenu on a fait la prise de sang et on a dit que ça n'a pas donné », « Je me suis posé tant de questions, par ce qu'il n'y a pas tellement de moyens. S'il y avait les moyens on n'aurait dû entamer l'autre la même année sans trop attendre comme ça ; de 2017 à 2019, ce n'est pas facile, avec le peu de moyen que j'ai, il faut aussi aider la famille, les enfants de la famille » ; « Pour que madame soit aussi heureuse, tout ce que je lui donne maintenant ne peut pas remplacer un enfant » ; « on économise notre argent maintenant seulement pour venir ici à l'hôpital. » ; « donc le coût, le coût de de de la FIV, c'est vraiment trop cher, il y a beaucoup de personnes</i></p>

	<p><i>qui sont dans la même situation que moi mais qui ne peuvent pas faire ça par manque de moyen » ; « Voyez un peu mon cas, depuis deux ans je cherche l'argent pour revenir reprendre, ce n'est pas facile » ; « bon, je veux dire, c'est un peu trop de consigne à exécuter, on ne doit pas faire les rapports sexuels n'importe comment, on ne doit pas faire n'importe quoi n'importe comment, il y a les examens par ci par là », « Mais les trucs comme ça ici chez nous en Afrique, qu'est-ce que tu vas dire aux gens. Ça c'est pour les blancs. » ; « quand tu prends le sperme de quelqu'un, que bien après ta femme accouche c'est l'enfant de qui ? Tout le monde pense que c'est ton enfant alors que toi-même tu sais que ce n'est pas ton enfant, ça te fais même encore plus mal, surtout s'il grandit et a des problèmes » ; « Je me suis même demandé si est ce qu'ils sont sûr d'avoir bien déposé l'affaire-là, s'ils ont lavé le sperme comme ils m'ont dit et l'ovocyte de ma femme est bien, pourquoi alors ça n'a pas marché ? »</i></p>
<p><b>Les données en rapport avec la honte du regard social</b></p>	<p><b>Le sentiment de culpabilité</b></p> <p><i>« Je ne sais pas pourquoi tout ça m'arrive alors que tous ceux qui m'entourent, mes frères et sœurs ont des enfants, qu'est-ce que j'ai fait à Dieu ? », « Pour que madame soit aussi heureuse, tout ce que je lui donne maintenant ne peut pas remplacer un enfant », « quand on prélève beaucoup d'ovocytes comme ce qu'on a enlevé sur madame là, il n'y pas de risque que ça finisse et que les prochaines fois on n'en trouve plu ? Par ce que là j'ai vraiment peur. », « Il n'y a que moi qui reste sans enfant, et ça me dérange ; moi qui suis le grand frère. », « C'est difficile d'entendre qu'un homme n'arrive pas à faire des enfants, c'est beaucoup plus fréquent chez les femmes et non chez les hommes. » ; « tout ce que je souhaite c'est donner un enfant à ma femme » ; » ta conscience va te juger, tu vas dire que si c'était mon enfant il ne devait pas faire comme ça et ça va encore t'énerver plus. »</i></p> <p><b>Le sentiment de perte d'estime de soi et la peur d'un éventuel divorce</b></p> <p><i>« ... j'ai un problème avec mon sperme ; mon sperme ne fonctionne pas bien. On m'a fait comprendre que euhhhhhh, que c'est le nombre est petit et ça ne bouge pas beaucoup » ; » je ne sais vraiment pas, j'ai des cadets qui ont déjà des enfants. Je ne sais pas pourquoi j'ai ce problème », « quand le médecin a dit que ce n'était pas bon, tu ne peux pas savoir comment j'étais malade, je ne peux même pas vous dire comment était madame » ; « Parfois je me demande</i></p>

	<p><i>si elle ne va pas me quitter un jour ; la dernière fois elle a tellement pleuré, j'ai mal mais je fais comment ? » ; « ma belle-famille, ne me fréquente pas tellement » ; « j'ai attendu les résultats mais malheureusement ce n'était pas positif. Nous sommes rentrés bredouilles, avec toute la colère. Personne n'avait la force de parler à l'autre jusqu'à la maison » ; « je suis en train de vous dire que c'était très dur, j'étais déçu, vraiment déçu comme je vous disais la dernière fois » ; « malheureusement, après la prise de sang, on revient me dire que ça n'a pas marché, que ce n'est pas positif. Je ne sais pas comment j'ai fait pour arriver à la maison. Je me sentais mal à l'aise »</i></p> <p><b>Le sentiment d'incomplétude</b></p> <p><i>«... on m'a fait savoir que le sperme est insuffisant, par rapport à la quantité normale » ; « ils ont dit que ce n'est pas quand même très bon, qu'il faut refaire le spermogramme » ; « sans vous mentir, j'étais euhhhhh, j'étais vraiment vraiment déçu, je ne sais pas comment je peux vous dire, j'étais découragé, très malade, triste, [ piafff ], j'étais plus triste que madame, surtout quand elle ne voulait plus refaire une autre FIV » ; « C'est vraiment très dur. On se demande si est-ce qu'un jour ça va marcher. » ; « C'est pourquoi je fais tout pour qu'on ait notre enfant à nous deux pour enfin être tranquille comme d'autres personnes » ; « Ils m'ont dit que mon sperme ne fonctionne pas bien. Je ne sais pas pourquoi. Je ne sais vraiment pas ce qui a causé ça, le docteur même ne me dit pas ce qui peut être à l'origine de tout ça » ; « ... comme il n'y a pas d'enfant ça devient un peu compliqué. »</i></p>
<p><b>Les données en rapport avec les pratiques mystico-religieuses</b></p>	<p><b>La relation à la sorcellerie</b></p> <p><i>« Elle va chercher à connaître si ce n'est pas un sort que les sorciers m'ont lancé ou si ce n'est pas moi qui ai cherché », « ils vont commencer à m'accuser de sorcier, soit que j'ai vendu le ventre de ma femme ou j'ai vendu pour moi, pour avoir de l'argent ; oui, c'est comme ça » ; « Quand quelqu'un atteint un certain âge sans avoir d'enfant ça devient compliqué. On commence à l'éviter, et personne ne lui donne son enfant pour garder par ce qu'on suppose que son argent n'est pas bien, et avec ça il peut facilement tuer leurs enfants »</i></p> <p><b>Les croyances aux esprits maléfiques et aux pouvoirs surnaturels</b></p> <p><i>« On dit souvent que les mauvais esprits peuvent empêcher quelqu'un de concevoir, bon ! j'espère que ce n'est pas mon cas » ; « même comme je n'ai pas les moyens. Dieu va nous aider dans ce sens-là » ; « Je dois finir par</i></p>

	<p><i>penser que c'est mystique, par ce que je ne comprends rien du tout. Comment se fait -il que je sois le seul enfant de ma mère parmi tant d'autre à avoir ce problème, ça peut être la main des méchants » ; « Qu'est ce qui a fait que mon sperme ne fonctionne pas bien ? On m'a donné les remèdes, les vitamines. Mais ça ne marche pas toujours » ; « Puisque ma femme n'a aucun problème, là je suis dépassé, je me demande si ce n'est pas mystique. Comment je peux être le seul enfant de ma mère à avoir ce problème. », « Parfois j'ai peur de cette situation, je me demande si ce n'est pas quelqu'un qui nous bloque comme ça; on n'a déjà tout fait mais rien ne marche, je ne comprends plus » ; « Si ses prières peuvent faire en sorte qu'on obtienne ce qu'on veut il n'y a pas de problème » ;</i></p>
<p><b>Le parcours de l'AMP</b></p>	<p><b>Echec dans le parcours</b></p> <p><i>« ...c'est la cinquième année maintenant que je peux dire que j'ai commencé à chercher l'enfant sans succès » ; « Ma femme a déjà 37 ans, il nous a conseillé de ne pas perdre le temps, que quand l'âge avance, les chances de succès sont réduites, et vous voyez d'ici peu, elle aura 40 ans. Et on nous a dit que quand l'âge est déjà avancé comme ça, ce n'est pas très bien, ça réduit les chances de réussite. » ; « Mais ça devenait de plus en plus inquiétant. Même avec les prières ça ne donnait pas. » ; « depuis deux ans je cherche l'argent pour revenir reprendre, ce n'est pas facile. »</i></p>
	<p><b>Doute sur la qualité e l'enfant à naître</b></p> <p><i>« . [tsuip] L'autre là hmmm ; tu peux emmener le sang d'un bandit dans ta famille et regretter toute ta vie »</i></p>
	<p><b>Doute sur les compétences du corps médicale</b></p> <p><i>« ...quand on prélève beaucoup d'ovocytes comme ce qu'on a enlevé sur madame là, il n'y pas de risque que ça finisse et que les prochaines fois on n'en trouve plu ? Par ce que là j'ai vraiment peur. Quand on dit qu'on a prélevé 10 ou 12 ovocytes »</i></p>
	<p><b>Doute sur l'efficacité thérapeutique</b></p> <p><i>« Bon peut-être, puisqu'on ne sait jamais, on finira par y aller chez le tradipraticien pour savoir vraiment ce qui ne va pas » ; « On a encore refait les examens. Parfois j'ai peur de cette situation »</i></p>



**3. Présentation des résultats issus du HADs**

Il s'agit des résultats de l'échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale, passé chez les participants de cette recherche

**3.1. Résultats de Monsieur A**

**Hospital anxiety and depression scale (HADS)**

Code d'identification : .....**M. A**.....

**A- Anxiété**

**1-Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.**

0 Oui, tout autant.

1 Pas autant.

2 Un peu seulement. \*

3 Presque plus.

**2-Je ris facilement et vois le bon côté des choses.**

0 Autant que par le passé.

1 Plus autant qu'avant. \*

2 Vraiment moins qu'avant.

3 Plus du tout.

**3-Je suis de bonne humeur.**

0 La plupart du temps.

1 Assez souvent.

2 Rarement. \*

3 Jamais.

**4-J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.**

0 Jamais.

1 Parfois.

2 Très souvent.

3 Presque toujours. \*

**5-Je me m'intéresse plus à mon apparence.**

0 J'y prête autant d'attention que par le passé.

1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.

2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais. \*

3 Plus du tout.

**6-Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.**

0 Autant qu'avant.

1 Un peu moins qu'avant.

2 Bien moins qu'avant. \*

3 Presque jamais.

**7-Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.**

0 Souvent.

1 Parfois. \*

2 Rarement.

3 Très rarement.

**Score total : ...13...../21**

**Conclusion A**

.....  
 .....  
 .....

**Conclusion :**

.....  
 .....

**B) Dépression**

**1-Je me sens tendu ou énervé**

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart de temps. \*

**2-J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait arriver.**

- 0 Pas du tout. \*
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

**3-Je me fais du souci.**

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent. \*
- 3 Très souvent.

**4-Je peux rester tranquille, assis à ne rien faire et me sentir décontracté.**

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général. \*
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

**5-J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.**

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.

3 Très souvent. \*

**6-J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.**

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement. \*
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait ça.

**7-J'éprouve des sensations soudaines de panique.**

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent. \*
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

**Score total : .....11...../21**

**Conclusion B :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Conclusion :** .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**3.2. Résultats de Monsieur C**

Code d'identification : .....M. C.....

**A- Anxiété**

**1-Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.**

0 Oui, tout autant.

1 Pas autant. \*

2 Un peu seulement.

3 Presque plus.

**2-Je ris facilement et vois le bon côté des choses.**

0 Autant que par le passé.

1 Plus autant qu'avant.

2 Vraiment moins qu'avant. \*

3 Plus du tout.

**3-Je suis de bonne humeur.**

0 La plupart du temps.

1 Assez souvent. \*

2 Rarement.

3 Jamais.

**4-J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.**

0 Jamais.

1 Parfois.

2 Très souvent. \*

3 Presque toujours.

**5-Je me m'intéresse plus à mon apparence.**

0 J'y prête autant d'attention que par le passé.

1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.

2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais. \*

3 Plus du tout.

**6-Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.**

0 Autant qu'avant.

1 Un peu moins qu'avant. \*

2 Bien moins qu'avant.

3 Presque jamais.

**7-Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.**

0 Souvent.

1 Parfois. \*

2 Rarement.

3 Très rarement.

**Score total : ...10...../21**

**Conclusion A :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Conclusion :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**B) Dépression**

**1-Je me sens tendu ou énervé**

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent. \*
- 3 La plupart de temps.

**2-J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait arriver.**

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas. \*
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

**3-Je me fais du souci.**

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent. \*
- 3 Très souvent.

**4-Je peux rester tranquille, assis à ne rien faire et me sentir décontracté.**

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement. \*
- 3 Jamais.

**5-J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.**

- 0 Jamais.
- 1 Parfois. \*
- 2 Assez souvent.

3 Très souvent.

**6-J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.**

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait ça. \*

**7-J'éprouve des sensations soudaines de panique.**

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent. \*
- 3 Vraiment très souvent.

**Score total : ...13...../21**

**Conclusion B :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Conclusion :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**3.3. Résultats de Monsieur F**

Code d'identification : .....M. F.....

**A- Anxiété**

**1-Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.**

0 Oui, tout autant.

1 Pas autant. \*

2 Un peu seulement.

3 Presque plus.

**2-Je ris facilement et vois le bon côté des choses.**

0 Autant que par le passé.

1 Plus autant qu'avant.

2 Vraiment moins qu'avant. \*

3 Plus du tout.

**3-Je suis de bonne humeur.**

0 La plupart du temps.

1 Assez souvent. \*

2 Rarement.

3 Jamais.

**4-J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.**

0 Jamais.

1 Parfois.

2 Très souvent.

3 Presque toujours. \*

**5-Je me m'intéresse plus à mon apparence.**

0 J'y prête autant d'attention que par le passé.

1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.

2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais. \*

3 Plus du tout.

**6-Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.**

0 Autant qu'avant.

1 Un peu moins qu'avant. \*

2 Bien moins qu'avant.

3 Presque jamais.

**7-Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.**

0 Souvent. \*

1 Parfois.

2 Rarement.

3 Très rarement.

**Score total : ...10...../21**

**Conclusion A :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Conclusion :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**B) Dépression**

**1-Je me sens tendu ou énervé**

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent. \*
- 3 La plupart de temps.

3 Très souvent.

**2-J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait arriver.**

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave. \*
- 3 Oui, très nettement.

**6-J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.**

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement. \*
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait ça.

**3-Je me fais du souci.**

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement. \*
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

**7-J'éprouve des sensations soudaines de panique.**

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent. \*

**Score total : .....12...../21**

**4-Je peux rester tranquille, assis à ne rien faire et me sentir décontracté.**

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général. \*
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

**Conclusion B :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**5-J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.**

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent. \*

**Conclusion :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....



**CHAPITRE 6 : ANALYSE, INTERPRETATION ET DISCUSSION  
DES RESULTATS**

Le canevas de ce chapitre est le suivant :

- Le rappel des théories explicatives des données de la recherche ;
- L'analyse et l'interprétation des résultats issus des différents entretiens avec les participants ;
- L'analyse et l'interprétation des résultats issus de l'échelle HADs ;
- Résumé des analyses des résultats des entretiens et du HADs ;
- La discussion des résultats.

## **1. Rappel du cadre théorique de la recherche**

Il s'agit ici des théories de la recherche qui ont constitué les fondements de l'analyse des discours des participants et l'échelle du HADs qui leur a été passée ; à savoir : la théorie du désir d'enfant telle que perçue par Bydlowski (1997) ; la théorie de gestion du changement ou encore les 5 phases du deuil telle que présentée par Kübler-Ross (1969) et la théorie du relativisme culturel présentée par Sow (1977)

### **1.1. La théorie du désir d'enfant telle que présentée par Bydlowski (1997)**

Le désir d'enfant, précise Bydlowski, a pris de l'ampleur depuis la diffusion de la contraception chimique en occident ; c'est ainsi que les uns et les autres ont commencé à prendre conscience de la procréation et « *désirer un enfant devient alors une démarche consciente et raisonnable, délibérée, voir programmé* » (2016, P.65). Le désir d'enfant renvoie au désir sexuel dans le souci de prolonger l'espèce. C'est ainsi une pulsion universelle qui entraîne les humains à procréer, peu importe les circonstances.

Ce souhait, explique l'auteur, implique chez chaque individu un plan de vie conforme aux idéaux sociaux et familiaux. Le sujet va souhaiter ressembler à ces propres parents en devenant lui-même parent ; ceci en fondant une famille analogue à celle de ses parents ou non. S'il arrive qu'il n'y ait pas d'embuche et que tout se passe bien, précise l'auteur, le désir d'enfant devient à peine interrogeable, il est vite accompli et saturé par son objet d'élection qui est l'enfant.

***Désir d'enfant et transmission psychique.*** Pour ce qui est de la transmission psychique, Bydlowski (2016) met en exergue la marque signifiante qu'un parent transmet à son enfant ; cette marque signifiante peut être « *tout signe repérable lié à un sens caché, à une signification*



*enfouie dans la mémoire du sujet* » (P. 68). Ce terme (marque signifiante) est depuis quelques temps remplacé par celui de représentation inconsciente emprunté au vocabulaire de la psychanalyse freudienne. La transmission de ces représentations inconscientes chez l'enfant, est de deux ordres. L'auteur distingue la représentation de mots qui sont énonçable dans le champ de la parole et les représentations d'événement qui sont des signifiants corporels. Pour Bydlowski (2016), les représentations littérales peuvent être des noms, prénoms voire date de naissance de l'enfant tant dis que les représentations de scénario viennent manifester le fait que l'inconscient de chaque parent prenne corps avec l'espace psycho corporel de l'enfant ; c'est ainsi que l'enfant à venir pourra à son tour prendre vie somato psychique dans un réseau de représentations qui lui est préexistant.

Bydlowski (2016) voit en l'enfant attendu, le porteur des aléas biographiques et libidinaux de ses ascendants immédiats, qui sont le père et la mère ; *« l'enfant à venir est dans son corps et son psychisme lieu de production du capital représentatif de chacun de ses parents, mais avec cependant une modulation d'agencement imprévisible qui va lui donner son caractère unique et spécifique »* (p. 69).

Pour Bydlowski (2000), les parents qui donnent la vie sont eux-mêmes porteurs de mémoire, porteur de traces signifiantes venues de leur histoire et même de celle de leurs ascendants ; ces traces peu ou non conscientes sont celles des identifications souvent très précoces qui ont contribuées à construire leur Moi adulte. Les parents risquent de les transmettre à leur insu en même temps que le souffle biologique. Elles sont de deux ordres, certaines traces sont littérales, celles des représentations des mots. Proches du conscient, elles sont énonçables par la parole. Ce sont des lettres et des nombres qui composent les noms, prénoms, date de naissance et de conception de l'enfant. Ainsi par un prénom, les parents peuvent célébrer un aïeul aimé ou un être illustre qui prendra l'importance dans les rêveries futures de l'enfant et dans la construction de son identité. La représentation littérale affirme Bydlowski (2016), permet aux parents de donner libre cours à leurs souvenirs, leurs associations d'idées, de mots et de noms voire d'inventer « un mot-nom ». Le prénom ne serait pas un simple signe de la communication bien plus est porteur de sens dans les représentations des parents de l'enfant. D'ailleurs, l'auteur souligne que Freud avait déjà énoncé la signification concrète que portait le nom pour l'homme primitif.

On retient avec Bydlowski (2016) que pendant l'attente d'un enfant, les parents se remémorent les moments de l'histoire de leur enfance comme des scénarios. Ces mémorations,

insiste-t-elle, viennent témoigner des attentes dont l'enfant est l'objet et constitue ainsi des diverses figures du désir d'enfant. Ainsi donc, contrairement à l'axe biologique et juridique, l'axe narcissique ou encore imaginaire se construit au fil du temps, sa force et sa valeur ne sont jamais établies de façon définitive au cours de la vie. L'axe imaginaire de la filiation n'est pas exclusif à la famille dans le sens où c'est l'axe sollicité dans le cas, par exemple, d'un lien affectif spirituel.

Bydlowski (2016) met en exergue la marque signifiante que le parent transmet à son enfant ; cette marque signifiante peut être « *tout signe repérable lié à un sens caché, à une signification enfouie dans la mémoire du sujet* » (P. 68). Ce terme (marque signifiante) est depuis quelques temps remplacé par celui de représentation inconsciente emprunté au vocabulaire de la psychanalyse freudienne. La transmission de ces représentations inconscientes chez l'enfant, est de deux ordres. L'auteur distingue la représentation de mots qui sont énonçables dans le champ de la parole et les représentations d'événement qui sont des signifiants corporels.

Pour Bydlowski (2000), les parents qui donnent la vie sont eux-mêmes porteurs de mémoire, porteur de traces signifiantes venues de leur histoire et même de celle de leurs ascendants ; ces traces peu ou non conscientes sont celles des identifications souvent très précoces qui ont contribué à construire leur Moi adulte. Les parents risquent de les transmettre à leur insu en même temps que le souffle biologique. Elles sont de deux ordres, certaines traces sont littérales, celles des représentations des mots. Proches du conscient, elles sont énonçables par la parole. Ce sont des lettres et des nombres qui composent les noms, prénoms, date de naissance et de conception de l'enfant. Ainsi par un prénom, les parents peuvent célébrer un aïeul aimé ou un être illustre qui prendra l'importance dans les rêveries futures de l'enfant et dans la construction de son identité.

***Désir d'enfant, identification et réalisations œdipiennes.*** Le désir d'enfant, dit Bydlowski (2016) se construit chez les deux sexes au cours du développement psycho affectif. Ainsi, chez la jeune fille dit l'auteur, désirer un enfant commence dès les dix-huit premiers mois de la vie ; « *Cet élan a son fondement dans le mouvement d'identification qui lie la petite fille à sa mère des débuts de la vie, mère-source de vie, fontaine de chaleur et de tendresse, fonction maternelle sans laquelle sans laquelle l'enfant tout petit ne pourrait survivre* » (P.144).

Selon Bydlowski (2016), le parcours du développement psycho affectif qui conduit au désir d'enfant reste le même puisque aussi bien chez la fille que chez le garçon ; l'objet d'amour ne change pas. Cependant la rivalité avec le père culmine à l'adolescence et renforce encore le lien à la mère. Alors, l'homme au développement sain choisira une compagne qui lui rappellera la mère qu'il ne cessera d'aimer.

Alors, le désir d'enfant chez le père renvoie aussi au désir d'identification à son propre père. Il est porteur du nom de son père et aimerait le faire porter par son enfant comme l'a fait ce dernier ; et auquel il donne un sens. Pour la pensée primitive, précise Bydlowski (2016) le nom n'est pas conventionnel, il est toujours porteur de sens. C'est ainsi que beaucoup d'enfants portent le nom soit d'un ascendant significatif pour celui qui le choisit, soit d'un saint, d'un héros choisi intentionnellement ou non. Le nom que porte l'enfant pourra peser dans son capital de naissance. Donner un nom à l'enfant c'est affirmer qu'il préexiste dans le désir des parents.

Au demeurant, le prénom est potentiellement porteur de significations méconnues du désir parental ; c'est alors qu'ils peuvent désigner des représentations privilégiées. Mais quand survient une perte comme celle de l'échec de l'AMP, la souffrance est comparable à celle d'un deuil.

## **1.2. La théorie des cinq phases du deuil telle que présentée par Kübler-Ross (1969)**

Dans sa théorie de la gestion des changements ou encore modèle des cinq phases du deuil, Kübler-Ross (1969) souligne que les gens peuvent vivre des expériences très différentes en ce qui concerne leur réaction à un cheminement émotionnel. Selon elle, ce changement émotionnel peut se produire en cinq étapes qui ne suivent pas nécessairement un ordre linéaire. Tout va donc dépendre de la personnalité de chaque individu. Ces étapes sont les suivantes :

- **La phase du déni.** D'après l'auteur, elle est la phase initiale où se produit le choc lié à l'annonce de la perte. Dans le cas d'espèce, c'est le moment où le patient digère la réalité de sa perte. En même temps il essaie de surmonter la douleur émotionnelle liée à cette annonce. Sa réaction est marquée par le refus de croire à ce qui vient d'être dit, en cherchant à s'accrocher sur à la situation précédent l'annonce qui est beaucoup plus préférable. Il va ainsi prendre du temps pour s'adapter à cette nouvelle réalité. Cette phase qui est courte mais intense, engloutit la raison et les émotions. La phase du déni va ainsi permettre au patient de ralentir le processus de deuil et de réduire le risque de se submerger par les émotions.

Cette phase de la négation, précise Kübler-Ross, est la première réaction d'adaptation du patient, et a pour propriété de donner à celui-ci un temps d'accalmie pendant lequel il mobilise son énergie pour affronter non seulement son infertilité mais aussi l'échec de l'assistance médicale à la procréation. Il va ainsi mobiliser les moyens de défense en émettant des doutes sur l'efficacité thérapeutique ou encore l'efficacité du corps médical. Il va remettre la faute à quelqu'un d'autre, cherchant l'avis d'autres spécialistes. Cette phase de négation chez le patient peut revenir de temps en temps dans le cours de l'évolution.

- **La colère.** Elle est le stade où la personne prend conscience qu'elle ne peut plus persister dans le déni ; c'est donc le moment de manifester de la frustration vis-à-vis de son entourage ; de se demander pourquoi ce n'est qu'à lui que cela se produit. La colère est manifestée contre le destin. On peut noter une rage multi-directionnelle contre le personnel médical, les amis, la famille. Il a besoin d'être écouté. Cette phase est encore plus difficile lorsqu'il n'a pas été sensibilisé sur l'éventualité de la perte. C'est alors que la réaction de son entourage est importante pour la stabilité du patient. Kübler-Ross explique d'ailleurs que la réaction défensive du milieu provoquant la rancœur, l'hostilité et la culpabilité est susceptible d'augmenter la détresse et l'isolement du patient. De même l'auteur signale que cette réaction de colère dissimule bien souvent du chagrin et des peurs non exprimées ; telles que la peur de la souffrance, la peur du rejet, la peur de perdre son identité personnelle, familiale et sociale ; la peur de perdre sa dignité, la peur de l'abandon, de la solitude et même de l'isolement ; la peur de perdre le contrôle de soi et même de sa vie.

- **Le marchandage.** C'est la phase pendant laquelle il est possible que le patient se nourrisse de faux espoir au sujet du changement. Il pense que le changement pourra être évité. Il cherche à offrir quelque chose en échange du maintien de la situation actuelle. Il faut dire que face à la perte, le patient se sent tellement désespéré qu'il est prêt à tout donner pour atténuer sa douleur. Kübler-Ross explique que l'idée de perdre un être cher peut faire en sorte qu'on procède aux négociations avec soi-même afin de trouver une compensation au vide ressenti. Ces négociations sont la plupart de temps dirigées vers Dieu, un pouvoir surnaturel, supérieur de qui on espère tout. Le patient va rechercher une récompense en échange d'un changement de comportement. C'est ainsi qu'il va entamer un dialogue avec Dieu dans le souci de changer sa condition. C'est l'occasion pour lui de faire des demandes, promesse jamais tenue. A ce moment, il vit un sentiment d'impuissance, d'incomplétude qui le pousse à réagir de la sorte, à vivre l'illusion. Il ressent une culpabilité à renoncer et à accepter la perte.

- *La phase de la dépression.* Elle signale la possibilité de l'acceptation ; c'est à ce moment que le patient prend conscience de ses côtés négatifs. C'est la période la plus longue et souvent la plus difficile. D'après Kübler-Ross, elle peut durer des mois et même se prolonger pendant plusieurs années. C'est le moment où l'imagination se calme et où le patient commence à se confronter à la réalité. La panique commence à s'apaiser, de même, le brouillard émotionnel se dissipe. C'est la grande tristesse caractérisée par une insociabilité et une diminution d'énergie. Le patient est immergé totalement dans sa détresse, alimentée par des sentiments de culpabilité et une remise en question permanente. Cette période va paraître interminable d'autant plus que les émotions qui submergent paraissent insurmontables.

Cette phase de dépression comprend deux formes, à savoir la dépression réactionnelle et la dépression préparatoire. La première reconnaît les pertes subies telles que l'identité physique, l'autonomie de fonctionnement, les relations personnelles et professionnelles. Aussi son sentiment d'être une cause de privation chez les membres de sa famille et chez ses amis peut également produire de la culpabilité importante chez ce patient. La seconde, dépression préparatoire, est plus énigmatique puisque le patient se distancie de ses proches pour se concentrer sur lui-même, dans le cas d'espèce, il se concentre sur son couple et sur son problème. Il est coupé de son entourage avec qui il ne trouve aucun intérêt dans le partage, garde son calme et n'est plus sujet aux sautes d'humeur.

- *La phase de l'acceptation.* La dernière, où le patient fait preuve d'une stabilité émotionnelle et adopte une vision rétrospective des choses. Arrivé à cette étape, le patient ne ressent plus la douleur de la perte. Il s'agit de la phase de reconstruction où le patient se résigne et accepte la réalité de la situation. L'auteur dira qu'il remonte progressivement la pente et en même temps essaie de retrouver son énergie ainsi que l'ensemble de ses facultés psychiques ; organise sa vie en fonction de la perte.

Ces cinq phases du deuil d'Elisabeth Kübler-Ross (1969) représentent un guide théorique utile pour comprendre ce que traversent les patients qui font face à une maladie incurable telle que l'infertilité sévère dans le cas de cette recherche ; bien qu'ils ne passent pas tous ou pas de la même manière par ces différentes phases.

### 1.3. La théorie du relativisme culturel telle que présentée par Sow (1977)

Dans sa théorie du relativisme culturel, Sow (1977) met l'accent sur l'interprétation de la maladie selon trois registres en Afrique :

- L'action intentionnelle d'un mauvais esprit-sorcier et l'effet du fétichage ; maraboutage ou empoisonnement ;
- L'action intentionnelle des ancêtres et de Dieu
- La discordance avec les signifiants culturels tels que les symboles, les valeurs, les conduites culturelles et les troubles de la vie communautaire élargie.

Dans cette perspective, explique Sow (1977), le parcours thérapeutique ou le traitement des maladies dans le contexte africain prend en compte ces axes en fonction de celui qui domine dans l'étiologie de la maladie en question.

D'après la théorie du relativisme culturel de Sow (1977/1978), l'interprétation rigoureuse des faits humains exige nécessairement un cadre et une perspective anthropologique. Dans le cadre de sa recherche en Afrique Noire traditionnelle, l'auteur s'est intéressé particulièrement aux modalités d'organisation de la personnalité dans des rapports dynamiques avec l'univers africain c'est-à-dire l'ensemble de la culture. Cette culture à elle seule permet d'éclairer les différentes conduites psychopathologiques.

Ainsi donc, tout praticien étranger à la culture africaine, souligne-t-il est d'emblée frappé par la fréquence, voire la constance d'un symptôme majeur chez tous ses patients, quelle que soit la modalité morbide présentée par ailleurs : il s'agit de l'affect, le sentiment persécutif, ou au plus la dyade persécution- dépression ; car l'agresseur persécute en déprimant l'Être du sujet persécuté.

La compréhension de la maladie se fonde sur les catégories symboliques traditionnelles majeures ; l'homme entant que personne individuelle concrète est situé et amarré dans un univers panstructuré (les pôles culturels fondamentaux) à savoir le microcosmos, le mésocosmos et le macrocosmos. Ainsi donc la cause et l'effet de la maladie sont lié à deux ordres : d'abord, ce qui affecte la dimension verticale de l'Être c'est-à-dire ce qui affecte la relation à l'Ancêtre et à Dieu, rompant ainsi l'identité profonde du sujet, cela pourrait se manifester par un remaniement psychotique pouvant aboutir au final à l'édification d'une

personnalité nouvelle; Ensuite ce qui affecte la dimension horizontale de l'expérience existentielle, provoquant ainsi le malheur, il peut y avoir par exemple un échec de type névrotique ou une dévitalisation progressive des principes fondamentaux de la personne.

La triade persécutrice en Afrique est constituée par l'agressé (la victime), la communauté culturelle (protectrice) et le tiers (agresseur). Alors, l'auteur du relativisme culturel, indique une liaison établie en milieu traditionnel entre le mal faire qui est la liaison agression-violence persécutrice) et le mal être qui est la maladie en général. Du moment où tous les actants du mal, mal d'Être et du mal d'existence sont localisés dans le mésocosmos, la maladie sera donc comprise comme étant « un conflit exprimant les péripéties et les contradictions vécues, par la personne concrète, dans ses relations avec le mésocosmos. » Dans la théorie de Sow le mésocosmos est plus prisé dans la mesure où il est le lieu privilégié où se déroulent les choses et la solution traditionnelle pour localiser les troubles de la personnalité. Il faut donc dire c'est sur le mésocosmos que les psychologues, psychopathologues et psychiatres ayant une conception dynamique de la personnalité fondent leur pratique.

La maladie se fonde sur les catégories traditionnelles majeures. Ainsi, l'africain, en tant que personne individuelle est situé dans un univers panstructuré constitué du microcosmos, mésocosmos et du macrocosmos. Dans ce contexte, la maladie trouve son origine dans ce qui affecte la relation de l'Ancêtre avec Dieu ou bien ce qui affecte la dimension horizontale de l'expérience existentielle et provoque le malheur ; tel que l'existence d'échec de type névrotique ou dévitalisation progressive des principes fondamentaux de la personne. Dans la pensée traditionnelle, le mal d'Être et le mal d'existence sont localisés dans le mésocosmos d'où ils opèrent.

La maladie est dans ce cas perçue comme étant un conflit exprimant les péripéties et les contradictions vécues, par la personne concrète, dans ses relations avec le mésocosmos. Il faut dire que la conception africaine de la relation est une conception totalisante et dynamique, et c'est la raison pour laquelle le drame ne saurait être un simple débat intérieur, isolé et restreint. C'est dans le mésocosmos que sont mises en relief les expériences malheureuses vécues par l'individualité

Sow fait une analyse des conceptions traditionnelles africaines de la maladie en général et particulièrement de la maladie mentale : « c'est à partir des réalités concrètes, articulées à l'aide des symboles fondamentaux de l'anthropologie africaine, qu'il convient d'élaborer des

modèles et de reconstituer les principes » (1977, p. 254). En parlant des modalités d'organisation de la personnalité en Afrique Noire traditionnelle avec l'univers africain (l'ensemble des cultures africaines) qui seul permet de comprendre les conduites psychopathologiques, l'auteur conclut en précisant que l'individualité en Afrique est une totalité constituée de trois pôles culturels fondamentaux à savoir l'Ancêtre, la famille et la communauté.

Ces trois pôles définissent les éléments de la culture traditionnelle qui constituent l'individualité dans ce contexte ; ceci dans la mesure où le principe le plus interne avec cette individualité est en relation avec l'ancêtre ; le principe vital étant étroitement lié à la famille et le principe de la vie végétative proche de la vie communautaire élargie. Au-delà de ces différents pôles auxquels est soumis l'individu africain, il peut y avoir d'autres relations indirectes existant entre les éléments, entre les pôles et entre pôle-élément. C'est tout cela qui constitue d'après Sow (1977) « l'ensemble des réseaux de relations actuelles de l'individualité et permet de saisir la continuité de structure existant entre conflit relationnel d'une part et troubles de la personnalité d'autre part » (p. 254).

Il faut donc signaler avec l'auteur que la structure persécutrice de l'individualité se fonde à partir du moment où il y a rupture de l'un et/ou de l'autre des axes constituants les pôles relationnels fondamentaux de cette individualité ou encore s'il y a atteinte de l'un et/ou de l'autre des éléments constitutifs de l'intimité de l'individualité. C'est donc cette rupture ou cette atteinte qui indiquera le type de maladie. Ainsi donc, pour poser un diagnostic sur la maladie en milieu africain traditionnel, il faut prendre en compte la structure relationnelle dynamique, donc, chercher à mettre en évidence et à préciser la nature, le niveau et le sens du conflit entre « le dehors » compris comme le pôle relationnel, « le dedans », entendu comme principe interne, vital, vie végétative et corps.

La maladie, selon Sow (1977) serait « nécessairement persécution, et plus précisément encore, agression par le doublet antithétique des constituants du Moi (individualité) correspondant à chacun des pôles relationnels culturels fondamentaux » (p. 256). La relation et le conflit de relation avec le pôle de la tradition ancestrale est matérialisée par les génies ; celle avec le lignage et la famille matérialisée par le sorcier, tandis que la relation et ses conflits avec les autres membres de la communauté est matérialisée par le fétichage-maraboutage. Alors la diversité des troubles mentaux dépendrait des configurations relationnelles conflictuelles possibles.



La notion de maladie chez Sow est ainsi dominée par celle de conflit relationnelle. Sur le plan notionnel, précise l'auteur, le maladie est le désordre par opposition à l'ordre culturel, une violence subie par un Ego qui est une totalité ordonnée qui se situe sur l'axe vertical c'est-à-dire dans sa dimension phylogénétique par rapport à l'Être ancestral ; sur l'axe horizontal c'est-à-dire dans sa dimension socioculturelle par rapport au système d'alliances et à la communauté élargie ; et enfin sur l'axe ontogénétique c'est-à-dire dans sa dimension de l'Existant par rapport à son individualité qui est étroitement lié à son lignage et à sa famille restreinte.

Avec Sow (1977) « on comprend dès lors que toutes les pratiques thérapeutiques traditionnelles constituent, en leurs moments essentiels, à revivre selon un ordre séquentiel strict, puis à neutraliser collectivement, selon toute une symbolique, les temps forts de cette violence des origines. Cette violence originelle fondatrice sera vécue par Ego aux différents niveaux de son psychisme total, afin de se construire une personnalité renouvelée. Ainsi donc, il s'agira de réarticuler Ego, en ses dimensions essentielles » (p. 32).

L'africain pense toujours n'est pas être ce qu'il devrait être, ceci en fonction des dimensions qui le constituent, à savoir pour l'Ancêtre, pour les autres et pour soi. C'est ainsi que la calomnie qui est la pire des choses devrait être réparée publiquement. On y assiste à une morale de culpabilité latente, diffuse, permanente et inconsciente qui est constitutive toute psychologie, de toute praxis fondée sur une anthropologie individualiste du sujet.

Le thème qui définit l'intériorité du sujet africain lui-même est la culpabilité inconsciente qui est permanente chez ce dernier et se manifeste selon les modalités de l'agressivité et de la violence dans sa relation à l'autre et à soi-même. Ainsi donc, en intériorisant le conflit, il vit une solitude radicale engendrée par un sentiment de culpabilité. Sow explique qu'en Afrique Noire traditionnelle, la valeur est constitutive de l'Être. Le bien se définit par sa concordance avec l'Être et l'existant expérimente un drame où la force de vie est ce qu'il faut, à tout prix, protéger, accroître, transmettre. La lutte permanente de l'homme traditionnel en vue de préserver la vitalité dans l'existant, contre toutes les forces qui mettent en péril la cohérence de sa structure, incite à la prudence sociale.

La fécondité en Afrique est classée au premier rang des préoccupations individuelles. D'ailleurs cette assertion de Sow (1997), l'explique clairement.

selon les africains, on n'est pas vraiment mort lorsqu'on a laissé une descendance ; d'où la préoccupation, constance de tous, d'avoir des enfants et d'accroître, ce faisant son potentiel ; dans les sociétés de structure matrilineaire, les oncles encouragent leurs neveux et nièces à procréer : il ne saurait , ici y voir comme ailleurs de culpabilité individuelle lancinante liée à la sexualité, même et surtout lorsqu'elle est accompagnée de procréation : on y observe une toute autre morale de la vie sexuelle individuelle qui n'a rien avoir avec le péché dit de "chair" (p. 198).

D'après Sow (1977), en Afrique traditionnelle, toute interprétation pour être retenue comme telle, doit être validée par le consensus collectif. Aussi il faut signaler que la rupture d'un interdit majeur sur le plan social et culturel peut être tenue pour une violence contre l'Ancêtre ; et le motif notoire d'éclosion peut être un champ familial, social, lignager perturbé. La honte à ce niveau est ce sentiment intérieur qu'éprouve in individu qui évolue en marge de la dynamique intracommunautaire. La honte est une source de déshonneur en Afrique.

## **2. Analyse et interprétation des résultats issus des entretiens**

L'analyse et l'interprétation de ces résultats se fera selon l'ordre des éléments de la grille d'analyse décrite au chapitre précédent portant sur la méthodologie. Ceci voudrait dire que nous respecterons l'ordre des thèmes de référence à savoir : l'aspect culturel de la souffrance du conjoint camerounais infertile et son parcours d'AMP ainsi que leurs modalités. Elles sont les suivantes : les données en rapport en rapport avec les contraintes culturelles ; les données en rapport avec le secret de l'AMP/IAD ; les données en rapport avec la honte du regard social ; les données en rapport avec les pratiques mystico-religieuses.

Il convient tout de même de signaler que la souffrance conjugale des participants de cette recherche (conjoint camerounais infertiles), que ce soit chez monsieur A, monsieur C ou monsieur F est mise en relief à travers les échecs des thérapies antérieurs, la peur de l'éventuel divorce, la pression de la famille à donner un enfant, le stress lié à tout cela, les sentiments de culpabilité, les états anxieux, les sensations de peur et de panique quand ils arrivent à l'hôpital ; et même le secret dans leur démarche.

## 2.1. Cas de Monsieur A

### 2.1.1. Aspects culturels de la souffrance de Monsieur A

La souffrance de monsieur A, appréhendée culturellement met en exergue les données en rapport avec les contraintes liées à sa culture d'appartenance, le secret qu'il garde sur la pratique des nouvelles technologies de procréation, la honte du regard social vis-à-vis de son infertilité ; l'angoisse d'une éventuelle persécution mystique ou la sorcellerie à laquelle il ferait face.

#### *Les données en rapport avec les contraintes culturelles*

Ces données vont mettre en exergue les éléments tels que : la pression familiale et celle de proches de Monsieur A à perpétuer la lignée ; le respect des valeurs ancestrales, la sauvegarde du patrimoine spirituel et social ; la pratique des rites et rituels traditionnels

*La pression familiale et des proches à perpétuer la lignée.* Dans les premiers moments de l'entretien, Monsieur A., a tendance à mettre en évidence seulement les difficultés de santé que présente sa femme, en omettant peut-être volontairement de parler de ses propres problèmes de santé « *ma femme a un problème, elle n'a pas des trompes, toutes les deux trompes là sont coupées [...] ; et la famille nous dérange tout le temps pour les problème d'accouchement* ». Cette attitude pourrait se justifier d'une part par le fonctionnement psychique groupal provenant de sa culture d'appartenance, ici la culture africaine typique où, l'infertilité du couple proviendrait toujours de la femme. Cette posture culturelle dans laquelle l'homme est idéalisé dans le sens de la reproduction, où on est homme par ce qu'on peut faire des enfants, justifierait pourquoi Monsieur A. n'expose pas ses propres problèmes de conception à sa femme car depuis 9 ans de vie commune sa femme ne sait pas qu'il souffre d'oligoasthénospermie. Bien plus, il avoue qu'au cas où il solliciterait une insémination avec le sperme d'un donneur, ce serait à l'insu de son épouse d'ailleurs dit-il : « *Et même s'il m'arrive de prendre cette décision, je ne ferai jamais que ma femme sache. Sinon, elle va me faire le chantage, je n'aurai plus de valeur dans ma belle-famille, qui sait ce qu'elle me dira à moi et même à cet enfant un jour. Je serai quel genre de père ?* » Puisque, d'après Sow (1978), on ne saurait concevoir en Afrique l'union des deux sexes sans prolongement. On voit nettement ici qu'il fonctionne selon les règles typiques des coutumes africaines (microcosmos) où les faiblesses de l'homme ne doivent jamais être dévoilées même aux personnes les plus proches :

« Elle pourra même dire à ma propre famille si elle est au courant que j'ai acheté le sperme pour avoir un enfant. » Monsieur A connaît la valeur d'un enfant pour la communauté ; et d'ailleurs Sow (1978 : 118) précise que l'enfant qui naît est une assurance pour l'avenir, la permanence du groupe ; le symbole vivant des liens et de la continuité qui existe entre les hommes, les esprits l'Ancêtre et Dieu ; d'où l'importance de la naissance et des conditions dans lesquelles elle se déroule ; alors il ne suffit pas de naître, mais il faut « bien naître ».

Par rapport à la relation avec les proches, on va dire que ce besoin d'enfant insatisfait semble les rapprocher physiquement mais en les éloignant des autres (amis et famille) « *est ce qu'on a même encore des amis ? L'affaire ci fait qu'on préfère rester chez nous* ». « *On n'a pas les amis qui n'ont pas les enfants comme nous* », ce couple préfère se recroqueviller sur eux, essayer de trouver des solutions à leurs problèmes, d'autant plus qu'ils pas de semblables dans leur environnement, « *tous ceux qui nous entourent ont des enfants et nous regardent bizarrement* » Le couple semble vivre dans une ambivalence entre la réalité physique et la réalité émotionnelle, entre le masque et la réalité « *on a onze enfants à la maison* ». Du point de vue de la théorie du conflit dans les réseaux de relation, il est connu que la maladie n'est jamais d'une seule personne mais de toute la famille ; de même, un enfant n'est pas seulement celui de ses parents, mais celui de sa société ; ce qui justifierait la possibilité pour Monsieur A. d'avoir autant d'enfants chez lui. Le fait d'héberger et d'élever onze enfants simultanément justifierait la profondeur du manque. Dans de telle situation, il est évident que le passant pourra s'en douter du fait qu'une bonne partie de ces enfants soit des enfants biologiques du couple, sinon tous ; ce qui réduirait les interrogations qu'il peut se faire s'il arrivait dans une maison sans voir d'enfants. La présence de ces enfants apparaît comme un mécanisme de dégageant pour le couple, peut-être provisoire mais qui permet de se maintenir dans le temps, puisque leur présence permet de gérer cette angoisse d'absence d'enfant devant l'étranger. En gros Monsieur A vivrait dans un mensonge d'avec lui-même, sa femme et le visiteur.

***Le respect des valeurs ancestrales, la sauvegarde du patrimoine spirituel et social.***

Dans la culture africaine, les valeurs ancestrales sont des vertus considérées par la tradition comme priorité. La place de l'enfant fait partie de l'une de ces valeurs, car il faut sauvegarder le patrimoine ancestral. Le rôle de l'enfant en africaine n'est pas seulement de prolonger les vieux jours de son géniteur mais aussi de garantir la continuité des savoirs ancestraux. D'ailleurs le mariage n'a de valeur que ponctué d'une naissance. Monsieur A ressentant cette défaite, essaie de masquer sa douleur en remettant la faute sur sa conjointe : « *on cherchait, on*

*cherchait, rien [...] c'est là qu'on a dit qu'il y a le problème [...] on doit avoir l'enfant comme tout le monde !! » ; malgré les accusations adressées à son épouse, il reconnaît néanmoins quelle valeur est accordée à l'enfant « eh docteur, l'enfant c'est le futur non ? C'est notre [...] Changement non ? de notre vie mais normalement les enfants ce n'est pas seulement pour [...], c'est le cadeau de Dieu non ? qu'il donne à tout le monde ». « Il faut avoir un enfant pour lui-même non ? C'est bien d'avoir son propre enfant. » ; « il faut aimer d'abord ton enfant, c'est la chose qui dérange dans notre société » ; le vécu de l'absence d'enfant est d'ailleurs très douloureuse car attire la stigmatisation « chacun veut avoir sa part d'enfant sinon on va toujours se moquer de toi. » ;*

**La pratique des rites et rituels traditionnels.** Vu l'itinéraire thérapeutique décrit par Monsieur A. qui oscille entre les thérapies religieuses, traditionnelles et biomédicales, il est évident qu'il est partant pour une médecine intégrative. « *On est allé à l'église* », « *mais on prenait quand même des remèdes traditionnels par infusion* », « *On avait d'abord fait l'autre en 2015. Ça n'a pas donné, on cherchait encore l'argent pour faire l'autre* ». Cependant, la thérapie perçue comme la plus efficace reste ici la thérapie religieuse avec sa possibilité d'intervention divine « *C'est Dieu qui donne ça* ». Ceci renvoie à ce que Sow (1977/1978) appelle Macrocosmos (Dieu et les ancêtres) dans sa théorie : l'enfant provient de l'au-delà et certaines conduites doivent être respectées pour préparer et assurer sa venue. D'ailleurs dans certaines cultures africaines, par exemple chez les Grassfield, il est interdit de jeter de l'eau chaude dans la cour la nuit au risque de brûler « les enfants » qui rôdent autour de la maison (sous forme d'esprit), et n'attendent la bonne occasion pour entrer dans la famille.

Monsieur A. semble plutôt adhérer aux us et coutumes de sa culture d'appartenance dans la mesure où l'efficacité des techniques thérapeutiques traditionnelles tient au consensus collectif (Sow, 1978) « *Mais on prenait quand même les remèdes traditionnels par infusion* » ; malgré le penchant plus poussé de sa femme au christianisme « *ma femme nous a fait partir dans une église au Nigéria où le pasteur a fait beaucoup de libérations mais ça n'a rien donné* ». Ici les difficultés de Monsieur A. sont si bien cachées que ni sa femme, ni sa mère, ni sa belle-mère qui sont les personnes les plus proches ne sont au courant. Pour ces personnes, c'est la femme et elle seule qui est responsable de cette situation. Dans cette culture, l'enfant occupe une place de choix « *l'enfant c'est le futur non ? sans enfant tu as quoi ?* », « *si on t'a accouché tu dois aussi accoucher l'autre* ». Du point de vue culturel, l'enfant représente ici l'avenir, l'atteinte des objectifs, bref la réussite.

C'est la raison pour laquelle Monsieur A. est capable de dépenser toutes ses économies pour espérer avoir un enfant car l'enfant est une richesse supérieure à la richesse financière. Le recours aux fosterages appelés « adoption » en contexte africain, auxquels se soumet le couple de Monsieur A. n'est pas la chose la plus aisée. Cela pose généralement plusieurs problèmes entre celui qui prend l'enfant et celui qui donne l'enfant. Cependant Monsieur A. préfère ces problèmes au lieu de rester sans enfants dans son foyer « *Bon on prend ailleurs, dans notre famille, c'est nous qui donnons la nourriture, c'est nous qui donnons tout. Mais quand il y a le problème, c'est nous qu'on insulte qu'on n'a pas bien regardé leurs enfants, et ça fait très mal d'entendre ça* ». En ce qui concerne les rapports avec les amis, la réalité de l'absence de l'enfant prime sur le protocole mis en place pour affronter cette situation, cela se justifie par le mécanisme d'évitement mis en place par Monsieur A. et sa femme en ce qui concerne leur relation avec les amis « *Qu'est-ce qu'on peut bien parler avec les amis quand on a les problèmes comme ça* »

#### ***Les données en rapport avec le secret de l'AMP/IAD***

***Le poids du secret.*** L'élément le plus saillant reste le secret que cache Monsieur A. sur son état de santé « *on cherche parce que quand il y a eu un grand problème comme celui-ci, on va seulement continuer seul, sans dire aux gens jusqu'à trouver la solution* ». Ceci se justifierait par l'aspect complètement tabou de l'infertilité masculine en contexte africain. Cela est d'autant plus tabou que l'accepter devant l'autre serait synonyme d'accepter perdre son statut d'homme devant cette personne. Il faut dire que c'est une fois à l'hôpital que le couple découvre leur problème de procréation après avoir attendu l'arrivée d'une éventuelle grossesse sans succès « *on cherchait, on cherchait, rien après on est parti à l'hôpital, c'est là qu'on a dit qu'il y a le problème* ». La difficulté à concevoir envahit le champ de leur conscience, « *on n'arrive pas à faire autre chose* », et crée en eux une sorte d'évitement vis-à-vis de tout le monde « *Qu'est-ce qu'on peut bien parler avec les amis quand on a les problèmes comme ça* ». Le couple garde leur mal d'enfant à l'insu de tous « *comme on est onze à la maison, on n'a pas dit aux gens, on a gardé le secret* » ; et même le parcours thérapeutique reste secret « *nous sommes là comme ça là, personne ne sait, par ce que les choses comme ça, on ne dit pas à quelqu'un* ».

#### ***L'échec de loyauté vis-à-vis de sa conjointe, sa famille et la communauté.***

Bydlowski (2000), souligne que la loyauté aux parents se détermine à partir du don de la vie ; vie qui d'une manière, n'appartient pas à celui qui l'a reçue ; vie qu'il doit redonner par

l'intermédiaire du nom aux générations futures « *Tu n'as pas d'enfant tu vis comment ? les gens te regardent mal. Il est ici question de l'échec de loyauté envers sa communauté. Il n'y a personne pour t'aimer vraiment* » puisque même la conjointe n'est pas comblée ; « *Quand ton âge passe déjà tes parents commencent à te demander ce que tu attends pour faire l'enfant... Mon père me demande si je vais rester comme les blancs* » ; M. A. ressent une sorte de dette vis-à-vis de son papa qui ne cesse de lui réclamer une descendance ; « *Il a dit que on va voir ce que on va faire, je réfléchis moi aussi pour voir comment les examens là, ça va se passer.* » ; Bydlowski (2016), affirme qu'au moment où s'édifie l'enfant biologique (le fœtus) se tisse pour lui un tissu de représentation unique et non reproductible. [...], il fera toujours surprise, irréductible à une répétition de plus du destin de ses ascendants. Donner la vie se joue ainsi sur un double registre : produit de la répétition de l'inconscient de ses parents, l'enfant est porteur d'avance des avatars de leur désir » « *je sors d'une famille polygamique, c'est moi seul qui n'ai pas encore les enfants et personne, on ne sait pas pourquoi. Tous ceux qui sont déjà grands ont des enfants.* » ; « *je vous ai dit que je n'ai pas d'amis. Tous les gens qu'on avait avant ont déjà fait les enfants* ». M. A. est en échec de loyauté envers sa famille toute entière.

**La représentation de l'AMP/IAD.** La venue de l'AMP apparaît comme l'espoir ultime pour le couple de Monsieur A. La première grossesse via l'AMP vient potentialiser cet espoir et le transforme en joie. Cette joie vient transformer l'illusion du désir d'enfant en réalité. On part ici de ce sentiment d'espoir induit par la prise de connaissance de l'AMP à un sentiment justifié et réel d'un vécu parental « mon enfant » (expression qui revient régulièrement) en référence avec la période de grossesse de trois mois de survie de l'embryon. Il part là de ce qu'on peut appeler parentalité éclipse (vivre un enfant qui n'existe pas encore) à une réalité parentale : l'enfant existe déjà même s'il est encore dans le ventre « *on nous a dit que c'est bon, on est parti le deuxième mois on a encore dit que tout s'est bon, on était très content que cela s'est bien passé* ». Ce sentiment d'être parent va s'effondrer brusquement trois mois après par la survenue de l'interruption involontaire de grossesse (IIG). Ce qui va induire chez Monsieur A. et son couple un sentiment de tristesse très pénible, très douloureux « *C'est le moment de souffrance, même si tu pouvais être content comment, c'est mal on s'est senti très mal. Très très mal, quand c'est comme ça, ça ajoute la souffrance. Tu regardes madame comme ça, tu ne sais* ».

Monsieur A. prend connaissance de l'AMP lors des multiples recherches de solution à son problème. Il entend parler de l'AMP pour la première fois par le biais de son épouse, « *la méthode in vitro m'a été racontée par mon épouse, quelqu'un lui a fait savoir qu'il a fait ça et*

*que ça a réussi, et j'étais très intéressé par ça, j'ai également pris cette décision par ce que je sais que le Tout-Puissant pourvoira à mes besoins* ». Cependant, même s'il se soumet entièrement à cette méthode, il a conscience des difficultés et des limites y afférentes. « *Il y a beaucoup de gens qui sont déjà quitté de là, tu ne sais pas quelle destination, par ce que la dernière fois, les gens qui étaient avec nous, nous ont parlé qu'il y a les gens qui font ça deux fois, trois fois, jusqu'à cinq fois même, c'est la chance que la première fois ça sorte bien, c'est pour cela on nous a motivé de venir, depuis les gens disent que c'est la chance que quand tu fais ça, ça sorte bien. Ça dépend* ». Cette méthode soulève aussi un problème en rapport avec les représentations sociales car pour lui, un humain ne devrait pas avoir recours à une telle méthode pour procréer « *c'est notre malchance non ?... Normalement, on ne doit pas faire ça [AMP] pour avoir l'enfant... c'est Dieu non ?* ».

On voit bien dans ce discours le schéma de la dynamique psychiatrique africaine tel que décrit par Sow avec la Toute Puissance positive détenue par le macrocosme (ici, Dieu), et une défaillance des comportements observés dans le microcosme justifié par le fait que normalement on ne devrait pas faire recours à une méthode pareille pour avoir des enfants. Encore moins emprunter le sperme d'autrui. Cette représentation de l'AMP peut soulever un autre problème, celui de l'identité d'un enfant issu par le biais de cette méthode. On comprend aisément pourquoi est –ce que le couple se soumet à l'AMP plutôt en cachette. Si cela vient à se savoir, et si cette PMA réussit par la suite, d'aucun n'hésiteraient à se questionner sur l'identité, les origines, voir l'humanité de leur enfant. L'AMP reste une pratique étrange pour la petite partie de la population qui connaît son existence « *les gens font seulement les coutumes quand c'est un peu compliqué d'avoir les enfants* ». La médecine alternative reste toujours le choix populaire dans sa culture « *quand tu pars à l'hôpital, ça ne marche pas, tu essaies aussi chez les marabouts, avant je prenais les remèdes là mais comme ça ne donnait pas toujours on est venu ici, et on prie beaucoup* ». Ce recours se justifierait presque essentiellement par le fait qu'au-delà de toute explication rationnelle, il y a toujours une petite idée « derrière la tête » de Monsieur A. qui lui souffle l'existence d'une composante surnaturelle dans sa situation. Bien que faisant foi à la médecine moderne, il se remet en la toute-puissance de la providence surtout lorsqu'on lui suggère l'IAD : « *le médecin nous a dit que c'est quand il n'y a même pas un sperme vivant qu'on peut faire l'autre là. Mais pour mon cas, comme il a dit que c'est là, mais ce n'est pas beaucoup. Il va encore faire les examens pour faire que ça marche bien. C'est ce que je souhaite ; je pense que Dieu va mettre sa main dessus et ça va marcher* ». Monsieur A le dit avec une ferme assurance.



*Les données en rapport avec la honte du regard social*

**Le sentiment de culpabilité.** On peut tout de même noter un malaise et un sentiment de culpabilité chez M.A. face à la souffrance de son épouse « *Par ce que quand ma femme a perdu beaucoup de sang là, j'étais trop mal, j'étais très choqué* », une douleur partagée mais pourtant dissimulée aux yeux de tous « *On n'était là comme ça, on ne pouvait pas dire à quelqu'un. J'étais dépassé* », « *je demandais ce que j'ai fait à Dieu pour que ce soit comme ça* ». En contexte africain, la rupture d'une grossesse, généralement appelée « *fausse-couche* » a toujours été vécue douloureusement car cette perte n'est pas différente de celle d'un grand enfant ; d'ailleurs dit on : un enfant c'est un enfant, peu importe l'âge « *qu'est-ce que j'ai fait pour que cela m'arrive ?* » ; « *c'était une grande douleur, une grande souffrance de voir comment on perd l'enfant à 3 mois, c'était insupportable. Je ne savais plus comment pleurer* ». En fait M. A. doit pleurer, puisqu'il doit laisser une descendance pour pérenniser non seulement la lignée mais les valeurs culturelles ancestrales. Il est descendant d'une lignée son infertilité renvoie à un échec de loyauté vis-à-vis de ses ascendants.

**Le sentiment d'incomplétude et la peur d'un éventuel divorce.** Le sentiment de perte d'estime de soi, d'insatisfaction ou encore de manque éprouvé, accentué de peine, est tout de même remarquable chez MA. Il est envahi par ce vide qui plane en lui, l'empêchant de faire autre chose « *Je n'arrive pas à faire autre chose, on cherche parce que quand il y a eu un grand problème comme celui-ci ...C'est le moment de souffrance* ». Ceci correspond à la phase de dépression de Kubler- Ross (1969) et qui est alimentée par la grande tristesse caractérisée par une insociabilité et une diminution d'énergie. Le participant insiste en disant « *même si tu pouvais être content comment, c'est mal, on s'est senti très mal. Très très mal, quand c'est comme ça, ça ajoute la souffrance.* » Justement la souffrance est présente lorsque le patient a perdu son principe vital ; il se sent dévalorisé ; il a ce sentiment de n'être bon à rien ; il se sent meurtri et ne voudrait pas que son épouse découvre toute la vérité, au risque de l'abandonner. Il s'agit ici de la peur d'un éventuel divorce car dit-il : « *Le médecin aussi dit que j'ai les problèmes, je ne pouvais pas dire devant elle* » ; « *je ne peux pas leur dire que moi aussi j'ai les problèmes et que je souffre beaucoup, comme ça là* » ; pour Bydlowski (2008), l'enfant sera toujours celui qui manque à l'appel pour venir combler tous les chagrins et toutes les blessures de la vie. L'attitude de M. A. se justifierait aussi par la crainte de perdre son foyer, de perdre sa partenaire ou que celle-ci porte une grossesse qui ne vient pas de lui. D'ailleurs c'est ce que rencontre beaucoup d'homme en situation d'infertilité dans le contexte africain. L'espoir de

monsieur A. reposerait plus sur une intervention divine qui pourrait s'accomplir par la réussite de l'AMP « *c'est le cadeau de Dieu non ? ...C'est Dieu qui donne ça, j'attends qu'il réagisse, il peut faire que ça se passe bien* ». Ceci justifierait en partie ses motivations à refaire l'AMP malgré le premier échec.

***Les données en rapport avec la pratique mystico-religieuse***

***La relation à la sorcellerie.*** Sow (1977) laisse comprendre que la relation et le conflit de relation avec le pôle de la tradition ancestrale est matérialisée par les génies ; celle avec le lignage et la famille matérialisée par le sorcier, tandis que la relation et ses conflits avec les autres membres de la communauté est matérialisée par le fétichage-maraboutage. Alors la diversité des troubles mentaux dépendrait des configurations relationnelles conflictuelles possibles. « *je ne comprends rien ; ou c'est la malchance ou ce sont les mauvais gens qui ont fait ça je ne sais pas* » ; il n'est pas exclu que ce soit ces mauvais gens dans la mesure où Sow précise que dans la nosologie traditionnelle africaine, l'impuissance sexuelle masculine et l'échec social répétitif sans motif décelable apparent, sont conçus comme l'effet inhibiteur et neutralisant d'ennemis (sorciers) qui se trouvent parmi les pairs.

***Les croyances aux esprits maléfiques.*** Dans la culture Bakweri qui est la culture d'appartenance de Monsieur A., toute situation triste serait la conséquence d'un phénomène surnaturel « *C'est la malchance qui fait qu'on ne conçoit pas, personne ne sait pas comment cela a commencé, ça arrive comme c'est un accident.* », M. A. semble ignorer la cause de son mal. Bien que le médecin ait tenté tant bien que mal de lui expliquer la situation accidentelle de son infertilité tel que ça puisse paraître ; « *Quand on est venu pour voir le docteur, il nous a expliqué ça, c'est quelque chose, bon comme on a donné mon sperme non ? C'était un peu faible, il a dit que ce n'est pas très bon* » ; il aimerait savoir la cause réelle de son problème. A ce propos, Sow (1977) dira que le patient africain aime qu'on lui dise non pas la cause efficiente actuelle, mais surtout la singularité significative de son cas, « *je ne sais pas ce qui a fait que ça soit faible, je ne comprends rien ; ou c'est la malchance* ». M. A. porte ses soupçons sur les esprits maléfiques « *... ou ce sont les mauvais gens qui ont fait ça je ne sais pas* » ; « *ma femme a un problème, elle n'a pas les trompes, tous les deux-là sont coupées. J'ai quelques problèmes de spermes* »

### 2.1.2. Le parcours thérapeutique d'AMP de Monsieur A

**Echec dans le parcours.** Monsieur A, malgré toutes les décoctions prises dans le souci de réparer son mal d'enfant, n'a toujours pas eu gain de cause. Après avoir fait l'échec de la première tentative mais « *C'est la deuxième fois ... on avait d'abord fait l'autre en 2015 ; Ça n'a pas donné.* », il aurait souhaité immédiatement engagé la seconde si les moyens financiers lui permettaient « *on cherchait encore l'argent pour faire l'autre.* » M A n'est pas à sa première thérapie car ayant déjà été au Nigéria mais est rentré sans succès « *on a beaucoup essayé [...] On est allé à l'église, on est allée à l'église et le pasteur a fait beaucoup de libération ; on est aussi allé au Nigéria, on était là-bas, il a fait beaucoup de choses avec la prière mais on n'a pas trouvé la solution* ». Après cette déception rencontrée au Nigéria, le couple A. embrasse la thérapie biomédicale qui semble pour un début leur donner satisfaction mais quelque temps après échoue « *On est venu ici, on a fait l'infiltration, on est parti chez nous, mais le premier mois ça s'est bien passé on est parti dans notre clinique là-bas pour faire l'échographie, [...] Le troisième mois [...] par ce que quand elle est partie pour faire la visite comme ça, le docteur a dit que [...], il ne voit plus le bébé, [...] il voit seulement le sang, une boule de sang* ». M.A. s'en tient à trouver une solution à son problème « *on peut aussi essayer ailleurs voir...* »

**Doute sur la qualité de l'enfant à naître.** Bien que M.A. s'obstine à trouver une solution à sa difficulté de procréer, il demeure réticent à la proposition du médecin, qui est de faire recours à un donneur ; « *L'autre que le docteur dit qu'on peut prendre le sperme de quelqu'un là est compliqué* » ; « *l'autre là je vais encore réfléchir, c'est même quelle malédiction sur moi comme ça* ». D'après lui c'est une situation qui semble compliquée.

**Doute sur l'efficacité thérapeutique.** La difficulté rencontrée par M.A dans ses périples réside au niveau du doute de l'efficacité thérapeutique « *eeh, ah, on est là aussi, ce qu'on nous demande de faire, on fait aussi, on prie Dieu que pour nous réussit aussi, mais c'est le souffrance, on prend les remèdes, on vient, on part, tout ça c'est l'argent non ? on veut seulement que ils doit faire ce soit bon seulement, pour qu'on vit aussi bien comme les autres, si ça marche tant mieux* » ; il se contente de respecter les consigne des médecins sans pourtant avoir l'assurance dans le succès de la procédure « *son amie qui lui expliquait que les gens font ça, et que quand on a la chance ça marche* » ; « *mais si pour moi marche, un jour je peux aussi dire à quelqu'un, que va faire aussi pour voir.* M.A attend patiemment avoir gain de cause avant de faire l'éloge de cette pratique.

## 2.2. Cas de Monsieur C

### 2.2.1. Aspects culturels de la souffrance chez monsieur C

#### *Les données en rapport avec les contraintes culturelles de Monsieur C*

*La pression familiale et des proches à perpétuer la lignée.* Parmi les conflits auxquels fait face le couple de Monsieur C., l'un des plus importants est celui de la pression familiale, il s'agit là d'un conflit interpersonnel. Les pressions proviennent simultanément des deux familles qui sont dans l'impatience de voir leur enfant donner à leur tour les leurs. « *On a certes la pression de la famille ; bon ! [...], la famille aimerait qu'on ait d'enfant* ». Il s'agit ici d'une dette, que contracte une personne dès sa naissance pas seulement envers ses parents biologiques, mais envers ses parents et tous ses ancêtres, une dette vis-à-vis de sa lignée. On voit bien que si les deux familles mettent la pression sur le couple ce n'est pas par ce qu'il manque d'enfant ou suffisamment d'enfants. D'ailleurs qu'il est dernier d'une fratrie de cinq ou les quatre autres ont bien plus d'enfants « *tous mes frères et sœurs ont bien des enfants* ». Cette loyauté est primordiale dans la culture des Grassfield, culture à laquelle appartient Monsieur C., du fait que c'est un processus qui permet d'assurer et d'assumer ses descendance en général et sa succession en particulier ; l'enfant étant censé réincarner un ancêtre (Sow, 1978). Dans cette culture, lorsqu'un membre de la famille meurt sans avoir eu d'enfant, on l'enterre avec une pierre dans la pomme de main, peut-être pour signifier le fardeau, la punition que son âme doit assumer durant son existence. Au vue de la place accordée à l'enfant, tant que la maison est vide les parents ne te feront jamais bénéficier de leur visite ; *vous savez chez nous, je veux dire dans nos coutumes, c'est le bébé qui appelle les gens chez toi, on profite de l'arrivée de l'enfant pour te rendre visite, mais bon quand il n'a jamais été là il y a des gens qui ne viendront jamais chez toi, donc euhhhh, c'est un peu ça* », vu le caractère précieux de la venue d'un enfant dans un ménage. Aussi, il est facile dit (Sow, 1977 : 46) à quiconque connaît les problèmes africains, de noter qu'il suffit qu'un seul des membres de la famille y soit opposé, pour que tout l'édifice s'écroule ; « *c'est un drame que je vis et qui n'amène pas la stabilité dans ma vie* » ; puisqu'il n'est pas en harmonie avec sa famille, ses proches du fait de l'absence de descendance.

#### *Le respect des valeurs ancestrales, la sauvegarde du patrimoine spirituel et social.*

Il est clair que, comme précisé dans le paragraphe précédent, l'enfant occupe une place primordiale dans la culture d'appartenance de Monsieur C., car permet de résoudre le conflit

transgénérationnel, quand on meurt on doit laisser un enfant « *je sors d'une région où les, [silence], en fait chez nous, l'homme vit pour préparer sa mort. Oui, l'homme vit pour préparer sa mort et un des éléments qui vous permet de marquer votre passage sur la terre c'est [silence, 3s] les enfants d'abord et les biens matériels ensuite* », « *J'ai grandi dans cette mouvance, j'ai grandi dans cette culture où l'enfant est le centre de tout, le début et la fin de tout ... Ma véritable crainte se situe au niveau de mourir sans laisser d'enfant, qu'est-ce que je dirai à mes ancêtres après mon décès ? Je n'aurai laissé aucune trace sur terre* ». On voit bien que lorsqu'on n'est pas en concordance avec les traditions, il y a de l'angoisse qui s'installe ; cette angoisse se perçoit librement dans les verbatim précédents. Selon cette culture, les mauvaises situations proviennent plus d'une discordance avec le macrocosmos qui serait à l'origine d'une malchance qui se perçoit comme une punition venant de ce pôle (Dieu et les ancêtres), et pour résoudre ce genre de problèmes, se soumettre aux rites et tradition reste l'approche la plus efficace « *Parfois à la veille d'un examen, notre grand-mère proposait de nous faire laver afin que la chance soit de notre côté pour réussir. Il arrivait aussi qu'on demande à te laver, de faire des rites traditionnels pour te purifier de la malédiction ou certains péchés que tes ancêtres ont commis à leur époque et qui te suivent* ». Pour diminuer la pression des proches, le couple n'a d'autre solution que d'adopter plusieurs enfants de la famille « *la famille aimerait qu'on ait d'enfant mais la maison n'est pas complètement vide, on a les enfants de la famille bon, au moins ça leur permet de supporter.* » On voit bien ici comme le souligne Sow (1978), que le problème n'est jamais uniquement pour celui qui est en situation, mais chaque membre de la famille se sent concerné et s'implique dans la recherche des solutions.

**La pratique des rites et rituels traditionnels.** En cas de maladie de maladie en Afrique, les tentatives de solution se font aussi à travers la pratique des rites et de certains rituels ; d'ailleurs M. C. le souligne dans ses propos « *Mais chacun voudrait qu'on ait pour nous-mêmes ...ils nous proposent des rites et des potions tout le temps...chacun vient avec sa part de solution* ». M. C. vit un conflit dont selon Sow (1977) exprime les péripéties et les contradictions vécues, par la personne concrète, dans ses relations avec le mésocosmos ; son épouse pense que leur problème est liée à la non observance des rituelles traditionnels « *à un moment elle a même cherché à rejeter la responsabilité sur certaines choses maléfiques qui normalement n'avaient rien à voir [...] je veux dire elle a essayé de penser à des choses surnaturelles, des cérémonies qu'il fallait faire au village* » ; « *par ce que chez nous on fait souvent des rites en cas de problème comme ça, oui il y a des cérémonies qu'on fait aux crânes pour qu'ils ouvrent les portes aux bénédictions* » ; *ce sont des choses qu'on a toujours fait bon*

*je ne sais pas, puisqu'elle insiste si on finira par aller faire ça au village* ». M.C jette son dévolu sur les rites et pratiques ancestrales qui sont censés être un frein à son épanouissement.

### ***Les données en rapport avec le secret de l'AMP/IAD***

***Le poids du secret.*** Monsieur C et son épouse traversent seuls les déboires du parcours d'AMP du fait du secret entretenu sur cette technique. « *J'étais le seul à la consoler, des trucs qu'on ne peut pas raconter à la famille, et pas à n'importe qui.* » il faut noter que cette pratique est encore taboue dans beaucoup de société africaine, raison pour laquelle il n'est pas aisé d'en faire allusion auprès de la famille élargie « *avec ma famille on n'en parle pas, euhhhhh [...], les trucs comme ça ne se partage qu'avec la femme, depuis qu'on a engagé ça, personne n'est au courant, même quand la fois dernière il y a eu rupture de la grossesse là, sa mère savait qu'elle avait conçu normalement* ». La pratique de l'IAD est un poids lourd à supporter dans la mesure où elle n'est pas encore suffisamment ancrée dans les meurs africaines « *euh, on ne pouvait pas lui dire ce qu'on avait fait* » ; MC explique sa position par rapport au repli, loin de ses amis ; « *bon ce n'est pas toujours facile de rester avec les amis surtout quand tu as un problème comme celui-là, on ne doit pas leur dire n'importe quoi, c'est pourquoi je préfère rester seul* »

***L'échec de loyauté vis-à-vis de sa conjointe, sa famille et la communauté.*** Avoir un enfant semble ici être la préoccupation première de monsieur C. au point où il compare la situation à une bataille qu'il pense livrer jusqu'à l'épuisement « *C'est très dur mais, c'est une bataille continue jusqu'à on obtient un résultat positif.* » En ce qui concerne les représentations personnelles en rapport avec l'AMP, il pense que ce premier échec est partagé entre les insuffisances du protocole médical, l'imprudence de la part du couple, rapport sexuel le jour précédent l'interruption de grossesse et la non observance des coutumes et traditions ; sans omettre la possibilité d'une main maléfique. Le vécu personnel de cette situation par Monsieur C. se traduit par une angoisse liée à des mécanismes de type évitement et des pensées intrusives « *ça fait souvent mal quand elle me rapporte ce qu'on lui dit et en même temps, ça me fait aussi peur, bon [...]. Mais pour vous dire vrai, c'est souvent difficile d'échanger avec ma belle-mère, je veux dire la communication ne passe pas bien, parfois je l'évite par ce que je me dis, euhhhhh, elle doit penser ou elle sait même bon ! Puisqu'on ne peut pas savoir ce qu'elle se dit avec sa fille, elle doit penser que c'est moi qui l'empêche de faire ses enfants* ». Ces pensées intrusives voir obsessionnelles se perçoivent dans des expressions telles « *Puisqu'on ne peut pas savoir ce qu'elle se dit avec sa fille, elle doit penser que c'est moi qui l'empêche de faire ses enfants ...*

*ce qui fait que le sourire n'est pas toujours ça, donc euhhhhh, la relation n'est pas toujours euhhhh, je veux dire n'est pas toujours vraiment ça.* » Dans l'expression « *Puisqu'on ne peut pas savoir ce qu'elle se dit avec sa fille* », on perçoit une angoisse de séparation, une angoisse de perte d'objet qui se justifierait par le fait que Monsieur C. même sans l'avoir dit verbalement, serait inquiet par l'idée de perdre sa compagne une fois de plus comme dans les deux autres relations antérieures. Même s'il se soumet volontiers aux prescriptions médicales, il reste inquiet face à l'efficacité de celle-ci à poser un diagnostic convainquant « *Jusqu'à présent tous les examens ne permettent que de faire le constat. Le sperme n'est pas bon* », « *c'est ça mon vrai problème, c'est par rapport à ça c'est-à-dire on n'a jamais déterminé pourquoi est-ce que j'ai cette difficulté* » (faible quantité de sperme et moins mobile). Cette représentation de l'efficacité de la thérapie médicale semble favoriser l'adhésion aux thérapies traditionnelles qui paraîtrait plus convaincantes « *j'ai commencé à douter que ça puisse m'amener un succès* », cependant la brève réussite de la première PMA vient redonner confiance à Monsieur C. qui se sent de plus en plus déterminé.

**La représentation de l'AMP/IAD.** Cela reste utopique car il va bientôt replonger dans sa souffrance « *je me disais que l'AMP va résoudre le problème maintenant que c'est arrivé ça a créé tout un tas de choses, tout un autre état d'esprit.* » la déception de M.C. est plus accentuée non seulement par l'échec de cette tentative qui lui a pourtant donné du sourire mais aussi par la proposition d'IAD « *avec ce gros problème que j'ai, le docteur m'a proposé l'insémination avec le sperme du donneur ; et c'est même ça que je craignais depuis [...] heuhhh et ça me perturbe énormément. Vous savez c'est toujours bien d'avoir son enfant* ». Ceci va en droite ligne avec la pensée de Bydlowski (1997 : 139) quand elle souligne que *le désir d'enfant serait la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmission de l'histoire personnelle et familiale.* Cependant « *... l'autre là même, est-ce que c'est différent de l'enfant de quelqu'un tu as pris chez toi ?* » ; la proposition d'IAD plonge M.C. dans une souffrance multiforme. Ceci dans la mesure où par ce procédé, non seulement il sera obligé de garder un secret toute sa vie durant, mais il créerait une rupture avec l'ancêtre fondateur pour parler comme Sow (1977/1978) de la lignée ou du clan. Se soumettre à l'IAD c'est créer une rupture entre les ascendants et les descendants de la même lignée « *L'enfant de ton frère même, tu sais que c'est ton sang, mais ce qu'on prend à l'hôpital, tu ne connais pas ce que tu prends pour amener chez toi ? Ce n'est pas ton sang, ce n'est pas le sang de la famille* », puisqu'en Afrique le principe vital est étroitement lié à la famille et le principe de la vie végétative proche de la

vie communautaire élargie, précise Sow. « *Qu'est-ce que je vais dire à mes ancêtres ? J'aurais trompé tout le monde et moi-même. C'est une situation très compliquée madame. [...] Bon tout le monde verra que tu as l'enfant, toute la famille sera contente que tu as enfin fais ta part d'enfant, mais ça va se passer comment quand je vais le regarder sachant qu'il n'est pas mon enfant ?* ». Se soumettre à la pratique d'IAD c'est aller à l'encontre des valeurs ancestrales, c'est créer un désordre par opposition à l'ordre culturelle « *là c'est un enfant que tu achètes on met dans le ventre de ta femme* », M.C. ne fait pas entièrement confiance à son épouse dans de telle situation, il a peur que le secret ne soit dévoilé plus tard « *Bon si la femme sait aussi que tu as acheté le sperme qu'on a mis dans son ventre, est ce qu'elle ne te fera pas le chantage un jour. HmMMM, Madame c'est même très compliqué* », outre le fait que la communauté ne soit au courant de l'acte posé, M.C. doute également de son affection pour cet enfant qui lui restera étranger ; puisqu'il n'est pas le géniteur « *Je me demande même si je pourrai vraiment l'aimer comme si c'était mon vrai enfant.* », bien plus, il remet en question les traits de caractères qui ne seront jamais semblables au sien ; ce qui pourrait être à l'origine des rumeurs malveillantes au sein de la grande famille. Chaque parent aimerait que son enfant lui ressemble ou garde les traits communs aux membres de sa famille « *quand tu vois que ton enfant a certain de tes traits, ça fait ta fierté, tu aimerais voir ton enfant faire comme toi. Tu seras fière de savoir que c'est ton sang ; parfois il ne te ressemble même pas, mais prend entièrement un membre de ta famille et tout le monde est content.* ».

### ***Les données en rapport avec la honte du regard social***

***Le sentiment de culpabilité.*** La souffrance de MC est accentuée par un sentiment de culpabilité vis-à-vis de son entourage. Il fait son propre diagnostic ; essaie de trouver son persécuteur ; [...] *j'ai comme impression que ça peut-être lié à une cause génétique par ce qu'il y a quand même quelques antécédents inquiétant dans la famille* » Sow pense que la structure persécutive de l'individualité se fonde à partir du moment où il y a rupture de l'un et/ou de l'autre des axes constituant les pôles relationnels fondamentaux de cette individualité ou encore s'il y a atteinte de l'un et/ou de l'autre des éléments constitutifs de l'intimité de l'individualité. MC vit une forte culpabilité vis-à-vis de la sa conjointe qui subit des exactions hospitalières « *Mais quand je vois toute la souffrance de l'hôpital, vraiment, je ne dors pas bien.* » ; « *puisque c'est moi qui consolais madame, je lui disais que c'est rien que, que ce n'est que le premier essai...* ». Cependant d'après Bydlowski (1997 : 143) « *l'enfant qui ne vient pas étant le substitut absolu de l'objet perdu, l'enfant à venir serait supposé tout réparer, tout*



*comble » ; l'infertilité de MC semble inscrire une discontinuité dans le cours de son histoire personnelle et celle de sa famille ; « Ma véritable crainte se situe au niveau de mourir sans laisser d'enfant, qu'est-ce que je dirai à mes ancêtres après mon décès ? Je n'aurai laissé aucune trace sur terre.*

***Le sentiment de perte d'estime de soi et la peur d'un éventuel divorce.*** Face à une souffrance ponctuée par une double séparation du fait de son infertilité, M. C. manifeste sa peur pour une nouvelle séparation, « parfois je demande ce que celle-ci va faire si on cherche longtemps sans trouver » c'est la raison pour laquelle celui va vite en besogne juste après l'échec de la précédente tentative question de multiplier les chances de réussite « c'est pourquoi, j'ai préféré que dès maintenant que l'autre s'est gâté qu'on reprenne vite, sans trop attendre, par ce qu'ils m'ont dit que c'est bien de vite reprendre sans trop attendre, là on pourra encore avoir plus de chance. Il ne faudrait pas qu'avec celle-ci, la relation finit comme ça s'est passée avec les autres, c'est là mon problème ». L'enfant étant au centre des préoccupations des couples africains, son sujet fait toujours l'objet de discussion pendant les rencontres entre amis. C'est surtout pour cette raison que M. C. du fait de sa défaillance dans ce domaine, choisit de rester chez lui pour éviter de subir de nouvelles blessures, « vous savez quand on se retrouve, on ne peut ne pas parler des enfants, bon ça nous dérange un peu ; ce qui fait que parfois on préfère rester chez nous ». Il faut dire que M.C. ne s'est pas encore remis de ses anciennes blessures engendrées par l'échec de la première tentative, qui pourtant lui avait permis de vivre sa paternité pendant quelque mois « Et même comme la première tentative de FIV a aussi bien commencé, on était tous content. Je me voyais papa, je voyais tout en rose, c'était très gai à la maison, je rentrais tôt du marché, elle-même parlait tout le temps, elle riait, bon je veux dire tout allait très bien. Bon [ ...], quand ça s'est gâté, c'était très dur, très dur pour nous deux, surtout pour moi, par ce qu'elle a un enfant ». La blessure de M.C. est d'autant plus saignante que son épouse a déjà un enfant d'une précédente relation

***Le sentiment d'incomplétude.*** MC cherche désespérément à combler le vide que lui crée l'absence d'enfant dans sa vie « Jusqu'à présent tous les examens ne permettent que de faire le constat. Le sperme n'est pas bon » ; il veut savoir la cause de son problème « mais après quand on a fait des examens de varicocèle on s'est rendu compte que c'était très faible que ça ne pouvait pas influencer, donc ça ne pouvait pas être ça la cause. ». Cela rejoint l'idée de Sow (1977) quand il dit qu'en Afrique, lorsqu'on consulte c'est pour déterminer les causes profondes qui font que la maladie se prolonge. « Mon vrai problème, c'est par rapport à ça

*c'est-à-dire on n'a jamais déterminé pourquoi est-ce que j'ai cette difficulté. Et me fait vraiment souffrir* » ; « *mon problème m'inquiète beaucoup* » ; « *c'est là où tout s'est encore réveillé dans ma tête* » ; l'ignorance de la cause de son mal crée une sorte d'angoisse existentielle au niveau de la totalité du vécu de MC. En Afrique dit Sow quand un homme est embarrassé devant des situations telle que la maladie, il a besoin que lui soit interprété toute occurrence qui perturberait sa vie individuelle. « *Tous ces examens humm, montrent seulement ce problème de mobilité du sperme et non ce qui est la cause de ce problème* ». Par ailleurs MC exprime sa souffrance quotidienne liée à son infertilité « *C'est très dur de rester sans enfant, oui très dur ; même sans que personne ne te demande, toi-même tu sens un vide en toi, tu ne peux pas être tranquille, il faut aussi laisser un héritier, quelqu'un qui fera qu'on parle de toi* » cela rejoint les propos de (Bydlowski, 2016). Quand elle souligne que c'est en enfantant, qu'un homme rencontre son propre père, le devient, le prolonge en se différenciant de lui. Bydlowski (1999) propose le terme « *désir d'être père* ». Elle situe ce désir du côté de la dette de vie, du devoir de transmission et de filiation ; et précise qu'en fait, plutôt que de désir d'enfant, il faut parler de désir d'être père, de fonder une lignée, de s'identifier en rivalisant son père

### ***Les données en rapport avec la pratique mystico-religieuse***

***Les croyances aux esprits maléfiques.*** On voit que jusqu'ici, Monsieur C. ignore encore la cause de son infertilité. Il ne sait donc pas s'il fait face à une persécution mystique engendrée par la non observance d'un rituel traditionnel par ses ascendants « *vous savez à l'époque, on disait c'est parce qu'on a fait ceci ou on n'a pas cela que la malédiction attrape les gens, bon euhhhh, je ne sais pas ce qu'ils ont fait à leur époque* » cependant il semble plus pencher pour une sanction divine « *de tout ça je n'ai jamais déterminer pourquoi, c'est-à-dire que c'est ça le vrai problème, tout ce que j'ai fait comme examen chez les urologues, les gynécologues... donc tout ce qu'on a eu à faire sur moi comme examen jusqu'aujourd'hui n'a jamais permis de comprendre pourquoi est-ce que j'ai ces problèmes* » ; il ne sait non plus si sa tare est génétique, liée à une transmission à travers son grand père ou plutôt l'effet maléfique d'un ennemi. « *Mais du moins à cause, euhhhh, je ne sais pas si je peux appeler antécédents, euhhh je vais appeler comment, je vois beaucoup, plus une cause, à la fin je suis arrivé, bon à la fin je suis arrivé à une cause peut-être génétique, ... par ce qu'il y a quand même quelques antécédents inquiétant dans la famille[...]* » ; A propos Sow (1977) fait comprendre que l'infertilité féminine ou l'impuissance masculine sans motif décelable apparent, sont conçus comme l'effet inhibiteur et neutralisateur d'ennemis qui se trouvent parmi les pairs.

### 2.2.2. Données en rapport avec le parcours d'AMP

**Echec dans le parcours.** L'échec de l'AMP même si c'était prévisible, semble être encore plus traumatisant pour Monsieur C. « *C'est pour ça que je vous dis que ça m'a mis dans un état complètement second.* » car il a peur de perdre cette compagne une fois de plus. Toujours en conflit avec lui-même, les émotions dominantes ici sont la peur, l'angoisse, la tristesse et la honte « *Il ne faudrait pas qu'avec celle-ci, la relation finit comme ça s'est passée avec les autres, c'est là mon problème* ». Comme souligné plus haut, cet échec, en dehors de produire de l'angoisse et du désespoir, a plongé M. C. dans un trouble, « *je ne comprends pas pourquoi c'est arrivé chez moi, c'est comme la sorcellerie* », Sow (1977) fait comprendre que la thématique persécutive est très présente dans les rapports interpersonnels qu'il soit conflictuel ou non. C'est bien la raison pour laquelle M. C. bien que pensant à la main maléfique ne lâche pas prise « *C'est très dur mais, c'est une bataille continue jusqu'à on obtient un résultat positif.* » Face aux échecs répétés de différentes thérapies, M. C. a cultivé une sorte de résilience et reste confiant « *Donc euhhh, je suis resté toujours confiant malgré que ce soit vraiment très difficile à supporter, oui c'est vraiment dur* ». Il est conscient du fait que la solution ne soit pas imminente et qu'il faille traverser plusieurs obstacles pour espérer le succès [...] *c'est une situation pour laquelle il fallait traverser beaucoup d'étapes et.... Bon, on n'est que dans cette démarche-là et il va falloir aller étape par étape pour finalement arriver à un bon résultat.* » Il garde l'espoir d'un lendemain meilleur « *bon [...] je suis simplement dans cette démarche-là.*

**Doute sur la qualité de l'enfant à naître.** La plus grande crainte de M. C. est d'être confronté à une IAD « *...c'est même ça que je crains et ça me perturbe énormément. Vous savez c'est toujours bien d'avoir son propre enfant* » Il ne partage pas l'idée selon laquelle on devrait emprunter le sperme d'une tierce personne pour avoir un enfant puisqu'il n'est pas de ton sang « *L'enfant de ton frère même, tu sais que c'est ton sang, mais ce qu'on prend à l'hôpital, tu ne connais pas ce que tu prends pour amener chez toi* ». M. C. préfère encore prendre l'enfant de la famille avec la conviction qu'il soit de sa lignée contrairement au don de sperme.

**Doute sur les compétences du corps médical.** Comme l'a si bien signalé Sow, l'africain a le souci de connaître la cause de la maladie et c'est ce qu'on remarque chez M. C. « *là, c'est ce que je veux savoir depuis. Hmmmmm, je suis dépassé, c'est ce que je veux vraiment savoir, si les médecins pouvaient aussi me dire, les urologues m'ont fait faire des examens, les gynécologues aussi, mais ça n'a jamais permis de savoir ce qui était la cause de cette situation* » on comprend bien que M. C. doute des compétences des différents spécialistes qui

l'ont consulté puisque personne ne lui a donné la cause principale de son mal. Il aimerait savoir ce qui est à l'origine de l'insuffisance de mobilité de sperme dans son cas « *Tous ces examens humm, montrent seulement ce problème de mobilité de sperme et non ce qui est la cause de ce problème* ». De tous les examens faits jusqu'ici aucun n'a rien révélé selon M. C., a son avis tant que le problème principal n'est pas détecté sa maladie reste incurable « *...tout ce que j'ai fait comme examen chez les urologues, les gynécologues... donc tout ce qu'on a eu à faire sur moi comme examen jusqu'aujourd'hui n'a jamais permis de comprendre pourquoi est-ce que j'ai ces problèmes. Par ce que je me dis toujours que si on avait trouvé la source, on aurait pu résoudre le problème. Jusqu'à présent tous les examens ne permettent que de faire le constat.* »

### 2.3. Cas de Monsieur F

#### 2.3.1. Aspects culturels de la souffrance de Monsieur F

##### *Les données en rapport avec les contraintes culturelles*

*La pression familiale et des proches à perpétuer la lignée.* Le couple F. est sous pression du temps du fait de l'avancée de l'âge ; et ce qui induit aussi une pression économique « *Et pour gagner en temps on ne doit plus rester à la maison attendre... l'âge est en train de passer [...] et les gens vous regardent...* », on note aussi un retrait social, car le couple est permanemment en train de se représenter le jugement ou le regard des autres « *est-ce que dans la situation ci c'est facile de rester avec les gens...tu te demandes toujours ce qu'ils pensent de vous...je n'aime pas trop faire pitié* ». Le degré d'empathie de l'homme semble très élevé et semble même progressivement se substituer à un sentiment de culpabilité du côté de l'homme au point où dans son langage, le désir de voir sa femme porter une grossesse, même, n'étant pas de lui, semble plus fort que le désir d'avoir son propre enfant « *il faut que ma femme ait un enfant* ». On perçoit dans cette attitude une autre forme de loyauté qui ne limite plus à cette loyauté transgénérationnels, mais va jusqu'à la connaissance et la redevance. Ceci s'expliquerait par le fait que, malgré la bonne santé reproductive de la femme, cela fait 9 années qu'elle partage les difficultés de son mari. Ce qui induit une forme de reconnaissance chez le participant qui semble se préoccuper de plus en plus du sort de sa femme que du sien. Il est clair que le désir d'enfant chez la femme ne peut pas être au-dessus du désir de sauver son ménage sinon dans sa situation, elle pourrait comme chez plusieurs autres femmes, elle aurait pu se désengager et s'engager ailleurs pour porter une grossesse en dehors du foyer conjugal. L'homme de plus en plus s'inquiète pour le sort de sa femme qui a déjà 37 ans (âge critique

pour l'AMP) lui, à 40 ans a encore une très longue période devant pour mener ce combat. L'infertilité de l'homme reste un profond secret pour le couple depuis toutes ces années ; au point où la femme accepte le statut social de femme « infertile » pour protéger l'honneur de son mari.

*Le respect des valeurs ancestrales, la sauvegarde du patrimoine spirituel et social.* Ici, il est toujours intégratif oscillant entre la médecine moderne et la thérapie religieuse « *on a pris les traitements traditionnels... il me proposait de faire un tour au village pour voir ce qui ne va pas d'abord pour que je sois infertile, ensuite pourquoi la FIV a raté* ». Du point de vue de la théorie du relativisme culturel, l'efficacité d'une thérapie est toujours en relation avec les croyances d'origine du malade. De ce point de vue l'efficacité de l'AMP ne dépendrait pas des performances du protocole médical mais plutôt d'un coup de pouce spirituel qui viendrait booster celles-ci. L'attitude protectrice de la femme révèle ici l'aspect tabou de l'infertilité masculine en Afrique noire. Pour la femme, faire savoir aux proches que les difficultés d'enfantement proviendraient de son mari est synonyme de « vendre » l'honneur et le statut d'homme de celui-ci « *on ne peut pas dire ça aux gens sinon c'est que ce sera encore bien plus difficile maintenant, même marcher seulement, on ne pourra plus* », « *si ça dure encore, et surtout s'ils se rendent compte que c'est moi qui ai un problème, ils vont commencer à m'accuser de sorcier, soit que j'ai vendu le ventre de ma femme ou j'ai vendu pour moi, pour avoir de l'argent ; oui, c'est comme ça* ». Du côté du mari, le retard du succès des procédures thérapeutiques jusqu'ici sollicitées, facilite son interrogation quant à l'existence d'une composante mystique dans cette situation « *On m'a donné les remèdes, les vitamines. Mais ça ne marche pas toujours ; là je ne sais pas. Puisque ma femme n'a aucun problème, là je suis dépassé, je me demande si ce n'est pas mystique* ». Dans la culture d'appartenance de Monsieur F., ceux qui ne peuvent pas avoir des enfants sont considérés comme étant des sorciers, chose qu'il évite de toute évidence « *Quand quelqu'un atteint un certain âge sans avoir d'enfant ça devient compliqué. On commence à l'éviter, et personne ne lui donne son enfant pour garder par ce qu'on suppose que son argent n'est pas bien, et avec ça il peut facilement tuer leurs enfants comme il a lui-même vendu pour lui dans le ventre* ».

*La pratique des rites et rituels traditionnels.* Parlant des rites et rituels, Sow explique qu'il prend son sens profond au sein d'une communauté culturelle bien définie. C'est dans ce sens que M. F. consommait des potions ; « *...la maman nous demandait de temps en temps de prendre quelques potions qu'elle nous faisait boire pour nettoyer le corps* ». Cependant il n'ay

avait aucun effet probant bien qu'il se soit confié aux forces surnaturelles « *Mais ça devenait de plus en plus inquiétant. Même avec les prières ça ne donnait pas* ». M. F. croit aux rituels traditionnel, mais le secret qu'il garde au sujet de son infertilité l'empêche de poursuivre d'autre voie thérapeutique « *Si ma mère sait que j'ai un problème elle va commencer à dire qu'on parte chez les marabouts pour faire des rites,* » Cependant il envisage s'y lancer au cas où il n'y aurait pas de changement à long terme « *si ça continue comme ça, on va faire un tour au village pour voir ce qui ne va pas* ». par ailleurs M. F. croit aux sortilèges « *parfois certaines personnes pratiquent sur d'autres et il n'y a que les grands marabouts pour arranger ça* » ; « *J'étais en train de réfléchir voir si je vais aller au village pour qu'on essaie de travailler traditionnellement* » cette réflexion nait du fait que selon Sow la personnalité individuelle se constitue au sommet grâce à l'ancêtre, et s'appuie dans ses bases sur de solides relations polaires qui sont d'une part le lignage, et d'autre part la communauté culturelle. « *Je pense quand même qu'il faudrait que j'essaie un peu de discuter de ça avec les parents pour écouter leur point de vue, voir s'il y a des rites à faire pour solutionner ce problème.* »

#### ***Les données en rapport avec le secret de l'AMP/IAD***

***Le poids du secret.*** Comme les autres participants M. F. porte un secret au sujet des nouvelles technologies de procréation « *Personne n'est au courant que nous avons initié cette procédure.* » ; « *Mais puisque personne ne sait* », « *Et comme mes parents ne savent pas, alors je prie seulement que le bon dieu fasse en sorte que la démarche ci donne un bon résultat* ». Par ailleurs il jette son dévolu sur Dieu, de qui il attend le dernier miracle. Aucun membre de sa famille, pas même ses amis n'est informé « *dans tout ça, aucun membre de la famille n'est au courant de cela ; bon c'est le prix à payer quand on veut l'enfant* » ; « *les autres ne connaissent rien de mon problème.* ». M. F. a choisi de faire son deuil dans sa stricte intimité conjugale, malgré la douleur y afférente ; « *C'est un deuil qu'on fait seul. Si non avec sa femme, sans crier à haute voix. C'est très difficile à vivre* » ; « *C'est un truc que j'ai toujours gardé comme secret, et ma femme aussi n'en parle pas* » ; une pathologie individuelle comme l'infertilité de M. F. est susceptible d'ébranler le groupe familial dans la mesure où il compte garde le secret pour longtemps et on ne sait ce qui pourrait advenir ; « *Mais je ne leur dirai pas que c'est pour avoir l'enfant à l'hôpital, là c'est aussi une autre chose à garder secret* »

***L'échec de loyauté vis-à-vis de sa conjointe, sa famille et la communauté.*** La venue d'un enfant revêt un caractère particulier dans la mesure où elle devient pour le sujet qui transmet la vie, un moment de réalisation de soi, de remboursement de la dette vis-à-vis de ses

parents, sa famille et de la communauté entière « *il nous a conseillé de ne pas perdre le temps, que quand l'âge avance, les chances de succès sont réduites, et vous voyez d'ici peu, elle aura 40 ans* » ; la femme de M. F. porte le fardeau de son infertilité, il se sent coupable ; cela renvoie à un échec de loyauté de M. F. vis-à-vis de sa conjointe « *c'est à elle qu'on demande ce qui ne va pas, les voisins, les gens de la famille, beaucoup ne savent pas que j'ai un problème, on sait que c'est elle la coupable, tous les regards sont tournés vers elle ; c'est pourquoi j'ai préféré qu'on refasse l'AMP, si ça peut vraiment marcher pour qu'on ne la dérange plus* » Selon Bydlowski (2016), la souffrance morale et la détresse sont la conséquence de l'infertilité « *On sera tous tranquille parce que moi-même ça me perturbe quand les gens lui posent les questions et que je sais qu'elle n'a pas de problème ; hmmm elle n'a pas de problème* » ; le manque d'un enfant accentue le malaise de M. F. par rapport à sa famille et cet événement a un impact dans le système familial ; « *elle me fait beaucoup pitié, je prie vraiment que ça marche un jour* » ; « *mais je m'inquiète beaucoup plus pour ma femme. La culpabilité de M. F. pour son épouse n'est pas du tout masquée* « *Je voyais toute la souffrance qu'on a endurée à l'hôpital. Puisque chaque fois je la déposais pour ses injections* » d'ailleurs, on dirait que la souffrance que connaît M. F. est plutôt due à son échec de loyauté vis-à-vis de son épouse ; « *Je ne peux même pas savoir si elle mangeait par ce que moi-même je ne mangeais pas. C'était difficile à vivre.* »

**La représentation de l'AMP/IAD.** Pour Monsieur F., le mariage est synonyme d'enfant « *on se marrie pour avoir les enfants, c'est l'enfant qui fait le mariage, si tu n'accouches pas, on t'appelle le père de qui ?* » « *Quand tu n'as pas d'enfant c'est comme si tu n'as pas de valeur. Qui aime un arbre qui n'a pas de fruit, personne* ». Avant l'échec de l'AMP, le vécu de la parentalité normale a été très brève, « *Il y avait des soirs comme ça, ma femme et moi, on commençait à chercher les noms ; que si c'est une fille, on donne tel nom et si c'est un garçon, on donne plutôt tel nom* », « *j'étais d'ailleurs très content qu'elle porte mon bébé* » voire inexistante chez Monsieur F. car en aucun moment il ne lui a été prouvé que sa femme était enceinte. Cependant, la période qui a précédé le test d'évaluation de l'AMP lui aurait permis de vivre plus ou moins la parentalité dite normale d'une certaine façon sous l'effet de l'espoir « *le jour où on avait fait le transfert, j'étais très content, je me demandais même déjà si ça va donner un garçon, par ce que je voulais vraiment le garçon, quand tu fais le garçon, tu es tranquille, au moins tu sais que tu as déjà ton héritier, après je pensais que même si c'était une fille c'est quand même déjà un enfant, mon enfant* », « *Quand on avait fait la FIV la fois dernière, on était tous confiants ; j'ai attendu les résultats mais malheureusement ce n'était pas*

*positif. Nous sommes rentrés bredouilles, avec toute la colère. Personne n'avait la force de parler à l'autre jusqu'à la maison. » Cet espoir serait le principal facilitateur dans le vécu de la parentalité éclipse car dans l'espoir d'avoir son propre enfant un jour on peut bien s'imaginer ou vivre ce jour bien avant qu'il ne soit arrivé.*

### ***Les données en rapport avec la honte du regard social***

***Le sentiment de culpabilité.*** Aux émotions telles que la tristesse, l'angoisse, l'inquiétude qui régissaient la vie quotidienne de Monsieur F. avant l'AMP, « *sans vous mentir, j'étais euhhhhh, j'étais vraiment vraiment déçu, je ne sais pas comment je peux vous dire, j'étais découragé, très malade, triste, [ piafff ], j'étais plus triste que madame, surtout quand elle ne voulait plus refaire une autre FIV* ». Se sont ajoutés la déception, le désespoir et le découragement lorsque le médecin lui propose de faire une IAD « *Mais les trucs comme ça ici chez nous en Afrique, qu'est-ce que tu vas dire aux gens. Ça c'est pour les blancs. Better je prends l'enfant de mon frère, je garde en sachant que c'est le sang de la famille même comme celui-là va toujours te créer des problèmes, [tsuip]. L'autre là hmmm; tu peux emmener le sang d'un bandit dans ta famille et regretter toute ta vie. hmmm, c'est difficile de vivre sans enfant mais te tromper toi-même pour dire aux gens que tu as l'enfant, hmmm* ».

***Le sentiment de perte d'estime de soi et la peur d'un éventuel divorce.*** Cependant, le fait d'être la seule personne de la fratrie qui n'a pas d'enfant induit chez lui un sentiment d'infériorité « *mes deux dernières petites sœurs ont déjà les enfants et même mes frères, il y a même un autre qui n'est pas encore marié mais il a déjà fait un enfant avec une fille. Tous les enfants de ma mère ont des enfants. Il n'y a que moi qui reste sans enfant, et ça me dérange ; moi qui suis le grand frère* », encore que dans leur culture l'aîné doit se marier avant le cadet. Toute l'énergie du couple semble dirigée vers la recherche de l'enfant au point où ils ne font d'économie que pour cela « *Tu travailles même ton argent, tu ne peux pas construire ta maison, tu es tout le temps à l'hôpital, tu n'es pas heureux, c'est vraiment pénible* ». L'effet du temps et de multiple recours thérapeutique semble emmener Monsieur F. à se rendre à l'évidence « *bon, après, quand on s'assoit à deux, on pense comment vivre sans enfant, on prend encore le courage pour revenir [...] je ne veux pas perdre ma femme* ». Le plus grand souci de M.F est de donner un enfant à sa compagne dont l'âge est déjà trop avancé « *tout ce que je souhaite c'est donner un enfant à ma femme* » ; mais alors comment y procéder à travers le sang de quelqu'un d'autre ? M. F. est dans un réel conflit intrapsychique « *quand tu prends le sperme de quelqu'un, que bien après ta femme accouche c'est l'enfant de qui ? Tout le monde pense*



*que c'est ton enfant alors que toi-même tu sais que ce n'est pas ton enfant, ça te fais même encore plus mal, surtout s'il grandit et a des problèmes, ta conscience va te juger, tu vas dire que si c'était mon enfant il ne devait pas faire comme ça et ça va encore t'énerver plus. Ce n'est pas facile » « ah, on va voir ».*

***Le sentiment d'incomplétude.*** C'est avec un ton attristé que M. F. fait mention de son incapacité à procréer et par ricochet de ce manque « ... on m'a fait savoir que le sperme est insuffisant, par rapport à la quantité normale » ; Sa réaction est marquée par le refus de croire à ce qui lui a été révélé « ils ont dit que ce n'est pas quand même très bon, qu'il faut refaire le spermogramme » ; M. F. vit le deuil de la perte, explique son désespoir suite à l'annonce de l'échec de la première tentative d'AMP ; « sans vous mentir, j'étais euhhhhh, j'étais vraiment vraiment déçu, je ne sais pas comment je peux vous dire, j'étais découragé, très malade, triste, [ piafff ], j'étais plus triste que madame, surtout quand elle ne voulait plus refaire une autre FIV » ; « C'est vraiment très dur. Justement ça devrait l'être surtout que Aussi, Bydlowski (2000) affirme que « la vie n'est pas un cadeau gratuit. Elle porte en elle-même l'exigence de transmettre, de rembourser ce qui a été reçu, de reconnaître que le don de vie, promesse à la fois d'immortalité et de mort, implique aussi la reconnaissance d'une dette existentielle entre le parent et son enfant (p. 46). « C'est pourquoi je fais tout pour qu'on ait notre enfant à nous deux pour enfin être tranquille comme d'autres personnes » ; « Ils m'ont dit que mon sperme ne fonctionne pas bien. Je ne sais pas pourquoi. Je ne sais vraiment pas ce qui a causé ça » Il mobiliser les moyens de défense en émettant des doutes sur l'efficacité thérapeutique ou encore l'efficacité du corps médical. Il remet la faute à quelqu'un d'autre, au médecin ; « le docteur même ne me dit pas ce qui peut être à l'origine de tout ça » ; « ... comme il n'y a pas d'enfant ça devient un peu compliqué. »

#### ***Les données en rapport avec la pratique mystico-religieuse***

***Les croyances aux esprits maléfiques.*** L'infertilité de l'homme est d'autant plus taboue que sa propre mère n'est pas au courant de cette situation car, la découverte de son infertilité serait perçue comme la découverte d'une mauvaise graine dans la famille et par conséquent traduirait la « mauvaise qualité » de cette famille, et pour monsieur F., garder ce secret est aussi synonyme de protection de l'image de cette famille. Cela se lit bien dans la théorie du conflit dans les réseaux relationnels lorsque Sow (1977-1978) affirme qu'en Afrique noire la maladie n'est jamais celle du malade seul mais plutôt la maladie de toute la famille, puisqu'il est toujours question d'envoutement ou de persécution d'une famille par le biais d'un membre « Si ma mère

*sait que j'ai un problème elle va commencer à dire qu'on parte chez les marabouts encore qu'elle s'inquiète même déjà, mais elle se dit que c'est ma femme qui ne conçoit pas. Elle va chercher à connaître si ce n'est pas un sort qu'on m'a lancé ou si ce n'est pas moi qui ai cherché ».*

### **2.3.2. Données en rapport avec le parcours d'AMP de Monsieur F**

***Echec dans le parcours.*** Monsieur C. a plusieurs années de recherche effrénée d'enfants sans succès « ...c'est la cinquième année maintenant que je peux dire que j'ai commencé à chercher l'enfant sans succès ». Cette situation est d'autant plus difficile pour lui au vu de l'âge de sa conjointe « *Ma femme a déjà 37 ans, il nous a conseillé de ne pas perdre le temps, que quand l'âge avance, les chances de succès sont réduites, et vous voyez d'ici peu, elle aura 40 ans. Et on nous a dit que quand l'âge est déjà avancé comme ça, ce n'est pas très bien, ça réduit les chances de réussite.* » Il se sent sous pression, non seulement ils sont butés au niveau des moyens financier mais aussi les prières qui ne sont pas exaucées rendent la situation plus angoissante. « *Depuis deux ans je cherche l'argent pour revenir reprendre, ce n'est pas facile.* » « ... devenait de plus en plus inquiétant. Même avec les prières ça ne donnait pas. »

***Le doute sur la qualité de l'enfant à naître.*** M. F. est persuadé que seul Dieu qui donne l'enfant « *alors je prie seulement que le bon dieu fasse en sorte que la démarche ci donne un bon résultat* ». Cependant, il semble inquiet de la qualité d'enfant qui peut provenir de l'AMP « *Déjà je me demande à quoi il va ressembler un enfant qu'on a fabriqué dans les appareils avant de mettre dans le ventre d'une femme* ». Seule la venue d'un enfant peut équilibrer la vie du couple en général et celui du conjoint en particulier « *c'est pourquoi je fais tout pour qu'on ait notre enfant à nous deux pour enfin être tranquille comme d'autres personnes* ».

### 3. Analyse et interprétation des résultats issus du HADs

L'analyse porte sur les items cochés sur l'échelle du HADs administrée aux participants de la recherche.

#### 3.1. Cas de Monsieur A

Monsieur A obtient un score de 13/21 au pôle anxieux de l'échelle. Ce score supérieur à 10 qui est le score seuil, pose un diagnostic d'anxiété certain chez le participant. Comme item expressif ici, on a le ralentissement, ou mieux l'impression de fonctionner au ralenti. Cette anxiété s'oppose aux normes culturelles africaines qui voudraient que quel qu'en soit la situation, l'homme, le mâle ne doit pas céder à la panique mais doit rester aussi fort, sinon plus fort. Ce diagnostic positif d'anxiété montre simplement que Monsieur A manque de ressources suffisantes pour affronter cette situation qui fait partir certainement des situations les plus angoissantes dans sa culture d'appartenance. Le ralentissement objectivé s'expliquerait par le fait que toute son énergie serait dirigée vers cette recherche d'enfant au point où les autres aspects de sa vie sont bien plus négligés et par conséquent n'avancent pas « *tout l'argent que je travaille n'est que pour ça* »

À la sous-échelle de dépression, il a obtenu un score de 11/21 qui est le score seuil de diagnostic positif des symptômes de la dépression. L'irritabilité et l'angoisse sont des items prédominants avec chacune un score de 3/4. Ce diagnostic positif de dépression se justifierait par la longueur de la période que dure le désir d'enfant, qui s'évalue aujourd'hui à 9 années. On voit bien qu'après une exposition à l'angoisse aussi longue, il serait difficile de ne pas tomber dans la dépression, du point de vu de la théorie du deuil de Kübler-Ross. Lu par cette théorie, on voit bien que à phase de réaction d'alarme, se serait produit depuis environ une dizaine d'années et depuis lors, Monsieur A est au bout de la phase d'anxiété. Il est au bout de cette phase par ce que la symptomatologie dépressive, du fait qu'elle soit positive (11/21) et la symptomatologie anxieuse aussi (13/21), montre que Monsieur A présenterait un syndrome anxio-dépression dont la durée serait inconnue. Ce syndrome traduirait juste son état d'épuisement mental et physique. Cependant, l'entretien permet de constater l'absence de la prise en compte de ce syndrome anxio dépressif secondaire lors de ses multiples recours thérapeutiques, surtout pendant le suivi médical. Cette dépression positive justifierait ces périodes intermittentes au cours desquelles le participant a tendance à vouloir tout laisser tomber.

### 3.2. Cas de Monsieur C

Le score de 10/21 obtenu au pôle de l'anxiété par Monsieur C. traduirait un état d'anxiété douteux, mais la proximité avec le score seuil qui est de 11 pourrait en quelque sorte traduire son niveau d'optimisme habituel qui est un trait saillant de sa personnalité ; et peut-être même, ce score aurait été plus élevé avant qu'il ne découvre et se soumette à l'AMP. Du point de vue culturel, le diagnostic négatif d'anxiété montrerait que Monsieur C jusqu'ici arrive à faire bonne impression dans sa population c'est-à-dire réussi à rester tête haute, malgré la situation telle que le préconise sa culture.

Le score positif de dépression (13/21), traduisant l'existence certaine de la symptomatologie dépressive, et montrerait juste qu'au-delà des apparences de tête haute, Monsieur C. serait dans un état de profonde souffrance intérieure. Son mode de gestion d'angoisse se comparerait et se traduirait par cet adage de la culture Grassfield qui affirme que « *les larmes du serpent vont dans le ventre* ». Cette métaphore voudrait juste montrer le fait que la souffrance d'un être fort et puissant ne devrait pas s'étaler au grand public. La prédominance de l'agitation ici (3) traduirait simplement cette frénésie du recours thérapeutique dans laquelle il se trouve. Du point de vue de la théorie de Kübler-Ross (1969), il serait déjà en plein dans la phase de dépression, malgré les agitations et les prises d'initiatives qu'on peut observer. On sait que certaines formes de dépression se traduisent par une hyperactivité.

### 3.3. Cas de Monsieur F

Le score de 10/21 ici expliquerait la même chose que chez Monsieur C., c'est-à-dire un niveau d'anxiété douteux. Cependant, la prédominance de l'item de ralentissement montrerait son rapprochement d'un état d'épuisement. Ceci montrerait aussi que Monsieur F réussit à faire bonne impression telle que le désire sa culture ; c'est – à –dire rester toujours tête haute malgré la situation.

Le diagnostic positif de dépression traduirait le fait que Monsieur F se situerait aussi dans la phase de dépression malgré le fait qu'il soit à cinq années.

#### **4. Résumé des analyses des résultats des entretiens et du HADs**

Il s'agit du résumé des analyses des entretiens et des scores du HADs de nos trois participants

##### **4.1. Résumé des résultats des entretiens**

Il ressort des résultats des entretiens que nos trois participants optent pour la médecine intégrative (thérapie religieuse, thérapie traditionnelle, thérapie médicale). Tous se soumettent à l'AMP, non par ce qu'ils sont persuadés que c'est l'approche la plus efficace mais simplement parce que c'est leur dernier espoir après le cumul des échecs précédents. Ils veulent enfin résoudre leur problème d'infertilité mais malheureusement ce parcours sera jonché d'obstacles suite à leur souffrance précédente, celle du vécu conjugal. Après un certain moment de recherche de solution, l'idée d'une composante surnaturelle naît spontanément chez les participants. Cela rejoint la théorie du relativisme culturel de Sow (1977/1978) lorsqu'il dit qu'en Afrique noire, toute situation difficile ou mieux toute maladie qui persiste est perçue comme pourvue d'un aspect surnaturel. De même, Sow (1977) explique qu'en Afrique, les difficultés de procréation chez l'homme ou chez la femme peuvent être liées à la manigance de sorcellerie dans la mesure où dit-il, dans les sociétés patrilinéaires, le sorcier utilise les médiateurs pour manger le ventre de ses victimes.

Tous les trois couples ont mis sur pieds des mécanismes de dégageant à la fois en rapport avec les rites et soumission aux thérapies traditionnelles, aux prières et thérapies religieuses et aux techniques biomédicales, mais surtout le fosterage même si ce dernier n'est pas adopté par le troisième couple.

Comme mécanismes de défense, on retrouve l'évitement et la projection chez tous les trois, le déni chez Monsieur A, le refoulement chez Monsieur A et Monsieur F, l'ambivalence chez les trois au regard de la pratique de la technique d'IAD. La proposition d'IAD plonge nos trois participants dans une position indécise ; ceci marque la souffrance consécutive à la fois aux contraintes culturelles, à la sauvegarde du secret, à la honte du regard de l'autre dans la société et aux répercussions mystico-religieuses. Dans les cultures d'origine de nos trois participants, l'infertilité de l'homme reste taboue et ne pas avoir d'enfant est perçu comme un crime.

Les participants ont rapporté qu'un mariage sans enfants est souvent perçu comme une malédiction de Dieu, et cela rejoint les propos de Sow (1977/1978) quand il dit que le plus grand malheur qui puisse frapper un homme est de mourir sans laisser de descendance. Alors l'absence d'enfant est une réelle malédiction. Toute union conjugale sans enfant est donc perçue comme victime d'une sanction de la part de l'ancêtre fondateur qui a tout pouvoir sur la lignée ; d'ailleurs Sow (1977/1978) souligne que la vie, la force, la fécondité sont articulés sur l'Être de l'Ancêtre fondateur qui constitue ainsi l'axe auquel se structure l'existence de chacun. Alors, l'interprétation de la maladie d'après l'auteur peut se faire selon trois registres ; à savoir : l'action intentionnelle d'un mauvais esprit, sorcier et effet de fétichage, marabout ou empoisonnement ; ensuite l'action intentionnelle des ancêtres et de Dieu ; enfin la discordance avec les signifiants culturels et les troubles communautaires élargis.

L'hypothèse de recherche première (Hr 1) qui stipule que : « la souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive aux contraintes culturelles perturbe son parcours d'AMP » s'avère pertinente.

Ici les participants se refusent de penser à la possibilité de don de sperme par ce que cela remet en question leur virilité et une perte d'autorité et d'autonomie dans leur couple. Ils se refusent également bien que sollicitant avoir un enfant dans leur foyer l'idée d'un tiers présent à jamais dans leur vie de couple, par ce que cela consisterait en une sorte de trahison envers son épouse. En Afrique et en particulier au Cameroun, l'homme est non seulement le chef dans le couple mais est considéré comme le tout puissant, sa voix est la plus autorisée dans un ménage ; emprunter le sperme pour féconder sa compagne témoigne de sa faiblesse, d'où ce sentiment de culpabilité perceptible à travers le discours de nos participants. Les symptômes anxio-dépressifs observés chez ceux-ci témoignent de leur souffrance dans le couple. Certains participants (M. A.) n'ont pas dévoilé leur maladie à leur proche. Ils préfèrent laisser leur conjointe porter le fardeau. Pour eux, ils sont le maillon d'une chaîne et ont la lourde responsabilité d'assurer la continuité de cette chaîne, raison pour laquelle, gagner cette bataille serait un crédo quel qu'en soit le coût énergétique, financier et temporel.

L'Hr2 qui stipule que « la souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive à la peur que le secret entretenu sur l'IAD par la culture ne soit dévoilé perturbe son parcours d'AMP » trouve toute sa pertinence au vu des résultats obtenus.

Cela s'observe dans les attitudes des participants. Tous ont gardé le secret de leur pratique de l'AMP de tel enseigne qu'aucun membre de leur famille ne puisse être au courant même en cas d'échec ; et se fut pareil pour la proposition de l'IAD que même la conjointe ne devra pas savoir. Ce secret induit bien évidemment une grande souffrance dans la mesure où, en pensant à l'IAD, tous s'inquiètent non seulement de leur devenir et de celui de la génération future avec un enfant qui n'est pas le leur, mais aussi du regard social et des conséquences socio-culturelles y afférentes. Le fait de s'imaginer dans un futur plus ou moins proche en compagnie d'un enfant coupé de leur sang les plonge respectivement dans une sorte de culpabilité, sentiment d'avoir violé les valeurs culturelles et ancestrales. Ceux-ci ont indiqué qu'il y a des jours où la réalité de la vie sans enfants semble trop difficile à gérer, mais qu'ils ont trouvé des moyens d'y faire face à travers des prières quotidiennes, l'espoir, la confiance en soi et la véritable acceptation de leur destin. On comprend qu'ils aient mis sur pied une stratégie d'adaptation leur permettant de continuer à maintenir une sorte d'équilibre psychique.

L'Hr3 qui stipule que « la souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive à la honte du regard que les autres portent sur lui dans la société perturbe son parcours d'AMP » montre toute sa pertinence au vue de ces résultats.

Cela est a noté à partir des sentiments de culpabilité relevés dans leurs discours respectifs, les sentiments de perte d'estime de soi et même de peur d'un éventuel divorce ; surtout pour ceux dont les épouses n'avaient aucun problème médical décelé, ou encore avaient déjà eu un enfant d'une précédente relation. La honte du regard de l'autre dans la société se faisait également percevoir à travers les sentiments d'incomplétude. La plupart des participants ont pris les enfants dans leur famille pour dissuader ce regard du prochain qui pourrait penser qu'il n'y ait pas de descendance dans la maison.

L'Hr 4 qui stipule que : « la souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive aux persécutions mystico-religieuses perturbe son parcours d'AMP » montre toute sa pertinence au regard des résultats obtenus.

Cela se fait remarquer dans les discours des participants qui ont tous évoqué l'action certaine des forces mystiques ou des sorciers dans leur situation. Tous les participants ont des doutes sur la cause réelle de leur problème. C'est ce qui explique un multivers thérapeutique. Si ceux-ci prennent tous des décoctions des tradithérapeutes et vont aussi vers les pasteurs c'est parce qu'ils ont ce sentiment d'être victimes d'une persécution. De même, ils ne font confiance

à personne ni dans leur entourage proche non plus lointain ; ceci dans la mesure où chacun est susceptible d'être auteur de leur souffrance, ce qui crée une souffrance potentielle au regard de tout le monde. D'ailleurs en Afrique comme l'a si bien signalé Sow (1977) chaque famille à ses mauvais esprits et même ses sorciers. De même nos participants font allusion aux rites et coutumes traditionnelles dans l'optique de barrer la voie à cet esprit maléfique qui formerait un obstacle à leur épanouissement. Nos participants sont englués dans une souffrance conjugale qui empiète conséquemment à leur parcours thérapeutique de l'AMP.

De toute l'analyse précédente, on ne peut se douter de la pertinence de l'hypothèse générale de ce travail qui affirme que : « *La souffrance du conjoint camerounais infertile appréhendée culturellement perturbe son parcours d'AMP* ». Celle-ci est théoriquement ancrée. Si on s'en tient à la théorie ethno-clinique clinique de Sow (1977) qui dit qu'en Afrique, toute souffrance ou maladie (physique ou psychique) prend sens dans le contexte socio-culturel dans lequel elle émerge et les prises en charge, dans leur efficacité s'étayent sur ce sens ; ceci laisserait penser que les valeurs culturelles des conjoints africains devraient plutôt servir d'atout dans leur parcours thérapeutique d'AMP et non le contraire.

#### **4.2. Résumé des analyses des résultats du HADs**

L'analyse transversale du HADs montre que tous les trois participants ont quasiment les mêmes scores sur les deux sous échelles avec la prédominance des mêmes items, ralentissement et angoisse. Tous présenteraient un syndrome anxio dépressif mais se situeraient plus dans la phase de dépression telle que décrite par Kübler-Ross (1969). Ce diagnostic positif se justifierait par l'absence des soins psychiques dans le protocole de prise en charge médicale. Dans cette phase telle que décrite par Kübler-Ross, il y a la possibilité de l'acceptation. C'est la période la plus longue et souvent la plus difficile. D'après l'auteur, elle peut durer des mois et même se prolonger pendant plusieurs années. C'est le moment où l'imagination se calme et où le patient commence à se confronter à la réalité. La panique commence à s'apaiser, de même, le brouillard émotionnel se dissipe. C'est la grande tristesse caractérisée par une insociabilité et une diminution d'énergie. Le patient est immergé totalement dans sa détresse, alimentée par des sentiments de culpabilité et une remise en question permanente.

L'existence de l'anxiété pourrait par conséquent être un frein ou une interférence dans l'efficacité du suivi médicale. On sait bien qu'en état de dépression, qu'elle soit masquée



comme il le semble dans ces trois cas, ou non, l'organisme réduit le niveau de fonctionnement de plusieurs de ses systèmes pour privilégier les fonctions vitales

## 5. Discussion des résultats

Trop peu d'auteurs en sciences humaines se sont intéressées au vécu de l'infertilité chez l'homme, comme le souligne Bourdet- Loubère et Pirlot (2012). On note le manque de données consistantes en ce qui concerne les aspects relationnels des hommes avec leurs conjointes dans les couples infertiles. De même, l'adoption qui reste l'une des meilleures solutions pour surmonter l'infertilité (Lavallée & al. 2007). C'est aussi l'une des solutions en cas d'infertilité chronique malgré les multiples problèmes que cela peut engendrer ou engendre dans les familles comme cela peut s'observer dans les résultats de cette recherche ou deux des trois couples se sont soumis à la pratique du fosterage. Cela concorde avec les travaux de Doris Bonnet (2014) donc l'enquête auprès des couples infertiles montre que ceux-ci ont des avis relativement critique à l'égard de la pratique du fosterage, mais s'y soumettent malgré. Tout comme Doris Bonnet, cette recherche montre que le fosterage n'est pas toujours la solution idoine pour les couples. D'une part cette solution procure du bien par ce qu'on se retrouve avec des enfants dans la maison ; ce qui polit l'image familiale perçue par le passant ; mais d'autre part, ce qui a été considéré comme solution induit plus tard des conflits interfamiliaux. Dans la plupart de cas, selon les propos des participants à cette recherche, les parents biologiques viennent récupérer leur enfant avec des soupçons de maltraitance, de négligence, voire de vampirisme. Doris Bonnet (2014) va plus loin et affirme que le recours à l'assistance médical à la procréation n'annule pas malgré ses critiques une volonté simultanée d'adopter et surtout une acceptation du fosterage.

Il faut signaler qu'au Cameroun, la plupart des études sur l'AMP n'ont été menées que par des anthropologues qui ont toujours mis l'accent sur la souffrance de la femme. D'ailleurs Doris Bonnet et Duchesne (2014) expliquaient déjà que les récits de vie des couples face aux parcours médicaux mettent en relief un sentiment d'épuisement physique et moral en particulier pour les femmes. Il faut dire que la souffrance de la gent masculine n'est généralement pas prise en compte par les auteurs qui mènent des études sur la souffrance conjugale liée à l'infertilité en Afrique.

Bien plus, malgré le fait que l'AMP ait déjà fait ses prouesses dans cette partie du monde et que certains couples y font recours malgré les difficultés financières, la plupart privilégient

les marabouts en cas de difficultés de procréation (Doris Bonnet & Duchesne, 2014). Il faut dire que l'africain infertile cherche plus à connaître la cause de son mal ; cause qui peut être liée à la sorcellerie, un esprit maléfique, aux us et coutumes négligés ou encore au sort qui lui aurait été jeté. Ceci est d'autant plus vrai qu'en cas d'échec d'AMP, les accusations sont beaucoup plus portées sur les rites traditionnels qui auraient été négligés ou encore à une main maléfique extérieure. De même en cas de proposition d'une IAD, le conjoint infertile manifeste une certaine déstabilisation qui s'observe dans de nombreuses questions ; à savoir : « *que dirai-je aux gens ?* » « *Si ma femme me trahit en me faisant le chantage ?* », « *que dirai-je à mes ancêtres ?* », etc. Ces inquisitions témoignent le fait que l'IAD ne soit pas ancrée dans les mœurs africaines.

Les questionnements en rapport avec la qualité (santé) de l'enfant né par l'AMP/IAD reviennent régulièrement dans le discours de nos participants, qui s'interrogent sur la véritable dimension humaine chez des enfants qui viennent par cette voie. Ces questionnements sont relevés et soulignés par Lazaratou et Golse (2006) qui, prenant en compte que l'AMP soit l'objet d'un grand désir et d'un surinvestissement de la part des parents et que les conséquences psychologiques chez l'enfant peuvent être inévitablement liées à l'élaboration d'un vécu traumatogène en rapport avec l'infertilité et les actes médicaux. Il est clair, qu'en contexte africain comme le soulignent Sow (1977-78), De Rosny (1992), Mayi (2010), Nguimfack (2016), Tsala Tsala (2009) qu'en situation de maladie grave ou chronique, l'africain a tendance à rentrer à la source pour demander de l'aide à ses ancêtres. Dans le cas de l'infertilité, il s'agit toujours selon les résultats de cette recherche d'un problème donc on recherche la cause. D'un déni collectif de l'infertilité masculine qui crée plus de souffrance chez celui-ci. Comme le relève aussi dans ses études Apata (2017) qui conclue qu'en Afrique, être infertile ne se conclue qu'au féminin.

A propos de la souffrance chez l'homme infertile, Jaoul (2016) souligne que la souffrance de l'infertilité chez l'homme peut prendre plusieurs aspects. Elle peut avoir une dimension narcissique lorsqu'elle remet en cause sa virilité, tant fécondité et virilité sont associées dans l'imaginaire commun ; elle peut avoir une dimension objectale, être tournée vers l'autre, l'autre conjugal « faire cadeau d'un enfant à sa compagne », mais aussi vers l'autre parental « donner un petit enfant à ses parents ». On voit bien que ceci corrobore aux attitudes de nos participants qui, de peur qu'on ne remette leur virilité en question cachent leurs problèmes de santé à leurs proches et se mettent une pression extrême pour assurer la lignée

descendante que leur a légué leur parents et ancêtres. Presque tous les participants de cette recherche optent pour la polythérapie. Cela rejoint les travaux de l'Alliance des Ligues Africaines et Méditerranéennes contre le cancer (ALIAM) (2017) qui conclut qu'en Afrique, la polythérapie reste le recours thérapeutique le plus sollicité en cas de maladie grave. En ce qui concerne les conduites chez nos participants, on voit une similitude entre elles que ce soit sur le plan cognitif (représentation de l'AMP, souffrance psychique etc.), et comportementale (recours thérapeutique), cela rejoint les travaux de Bourdet-Loubère et Pirlot (2012) qui montrent que « *le parcours des soins et les conditions de la procréation sont vécus de façon relativement homogènes par les hommes en situation d'infertilité* ». Ils insistent aussi sur l'idéalisation de la conjointe, l'humanité et empathie chez ceux-ci envers leur entourage.

Mais contrairement à leur étude, qui conclut que les hommes infertiles expriment très rarement leurs émotions, les participants de notre étude semblent verbaliser voir un peu trop leur émotion en ce qui concerne l'insémination artificielle par le sperme du donneur. Cette différence pourrait provenir du contexte de prise en charge et de la relation thérapeutique dans lequel évoluent nos participants.

La souffrance psychique la plus poignante est celle induite par la situation d'infertilité en Afrique vue la grande incontournable et incontestable place de l'enfant dans les cultures de l'Afrique subsaharienne. Dans les cultures camerounaises par exemple, avoir un enfant semble être une obligation, une contrainte sociale. Généralement attribuée uniquement à la femme (Apata, 2017), l'infertilité du couple est source de plusieurs problèmes dans des foyers et dans les familles au point où la/ les jeune(s) femme(s) ou conjointe(s) est/sont souvent chassée(s) du foyer par leur conjoint ou leurs belles familles qui peuvent même aller jusqu'à les taxer de sorcière. Chez l'homme dans la famille africaine, « la progéniture est comme essence du mariage » (Mehdi, 2016, cité par Apata, 2017). Le jeune homme doit pérenniser la lignée ancestrale. Par conséquent l'infertilité masculine engendre une grande souffrance quand elle est dévoilée ; créant ainsi de gros autres préjugés. Il peut s'agir ici des accusations de malédiction divine, ou de persécution mystique exercée par un sorcier. Dans le cas de la malédiction, il peut s'agir d'une punition divine exercée par Dieu et les ancêtres sur la famille ou d'une punition en rapport avec une non-conformité aux us et coutumes auxquels la famille est liée. Comme soulevé plus haut que l'infertilité de l'homme reste un sujet tabou car dans la plupart des conceptions culturelles africaines, la cause de l'infertilité de couple ne doit pas être « fouillée » du côté de l'homme.

Dans un contexte où les examens médicaux ont été plus ou moins intégrés depuis quelques temps, comment comprendre qu'à la suite de ces examens que la source du problème soit l'homme au lieu de la femme comme culturellement connu ? Il s'avère que de plus en plus, quelques hommes prennent conscience de leur statut d'infertilité mais face à la pression culturelle, continuent de faire semblant comme si le problème incombait à la femme. En situation de difficultés en général et de problème de santé en particulier, l'africain en cette période de mondialisation (échange culturel) se retrouve dans une situation d'entre deux, dans le choix du recours thérapeutique. Quel qu'en soit le choix thérapeutique, la persécution mystique reste au premier plan de la cause de la maladie dans la grande partie de la perception des populations (Sow, 1977 & 1978).

Ainsi, toutes les familles africaines qu'elles soient modernisées ou non, ont ce penchant surnaturel des événements de vie négatifs (Nguimfack, 2016, Tsala Tsala, 2009). De ce qui précède, on peut se poser la question de savoir quelle peut être la place d'une technique occidentale telle que l'AMP en contexte Africain, chargé de « préjugés » ? Aussi, face à une situation aussi délicate que l'infertilité dans un tel contexte africain où l'homme, le mâle est défini et évalué non directement par sa capacité à procréer mais indirectement par le nombre d'enfants qu'il a, comment espérer se trouver une place respectable tout en sachant qu'on est infertile ? Comment gérer soi-même cette situation tout en sachant qu'on est en train de rompre l'ordre biolignagère auquel on a une redevance ? on doit la loyauté qui est un sentiment central dans les cultures et coutumes africaines. De plus, comment espérer vivre dans une société où l'interaction avec les enfants est une obligation ? Déjà dans la culture des Grassfield du Cameroun, un homme sans enfant est enterré à sa mort avec une pierre dans sa main. C'est au regard de tout ce qui précède que nous avons opté pour une recherche centrée sur une étude clinique du conjoint camerounais en situation d'infertilité dans un couple. Les hommes dans cette situation peuvent être retrouvés chez les tradipraticiens, chez les religieux, libre dans les familles, et aussi plus facilement dans les hôpitaux où ils sont à la quête d'une solution à leur problème. Dans le cadre de cette recherche, il s'agit de travailler avec les hommes retrouvés dans cette dernière catégorie ; à savoir dans des structures hospitalières, spécifiquement dans les centres d'Assistance Médicale à la Procréation.

D'après la psychologue clinicienne Takefman (2009), certaines études montrent qu'en dépit de l'insistance des couples à entrer dans les protocoles d'AMP, près de 60% d'entre eux abandonnent les tentatives au bout de trois essais, même quand le pronostic médical est bon.

Jaoul (2009) quant à elle souligne que la prise en charge par l'AMP est tout à la fois source d'espoir et l'occasion de nouvelles Souffrances dans la mesure où la souffrance de l'infertilité qui a été déniée ne disparaît pas.

Le psychopathologue clinicien Durif-Varembont et le psychiatre Rosenblum en 2018, dans le cadre d'une recherche clinique auprès de 24 couples en attente d'insémination artificielle avec sperme du donneur dans un CECOS, soulignent que l'IAD met en jeu une dynamique familiale au-delà de celle du couple confronté à l'infertilité sévère de l'homme. Les éléments significatifs de cette dynamique ont été repérés à travers la révélation à la famille de la démarche d'IAD, le risque de la rupture de la descendance et la prévalence de la composante narcissique de la filiation.

En définitive, plusieurs auteurs dans leurs études ont eu des résultats presque similaires aux nôtres sur plusieurs aspects ; entre autre la souffrance liée à l'infertilité de l'homme dans le couple ; la croyance en la persécution mystique ; le vécu traumatogène en cas d'échec de la procédure d'AMP ; les enjeux de l'IAD dans les familles.



**CONCLUSION GENERALE**

Il était question dans cette recherche de comprendre le vécu du conjoint camerounais infertile aux prises avec les nouvelles techniques de procréation assistée. Rendu au terme de nos investigations, il convient de rappeler qu'en Afrique l'enfant occupe une place prépondérante dans le couple d'autant plus qu'il est non seulement le garant de la tradition mais aussi, la charge de perpétuer la lignée lui incombe. C'est ainsi que donner la vie est l'acte le plus important pour la pérennisation des valeurs culturelles. De même, la fécondité est un signe de bénédiction, la naissance un événement merveilleux qui s'accompagne de fête dans certaines tribus. La naissance d'un enfant dans une famille africaine fait la joie de tout le monde ; c'est-à-dire de la communauté entière ; qui manifeste sa reconnaissance envers Dieu et/ou envers les divinités tutélaires de ladite famille.

Pourtant, plusieurs couples n'ont pas la possibilité de vivre cet heureux événement du fait de l'infertilité de l'un ou des deux conjoints. L'infertilité en question est considérée au Cameroun comme un signe de malédiction. Ombolo (1990, p. 56) dit de cela que c'est une catastrophe dans la vie du couple ; car pour l'époux, c'est une horrible perspective de l'interruption de la lignée de descendance transmise par le père et pour cela il ne sera pas vénéré un jour comme ancêtre. Pour l'épouse, c'est à la fois la douleur intime d'être privée de ce qui constitue le bien suprême dans la vie sociale ; assurant à toute femme sa pleine valeur. Aussi, l'infertilité assure à la femme la mauvaise conscience de priver son mari du bonheur ; étant donné que dans l'imaginaire populaire, c'est elle seule qui est responsable dans ce drame de l'infertilité du couple.

Cependant, depuis l'avènement du spermogramme, plusieurs pathologies mettant en exergue l'infertilité masculine ont été révélées, levant ainsi le fardeau de l'infertilité du couple sur la femme qui était potentielle vectrice. C'est ainsi que pour essayer de trouver une solution à ce handicap, générateur de blessures, les conjoints font recours à un multivers thérapeutique, entre autre l'assistance médicale à la procréation. Cette pratique, depuis la naissance de Louise Brown en Angleterre en 1978 fait la joie de certains couples au vue du nombre de naissances récoltés chaque année. Signalons aussi que ladite pratique a été longtemps encadrée par la loi fédérale sur l'AMP adoptée en suisse le 18 décembre 1998 qui stipulait qu'elle ne peut être appliquée que si elle permet de remédier à l'infertilité d'un couple quand les autres traitements ont échoué ou ont été vains ; ou encore s'il y a risque de transmission d'une maladie grave aux descendants et qu'il n'y ait aucune possibilité d'écarter cette difficulté. Alors ; l'insémination artificielle dont il s'agit dans le cas d'espèce, est l'une des techniques de l'AMP indiquée chez

l'homme lorsqu'il présente des troubles de l'éjaculation, ou certaines anomalies du sperme telles que l'azoospermie, l'oligospermie, l'asthénospermie et bien d'autres l'empêchant de réaliser son rêve de devenir père. Cette technique peut être utilisée de façon homologue (lorsqu'elle est pratiquée avec le sperme du conjoint : IAC), ou hétérologue lorsqu'elle est pratiquée avec le sperme d'un donneur extérieur au couple : IAD).

Nous nous sommes donc intéressé au parcours d'AMP, pratique qui n'est pas encore suffisamment ancrée dans les mœurs africaines en général et camerounaises en particulier. Notre attention était plus focalisée sur le vécu du parcours d'AMP du conjoint camerounais infertile chez qui les valeurs culturelles adressées contre cette méthode induisent une souffrance.

Le problème y afférant est celui du vécu du conjoint camerounais infertile dans son parcours de l'AMP. Si tant est que la littérature sur la question fait écho de l'importance des valeurs de la culture à laquelle appartient le sujet (l'individu) dans la structuration de sa souffrance et de sa mise en sens dans son parcours thérapeutique (AMP). La question de départ est la suivante :

« Comment la souffrance du conjoint camerounais infertile retentit-elle sur son parcours d'AMP ? »

Après avoir rassemblé suffisamment d'éléments théoriques dans ce sens, nous nous sommes rendus sur le terrain utilisant le regard naturel et l'échelle du HADs pour mieux cerner cette situation. Cette observation s'est faite dans l'une des cliniques d'AMP dans la ville de Douala au Cameroun pendant notre stage de recherche en psychologie clinique. A la suite de cette observation, nous avons eu à constater que certains conjoints camerounais infertiles confrontés à l'AMP abandonnaient en cours de traitement d'autres se résignaient et poursuivaient la procédure tant dis qu'une autre catégorie, celle à qui la proposition d'IAD était faite, restait indécise. Cette indécision, marquée par des exigences culturelles était accentuée par des souffrances psychiques telles que l'anxiété, les états dépressifs, le sentiment de culpabilité, d'incomplétude, de honte et d'angoisse etc.

Notre hypothèse de départ était formulée comme suit : « La souffrance du conjoint camerounais infertile appréhendée culturellement perturbe son parcours thérapeutique d'AMP ».



L'objectif général étant de comprendre le vécu du conjoint camerounais infertile dans son parcours d'AMP compte tenu de sa souffrance conjugale dans un contexte encore marqué par des exigences culturelles.

La formulation de cette hypothèse a été guidé par trois théories à savoir :

- *La théorie du désir d'enfant telle que présentée par Bydlowski (1997).* En fait l'auteur pense que désirer un enfant est le mouvement le plus naturel du monde parce qu'il est partagé avec les autres espèces vivantes. D'après elle, « *le désir d'enfant serait la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmission de l'histoire personnelle et familiale* » (p. 139). Bydlowski insiste sur le fait que les uns et les autres aient commencé à prendre conscience de la procréation depuis l'inflation de la contraception chimique ; et « *désirer un enfant devient alors une démarche consciente et raisonnable, délibérée, voir programmé* » (2016, P.65). Le désir d'enfant renvoie au désir sexuel dans le souci de prolonger l'espèce. C'est ainsi une pulsion universelle qui entraîne les humains à procréer, peu importe les circonstances dans le souci de ressembler à leurs parents en devenant parents eux-mêmes.

- *La théorie des cinq phases du deuil telle que présentée par Kübler-Ross (1969).* Il faut souligner qu'au départ, l'auteur étudiait plutôt les étapes que doit traverser une personne qui vient d'apprendre qu'elle souffre d'une maladie grave et incurable, des personnes en fin de vie ou encore ceux qui ont perdu un être cher. C'est ainsi qu'après avoir interviewé plus de 200 personnes atteintes d'une maladie qu'ils savent être fatale, Kübler-Ross décide de travailler sur l'aspect psychologique de ces derniers, procédant ainsi par des études de cas. Elle résume donc ce processus en cinq étapes à savoir : le déni et l'isolement, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Ceci sous-entend que quand un individu vient d'apprendre qu'il a une maladie incurable, ou qu'il a perdu un être cher, il peut consciemment ou inconsciemment ne pas admettre que cela est vrai. Ensuite on peut noter cet acte physique ou émotif par lequel il tente de blâmer quelqu'un par rapport à cette situation. On va aussi relever ce processus de négociation par lequel il cherche à retarder l'inévitable. Le sentiment de perte de contrôle ou de désespoir pourra advenir ; et enfin ; va s'en suivre une sorte de stabilité ou de résignation vis-à-vis de la situation.

Il faut néanmoins rappeler que tout le monde ne passe pas forcément par les mêmes étapes et les réactions ne suivent pas toujours le même ordre. Les participants de cette recherche ont dans leurs discours respectifs essayé de décrire chacun à sa manière comment ils ont vécu

non seulement le deuil de l'annonce de leur infertilité mais aussi celui d'après le premier échec de la procédure d'AMP.

- *La théorie du relativisme culturel telle que présentée par Sow (1977)*. Selon la théorie du relativisme culturelle de Sow (1977), les souffrances que les individus développent prennent sens dans le contexte socio-culturel auquel ils appartiennent par rapport à la conception et à la représentation que les peuples ont de la maladie (physique ou psychique) dans ce contexte ; et les prises en charges se fondent ou s'étaient sur ce sens culturel de la maladie. Il montre que l'univers psychique de l'africain est régi par trois sous univers hiérarchiques à savoir : le macrocosmos qui est un sous-univers composé de Dieu et les ancêtres, le mésocosmos qui est le sous-univers composé des mauvais esprits et des sorciers et le microcosmos, composé des éléments physiques visibles et palpables. C'est dans cette perspective que l'étude du parcours de l'AMP (traitement de l'infertilité) du conjoint camerounais infertile a été envisagé.

Il faut souligner que suite à la littérature consultée au sujet du vécu de l'AMP, et au vue des données collectées sur le terrain, la souffrance du conjoint camerounais qui a sollicité l'AMP ne s'explique pas seulement par le deuil lié à la perte de sa fertilité telle qu'expliqué dans la théorie de Kübler-Ross (1969), ni par les tribulations relatives à son désir d'enfant tel que présenté par Bydlowski (1997), mais surtout par les valeurs culturelles de son groupe socio-culturelle tel que souligné par Sow (1977).

Malgré toutes les difficultés liées à la collecte des données, l'application stricte des critères d'inclusion et la réponse favorable du participant à la clairance éthique, nous avons pu recueillir les informations chez trois hommes infertiles âgés de 37 à 44 ans. Cela s'est fait dans une clinique d'aide à la procréation dans la ville de Douala au Cameroun. Il convient de signaler que ces participants ; après échec de la première tentative d'AMP du fait de la mauvaise qualité de leur sperme, nous dirons plutôt la sévérité de leur infertilité ; sont plutôt confrontés à une proposition d'insémination artificielle avec sperme d'un donneur. Ce qui crée, en plus du deuil de leur fertilité une autre souffrance caractérisée par les troubles anxio-dépressifs, remarqué à partir des données des entretiens semi directifs recueillies auprès d'eux ; et de leurs scores respectifs à l'échelle du HADs. Après analyse de ces données collectées et de l'échelle du HADs, nous sommes parvenue à la conclusion selon laquelle les hypothèses de recherche ont été pertinente. Ainsi donc :

- La souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive aux contraintes culturelles perturbe son parcours d'AMP/IAD ; (Hr1)

- La souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive à la peur que le secret entretenu par la culture sur l'IAD ne soit gardé perturbe son parcours d'AMP/IAD ; (Hr2)

- La souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive à la honte du regard que les autres portent sur lui dans la société perturbe son parcours d'AMP/IAD ; (Hr3)

- La souffrance du conjoint camerounais infertile consécutive à la croyance aux persécutions mystico-religieuses perturbe son parcours d'AMP/IAD. (Hr4)

Ainsi donc, cette symptomatologie de l'anxiété et des états dépressifs relevée après la passation de l'échelle du HADs ; la pression de la famille à perpétuer la lignée ; le respect des valeurs ancestrales ; la pratique des rites et rituels ; le poids du secret lié à l'AMP ; l'échec de loyauté vis-à-vis de la conjointe , de la famille et de la communauté ; le sentiment de culpabilité ; le sentiment de perte d'estime de soi et de peur d'un éventuel divorce ; la relation à la sorcellerie, la croyance aux esprits maléfiques pourraient avoir une grande influence sur le parcours d'AMP du conjoint camerounais infertile.

Tous ces facteurs culturels vont ainsi engendrer les échecs, les abandons de la procédure, animés par le doute sur la qualité de l'enfant à naître via IAD, le doute sur l'efficacité du corps médical et même de l'efficacité thérapeutique observés chez le conjoint infertile aux prises avec l'AMP. Alors, pour l'africain infertile, se soumettre à une insémination artificielle avec le sperme d'un donneur serait créer une sorte de rupture, d'abord entre lui et le sous-univers supérieur du macrocosmos c'est-à-dire Dieu, l'Ancêtre fondateur et les esprits des défunts élus ; ensuite entre lui et le sous univers du mésocosmos, constitué des esprits errants, des génies et le lieu des opérations nocturnes des sorciers ; et enfin entre lui et le sous univers du microcosmos c'est-à-dire le village, la société. D'après Sow (1977), le sous univers du mésocosmos est le domaine par excellence de la culture africaine, le lieu où cette culture situe les conflits latents et apparents, lieu de la mouvance sociale.

On peut dans le cas d'espèce comprendre la souffrance du conjoint camerounais infertile qui se représente le secret qu'il portera pour avoir emprunté le sperme d'un donneur afin d'avoir un enfant. Alors, que ce soit vis-à-vis du donneur, de la conjointe, des membres de la famille, des proches ou de l'enfant à naître, le secret, peu importe sa teneur engendre la souffrance chez celui qui le porte.

Il convient tout de même de rappeler tel que signalé au niveau de la discussion de ce travail qu'au Cameroun la plupart des études sur l'AMP n'ont été menées que par des anthropologues qui ont toujours mis l'accent sur la souffrance de la femme dans leurs études. Par rapport à l'abandon de la procédure tel que nous avons constaté, la psychologue clinicienne Takefman (2009), fait état de ce que certaines études montrent qu'en dépit de l'insistance des couples à entrer dans les protocoles d'AMP, près de 60% d'entre eux abandonnent les tentatives au bout de trois essais, même quand le pronostic médical est bon. Au sujet de la souffrance relevée dans le parcours d'AMP, Jaoul (2009) quant à elle souligne que la prise en charge par l'AMP est tout à la fois source d'espoir et l'occasion de nouvelles Souffrances dans la mesure où la souffrance de l'infertilité qui a été déniée ne disparaît pas. De même dans son étude, Bourdet-Loubère et Pirlot (2012) explique que les couples qui s'engagent dans un processus d'AMP font face à un premier traumatisme qui est d'abord celui de leur infertilité ; mais ils ne vont dépasser ou accepter leur situation douloureuse qu'en s'investissant aux technique d'AMP.

Pour ce qui est de la loyauté envers la famille telle que soulignée dans cette recherche, le psychopathologue clinicien Durif-Varembont et le psychiatre Rosenblum en 2018, dans le cadre d'une recherche clinique auprès des couples en attente d'insémination artificielle avec sperme du donneur dans un CECOS, expliquent également que l'IAD met en jeu une dynamique familiale au-delà de celle du couple confronté à l'infertilité sévère de l'homme ; et que les éléments significatifs de cette dynamique ont été repérés à travers le risque de la rupture de la descendance et la prévalence de la composante narcissique de la filiation.

Le champ d'investigation de cette recherche n'étant pas exhaustif, il est envisageable d'explorer d'autres aspects du vécu d'AMP chez les personnes infertiles ; que ce soit chez la gent masculine ou féminine ou encore certains aspects psychopathologiques en lien avec la fécondation in vitro.



**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## DICTIONNAIRES

- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF. Pp. 520
- Rycroft, C. (1982). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Presse Scorpion. ISBN 2-501-00203-2
- Sillamy, N. (1998). *Dictionnaire de psychologie*. vol.1. P. 279. Larousse. ISBN : 2-03-720331-4

## OUVRAGES

- Albernhé, K., Albernhé, T. (2008). *Les thérapies familiales systémiques*. 3<sup>e</sup> édition. Masson. ISBN : 9782294735295.
- Angers, M. (1992). *Initiation pratique à la méthode des sciences humaines*. Centre éducatif et culturel inc.
- Anzieu D. (1975). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Dunod.
- Aulagnier P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. PUF.
- Bacqué M.-F. (2000). *Le deuil à vivre*. Odile Jacob.
- Bardin, M. (1983). *L'analyse du contenu*. PUF.
- Bruchon-Schweitzer (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Dunod.
- Bologne, J.C. (1988). *La Naissance Interdite*. Olivier Orban. p.62
- Bologne J.-C. (1995) : *Histoire du mariage en Occident*. Hachette littératures.
- Bologne, J. (2016). *Histoire du couple*. Éditions Perrin
- Boszormenyi- Nagy, I. & Spark, G. (1973). *Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. Hagerstown, Md., Medical Dept., Harper& Row.
- Boszormenyi-Nagy, I., Krasner, B. (1986). *Between give and take. A Clinical Guide to Contextual Therapy*. New York : Brunner/Mazel.
- Bydlowski M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. PUF.
- Bydlowski, M. (2008). *Les enfants du désir*. O. Jacob. p. 5911.
- Caillot, J.-P., Decherf, G. (1982). *Thérapie familiale psychanalytique et paradoxalité*, Paris : Clancier – Guenaud.
- Cahen F. (1978). *L'enfant impossible, Perspectives psychiatriques*, 68, Pp.358-365.
- Chaby L. (2010). *L'infertilité masculine. L'oubli du père*. Évreux : Ed. Ellipses, 141 p.  
<https://www.editions-ellipses.fr/accueil/2546-1-infertilite-masculine-l-oubli-du-pere-9782729854089.html>
- Ciccone, A. (2012). *La Transmission psychique inconsciente. Identification projective et fantasme de transmission*. Dunod.

- Ciccone, A. (2014). *La Psychanalyse à l'épreuve du bébé. Fondements de la position clinique*. Dunod.
- Corbière, M. et Larivière, N. (2014). Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines sociales et de la santé. Presses de l'université du Québec.
- D'onofrio, S. (2004). *L'esprit de la parenté. Europe et horizon chrétien*. Préface de F. Héritier, Paris. Maison des sciences de l'homme. <https://journals.openedition.org/lhomme/2075>.
- De Rosny, E (1992). *Afrique des guérisons*. Carthala. <https://www.karthala.com/1-lafrique-des-guerisons-9782811104368.html>.
- De Singly, F. (1998). *Sociologie de la famille contemporaine*. Nathan.
- Debest, C. (2014). *Le choix d'une vie sans enfant*. PUR.
- Debray, R. (2001). *Épître à ceux qui somatisent*. PUF.
- Debret, J. (2020). *Les normes APA françaises : Guide officiel de Scribbr basé sur la septième édition (2019) des normes APA*. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/manuel-normes-apa/>
- Delaisi de Parseval G. (1981). *La part du père*. Seuil.
- Delaisi de Parseval, G. (1983). *L'enfant à tout prix*. Seuil.
- Delaisi de Parseval, G. (2008). *Famille à tout prix*. Le Seuil, 2008. Geneviève
- Delassus, J. (2010). *Le corps du désir : Psychanalyse de la grossesse*. Dunod.
- Depelteau, F. (2011). *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats. Méthodes en sciences humaines*. Les presses de l'Université de Laval. De boeck Université.
- Doris Bonnet (dir.), Duchesne, V. (dir.) (2016). *Procréation médicale et mondialisation : expériences africaines*. Paris : L'Harmattan. ISBN 978-2-343-09974-3
- Durant, J.P., Weil, R. (2006). *Sociologie contemporaine*. Editions Vigot.
- Eiguer A. (1989). *Un divan pour la famille. Du modèle groupal à la thérapie familiale psychanalytique*. Le Centurion, coll. Páidos.
- Ey, H., Bernard, P. et Brisset, Ch. (1989). *Manuel de Psychiatrie*. 6<sup>ème</sup> édition. Masson.
- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient*. PUF.
- Freud, S. (1895). *La naissance de la psychanalyse*. PUF. 1969
- Freud, S. (1904) *Cinq leçon de psychanalyse*. Traduction de l'Allemand par Yves Le Lay, 1921.
- Freud, S. (1914). *Introduction au narcissisme*. PUF (2005).
- Freud, S. (1951). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Traduit de l'allemand par Miche Tort. PUF.
- Freud, S. (1968). *Deuil et mélancolie*. Gallimard.

- Freud, S. (1969). *La vie sexuelle*. Presses Universitaires de France
- Hanus, M. (2003). *Les deuils dans la vie, Deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant*. Maloine
- Héritier, F. (2009). *Une pensée en mouvement. Texte réunis par S. D'Onofrio*. Odile Jacob, p 91
- Hofstede, G. (1980). *Culture's Consequences: International Differences in WorkRelated Values*. Sage Publications, 475p.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, 2e Institutions, And Organizations across Nations*. Sage Publications, 596p.
- Horincq Detournay, R., Noël, R. & Guillemette, F. (2018). *Introduction : points d'attention pour améliorer la recherche qualitative en psychologie. Approches inductives*, 5(2), 1–10. <https://doi.org/10.7202/1054332ar>
- Jaoul, M. D., Gomes, M. M., Albert, M., Bailly et al. (2009). *Prise en charge psychologique des échecs de procréation au masculin*. Masson.
- Julien, P. (1991). *Le manteau de Noé*. Desclée de Brouwer.
- Kaës R. (1976). *L'Appareil psychique groupal*. Dunod.
- Kaës R. (1993). *Le Groupe et le sujet du groupe*. Dunod.
- Kroeber, A.L., and Kluckhohn, C. (1952). *Culture, a Critical Review of Concepts and Definitions*. Cambridge, MA: The Museum.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillan Publishing Co, Inc., New York.
- Lacroix, X. (2004). *Passeur de vie, essai sur la paternité*. Bayard.
- Leahey, J., Yele, C. (2003). *Histoire de liens, histoires de vie. Lier, délier, relier. Actes du 8<sup>ème</sup> symposium du Réseau québécois pour la pratique des histoires de vie*. L'Harmattan.
- Lebovici S. (1998). *L'arbre de vie*. Erès.
- Lecomte, Y., Jama, S. & Legault, G. (2006). *Présentation : l'ethnopsychiatrie. Santé mentale au Québec*, 31 (2), 7–27. <https://doi.org/10.7202/014800ar>
- Mayi, M.B. (2010). *Psychopathologie et Tradithérapie africaine. Perspective actuelle*. dyanoia
- Meynckens-Fourez, M., Henriquet-Duhamel, M.-C. (2005). *Dans le dédale des thérapies familiales*. Erès.
- Michard, P. (2005). *La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy : une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale*. De Boeck Université.
- Michard, P., Guenièvre, S. A. (1996). *L'approche contextuelle*. Morisset.



- Moro, M. R. (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. <https://doi.org/10.7202/502071ar>
- Ogawa, M., Takamatsu, K. and Horiguchi, F. (2011). *Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients*. BioPsychoSocial Medicine. 5 (15)
- Ombolo, J. P. (1990). *Sexe et société en Afrique noire*. Harmattan.
- Radcliffe- Brown, A.R. (1950). *African systems of Kinship and Marriage*. Oxford University Press.
- Rowe, P.J., Comhaire, F.H., Hargreave, T.B., Mahmoud, A.M. (2000). *WHO manual for the standardized investigation, diagnosis and management of the infertile male*. Cambridge University Press.
- Selye, H. (1956). *Le Stress de la vie*. Éditions Gallimard
- Sow, I. (1977). *Psychiatrie dynamique Africaine*. Payot.
- Sow, I. (1978). *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire*. Payot.
- Tavris, C. et Wade, C. (2007). *Introduction à la psychologie. Les grandes perspectives 2<sup>ème</sup> éd.* Québec : Erpi.
- Tchego, J. M. (2001). *L'enracinement culturel en Afrique : une nécessité pour un développement durable : le cas des Bamiléké du Cameroun*. Editions Demos.
- Tsala-Tsala, J.-P. (2006). *La psychologie telle quelle. Perspective africaine*. Presse de l'UCAC.
- TsalaTsala, J.-P. (2009). *Famille Africaine en thérapie. Clinique de la famille camerounaise*. L'Harmattan.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J. et Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. 5e édition entièrement revue et augmentée. Dunod.
- Yana, S. D. (1988). *A la recherche des modèles culturels de la famille et de la fécondité au Cameroun*. L'Harmattan.

### ARTICLES DE REVUES

- Adamayi, H. (2016). Infertilité masculine. *Famille Patriote*. Comité Santé. Repéré le 20/02/2019 de l'URL <http://famillepatriote.org/infertilite-masculine/>
- Arènes, J. (2013). Désir d'enfant et création de l'avenir. *Etudes*. Tome 419. 327 -336.
- Arfouilloux (2001). Séparation et castration. *Revue française de psychanalyse*. 26 (2), 477-487.
- Arpin, S. (2006). Les organisateurs psychiques et socioculturels dans l'instauration du groupe thérapeutique en ethnopsychanalyse. Le transfert et le contre-transfert dans l'intégration de l'hétérogénéité. *Le divan familial*. 2 (17), 11-27.

- Arpin, S. (2007). Introduction. *Le Divan familial*. 2(19), 7-11.
- Benabed A. (2008). Le recours à la technique de procréation médicalement assistée. Étude de quelques trajectoires de couples algériens. *Revue Interrogations*. N°6. La santé au prisme des sciences humaines et sociales, juin 2008 [en ligne], <https://www.revue-interrogations.org/Le-recours-a-la-technique-de> (Consulté le 17 décembre 2018)
- Binet, J-R. (2017). La législation garante de la protection de l'enfant ? Le point de vue du juriste », *Cahiers Droit, Sciences & Technologies* [En ligne], 7 | 2017, mis en ligne le 09 janvier 2018, consulté le 06 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/cdst/576> ; DOI : 10.4000/cdst.576
- Bochet de Thé, M. P. (1985). Rites et associations traditionnelles chez les femmes bété (sud du Cameroun), in Jean-Claude Barbier, *Femme du Cameroun : mères pacifiques, femmes rebelles*, Paris : Karthala, pp. 245-275.
- Bonde, J. P. (2010). Male reproductive organs are at risk from environmental hazards. *Asian journal of andrology*, 12(2), 152-6. doi: 10.1038/aja.2009.83.
- Bourdet-Loubère, S. et Pirlot, G. (2012). Le vécu psychologique d'hommes infertiles. Apports du repérage de l'aménagement défensif. *L'information psychiatrique*. 88(9), 721-6. Doi : 10.1684/ipe.2012.0978.
- Bruno, C. (2009). Père et Nom(s)-du-Père (3<sup>e</sup> partie). *Psychanalyse*. 2(15), 136. ISBN : 9782749210674. DOI : 10.3917/psy.015.0123. Erès.
- Bydlowski, S. (2014). Les maux de l'assistance médicale à la procréation : quelle place pour la souffrance psychique ? *Gynécologie obstétrique et Fertilité*. 42 : 861-4
- Cailleau, F. (2005). Le désir d'enfant à l'épreuve du deuil. *Cahier de psychologie clinique*. 1(24), 129-147.
- Cahen, F. (2013). Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982). *Annales de démographie historique*. 126 (2), 209-228. doi :10.3917/adh.126.0209.
- Caumont, C. (2006). La question de l'autorité au regard de la fonction paternelle. *Dialogue*. 31(73), 146. ISBN : 9782749206264, DOI : 10.3917/dia.173.0113. Eres.
- 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.
- Casper, M.-C. (2011). Le psychologue, sa parole et les autres : du secret professionnel à la discrétion absolue. *Cliniques méditerranéennes* 84(2), 141-154. ERES.

- Castonguay, J. et Strub, M. (2014). Analyses économiques de la procréation médicalement assistée. *Revue documentaire du Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisation*. 2014RP-07. Montréal. Québec. ISSN 1499-8629
- Charmillot, M., Bonnet Doris, Duchesne, V. (2014). Parlons-en ! Enjeux de restitution à propos de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation. *Sociologies, dossiers, la restitution des savoir*, mise en ligne le 24 juin 2014. Consulté le 25 aout 2019. URL : [www.journals.openedition.org](http://www.journals.openedition.org).
- Cirillo, S. (2011). L'enfant abusé devient adulte : réflexion à partir de plusieurs situations traitées. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 1 (46), 139-163
- Coëffin-Driol, C., Giami, A. (2004). L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : *revue de la littérature. Gynecologie Obstetrique et Fertilité*. 32, 624-37.
- Darbon, D. (2012). Classe(s) moyenne(s) : une revue de la littérature. Un concept utile pour suivre les dynamiques de l'Afrique. *Afrique contemporaine*. 4 (244), 33-51.
- Darchis E. (2000). L'instauration de la parentalité et ses avatars. *Le divan familial*, (5), 27-42
- De Neuter, P. (2007). Du père œdipien aux tiers symboligènes. *Cliniques méditerranéennes*. 1 (75), 109- 124.
- Debest, C. (2012). Le choix d'une vie sans enfant à travers le prisme des normes parentales et conjugales : Étude de cas en France. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(1), 28–43. <https://doi.org/10.7202/1017382ar>
- Delaisi de Parseval G. (1988). L'enfant qui ne peut pas venir : intérêt de l'abord systémique de la stérilité de couple, *Dialogue*, 100, p.128-137
- Delaisi de Parseval, G. (2009). Secret des origines / inceste / procréation médicalement assistée avec des gamètes anonymes : Ne pas l'épouser / Essai. *Anthropologie et Sociétés*, 33 (1), 157–169. <https://doi.org/10.7202/037818a>
- Diakité, D. (2012). Fécondabilité et condition d'une fertilité normale. Reproduction humaine et hormonale. *Revue de formation médicale continue*. Vol XXV, N° 3-4. Editions Eska.
- Djukanovic, I., Carlsson, J. et Arestedt, K. (2017). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65–80 years old? A psychometric evaluation study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 15 (193). doi: [10.1186/s12955-017-0759-9](https://doi.org/10.1186/s12955-017-0759-9)
- Dollander, M. (2009). Que sait-on de l'infertilité psychogène ? *Bulletin de psychologie*. Tome 26, 5 (503), 467-477. DOI [10.3917/bupsy.5030467](https://doi.org/10.3917/bupsy.5030467).

- Dollander, M. (2014). Deuil périnatal paternel et relation d'objet virtuel. *Dialogue*, 3 (205), 103-114.
- Doris Bonnet (2014). Adopter un enfant dans le contexte de la Procréation médicalement assistée en Afrique subsaharienne. *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 215 | 2014, mis en ligne le 02 octobre 2016, consulté le 23 avril 2018. URL : <http://journals.openedition.org/etudesafricaines/17834> ; DOI : 10.4000/etudesafricaines.17834
- Doris Bonnet et Duchesne, V. (2014). Migrer pour procréer : histoires de couples africains. *Cahiers du genre*. Vol. 1, N° 56. Pp 41-58.
- Dubreuil, M. (2009). L'objet, de la relation « avec » à la relation « à », chez Freud. *Figures de la psychanalyse*. 2 (18), 55 - 75.
- Durif-Varembont, J., Guérin, J., Mercader, P., Dumet, N., Perret, Z. & de Souza, A. (2018). La dynamique familiale des couples en attente de procréation par IAD. *Dialogue*, 219(1), 77-90. doi:10.3917/dia.219.0077.
- Eiguer, A. (2011). Transmission psychique et trans-générationnel. *Champ psy*, 60(2), 13-25. doi:10.3917/cpsy.060.0013.
- Esoh, E. (2006). La prise en compte du magico-religieux dans les problématiques de développement durable : le cas du Ngondo chez les peuples Sawa du Cameroun. *Vertigo-Revue électronique en sciences de l'environnement*. [en ligne]. 7 (3), consulté le 26/08/19. URL : <http://journals.openedition.org>
- Faure, C., Dupont, C., Sermondade, N., Levy, R. (2011). MT/ Médecine de la reproduction, gynécologie et endocrinologie. *Mini Revue*. 13 (4), 175-83.
- Faye, S.L. (2011). Quand les tradithérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales. *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*. N°3. Mis en ligne le 28 novembre 2011, consulté le 26 aout 2019. URL : <http://journals.openedition.org>.
- Fédida P (2002) L'hypochondrie de l'expérience du corps. In : *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Dunod. 109-64.
- Fegert, J.M., Rassenhofer, M., Sproeber, N., Schneider, T., Seitz, A. et König, L. (2012). En effet à long terme des abus sexuels subis dans l'enfance et stratégies d'adaptation : rapport de l'équipe d'enquête de la représentante spéciale pour les affaires de maltraitance d'enfant en Allemagne. *L'information psychiatrique*. 88 (8), 677-685.
- Fernandez, L. & Pedinielli, J. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 1(1), 41-51. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>

- Flis-Trèves, M. et Gellman, S. (2003). Sexualité et aide médicale à la procréation. *Spirale*, 2(2), 65-70. <https://doi.org/10.3917/spi.026.0065>
- Frey, N. (2018). Secret des origines, secret de famille. *Le Coq-héron*, 232(1), 109-115. doi:10.3917/cohe.232.0109.
- Gaille, M. (2014). Médecine de la procréation et désir d'enfant. De l'évaluation normative à l'analyse conceptuelle. *Medecine science*. 30 (2), 206-209.
- Gbetoh, H.M., Etorh, P.A., Gouissi, M.F., Hounkpatin, A.S., Azondekon, R., Guedenon, P., Koumonlou, L., Loko, F.S., Boko, M. (2012). Dosage du plomb et du cadmium dans le sperme des sujets consultant pour infertilité masculine dans la ville de Cotonou. *International Journal of Biology and Chemical Science*. 6(2): 582-591, April 2012. ISSN 1991-8631
- Girard, E., Galini, V., Toma, S. et Streuli, I. (2017). Détresse psychologique des couples infertiles : une approche globale. *Revue Médicale Suisse*. 13 : 371-4.
- Grimaud, L. (2005). Fonction paternelle et institution soignante. *Vie sociale et traitement*, 2 (86), 176-185.
- Gueye, S.M., Ndoye, M., Ouattara, A. (2012). Aspect spécifiques de la prise en charge de l'homme infertile. *Revue de formation médicale continue*, 25, (3) 44-54.
- Hanus, M., (2006). Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques. *Annales Médico Psychologiques*. 164, 349-356.
- Heritier, F. (1985). La cuisse de Jupiter. Réflexion sur les nouveaux modes de procréation, *L'Homme*, 1985, 25 (94), 5-22.
- Huerre, P. & Pelloux, A. (2011). Filiation et parentalité dans l'insémination avec donneur : Interview de Jean-Marie Kunstmann. *Enfances & Psy*, 50(1), 93-107.
- Hurault, J. (1987). Un ouvrage méconnu : *Infécondité en Afrique Noire* d'Anne Retel-Laurentin. *Cahiers d'études africaines*, (105-106), pp.177-185. [https://www.persee.fr/doc/cea\\_0008-0055\\_1987\\_num\\_27\\_105\\_3199](https://www.persee.fr/doc/cea_0008-0055_1987_num_27_105_3199)
- Hodonou, A.K.S., Bayilabou, K. et Voyer, M. (1983). La stérilité en milieu africain au CHU de Lomé. *Médecine d'Afrique Noire, revue d'information et d'enseignement postuniversitaire*. (12), 534-536.
- Jaoul, M. (2016). A propos de deux cas, la souffrance de la stérilité chez l'homme : de la souffrance objectale à la souffrance identitaire. *Le carnet Psy*. 4 (198), 29-34.

- Jouannet, P. (2013). Procréer grâce à un don de sperme : accueillir et transmettre sans gêne. *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], 3 | 2013, mis en ligne le 26 novembre 2013, consulté le 13 mars 2018. URL : <http://journals.openedition.org/revdh/200> ; DOI : 10.4000/revdh.200
- Kadio-Moroko, B. M. (2012). Exploration biologique du couple infertile : rationalisation de la démarche. *Reproduction humaine et hormonale. Revue de formation médicale continue*. Vol XXV, N° 3-4. Editions Eska.
- Kamga, M. et Tillard, B. (2013). Le fosterage à l'épreuve de la migration. Jeunes Bamilékés du Cameroun accueillis en France. *Ethnologie Française*. 43 (2), 325-334. [www.cairn.info](http://www.cairn.info)
- Kaufman, J.-C. (2014). Le choix du conjoint. *Chapitre. Sociologie du couple*. P. 5-30
- Koménan-Dagou, D. (2019). Déni de l'altérité dans le couple conjugal et souffrance psychique chez la conjointe : le cas Ziahi. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 1(72), 215-223.
- Lacan J., (1938). Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Essai d'une analyse d'une fonction en psychologie. *Autres écrits*. Seuil, coll. Le champ freudien, 2001/25.
- Langevin, V., François, M., Boinis, S., Riou, A. (2011). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs). INRS. N° 127, 3ème trimestre
- Lazaratou, H. & Golse, B. (2006). Du désir à l'acte : les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA). *La psychiatrie de l'enfant*, 49(2), 573-599. doi :10.3917/psy.492.0573.
- Le Marcis, F. (2014) Reconnaître ou nier. Trier l'infertilité en Afrique du Sud. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*. 1 (6), 217-237. [www.cairn.info](http://www.cairn.info)
- Leke, R. J. I. (2012). Prévention de l'infertilité : pathologies infectieuse, virales. HIV et IVG. *Reproduction humaine et hormonale. Revue de formation médicale continue*, 25 (3-4), 220-229.
- Lett, D. (1997). Pères modèles, pères souverains, pères réels ». *Cahiers d'études médiévales*, 3(4), 102-112.
- Lévi-Strauss, C. (1981). La notion de structure en ethnologie. *Anthropologie structurale*, Paris, Plon.
- Löwy, I., Rozée Gomez, V. & Tain, L. (2014). Nouvelles techniques reproductives, nouvelle production du genre : Introduction. *Cahiers du Genre*, 56(1), 5-18. doi :10.3917/cdge.056.0005.

- Maters, G. A., Sanderman, R., Kim, A. Y., Coyne, J. C. (2013). Problems in Cross-Cultural Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale: *No Butterflies in the Desert* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070975>
- Maestre, M. (2009). Le couple dans tous ses états. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 42(1), 67-86. doi :10.3917/ctf.042.0067.
- Mandelbaum, J. (2012). L'assistance médicale à la procréation, une technique médico-biologique inscrite dans le champ social : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 4(4), 31-38. <https://doi.org/10.3917/sss.304.0031>
- Mathieu, S. (2012). Religion et assistance médicale à la procréation. *Sociologie*. 3 (3), 267-281.
- Mboussou, M., Mbadinga, S. et Dope Koumou, R. (2009). Religion et psychopathologie africaine. *Information psychiatrique*. 85 (8), 769-774.
- Mehl, D. (2011). La famille contemporaine au prisme des procréations médicalement assistées. *Cliniques méditerranéennes*, 83(1), 95-108. doi :10.3917/cm.083.0095.
- Naouri, A. (1991). Les relations intrafamiliales, point de vue et interrogation d'un pédiatre. *Fuluribles*. 1(153), 51-62.
- Nguimfack, L. (2016). Psychothérapie des familles camerounaises confrontées à la sorcellerie, intervention systémique auprès de la famille d'un enfant délinquant. *Thérapie familiale*, 3 (37), 293-305.
- Niang, I., Ndoye, M., Labou, I., Jalloh, M., Kane, R., Diaw, J.J., Ndiaye, A., Guèye, S.M. (2009). Profil épidémiologique et clinique de l'infertilité masculine à l'hôpital général de Grand-Yoff, Sénégal : à propos de 492 cas. *Andrologie*. 19, (103-107).
- Nizard, S. (2009). Désirs de famille, désirs d'enfant. *Revue des Sciences Sociales*. 41, (52-61).
- Neuburger, R. (2013). Thérapie du couple. Approche systémique-constructiviste. *Cahier de psychologie clinique*. 1 (40), 205-216.
- Ososki, A. L., & Kennelly, E. J. (2003). Phytoestrogens: a review of the present state of research. *Phytotherapy research: PTR*. 17 (8), 845-69. doi:10.1002/ptr.1364.
- Petit, L. (2004). Désir d'enfant. *Spirale*. 4(32), 19 - 26
- Péloquin, k. Brassard, A., Arpin, V., Sabourin, S., & Wright, J. (2018). Whose fault is it? Blame predicting psychological adjustment and couple satisfaction in couples seeking fertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 39(1), 64-72
- Quashie, H., Pourette, D., Rakotomalala, O., Andriamaro, F. (2014). Tradithérapie, Biomédecine et Santé maternelle à Madagascar : paradoxe et pouvoir autour des savoirs et pratiques des reninja. *Health, Culture and Society*. 7 (1). ISSN 2161-6590. DOI 105195/hcs.2014.179/ <http://hcs.pitt.edu>.

- Rives N, Saint Clair A, Mazurier S et al. (1999.) Relationship between clinical phenotype, semen parameters and aneuploidy frequency in sperm nuclei of 50 infertile males. *Human Genetics*. 105: 266-72.
- Rives N, Joly G, Machy A et al. (2000). Assesment of sex chromosome aneuploidy in sperm nuclei from 47, XXY and 46, XY/47, XXY males: comparison with fertile and infertile males with normal karyotype. *Human Mol Genetics*. 6 (2): 107-12.
- Rowe, T. (2006). Fertility and Woman's Age. *Reproductive Medicine*. 51 (2006), 157–163.
- Salpeteur, M. (2010). Espace politique, espaces rituels : les bois sacrés de l'Ouest-Cameroun. *Autre part*. 3 (55), 19-38.
- Schauder, C. (2009). Souffrance psychique liées à la séparation conjugale. Droit à l'enfant et post modernité. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. 4 (78), 13-18. ERES.
- Ségade, O., Golse, B. & Beauquier-Maccotta, B. (2017). Le couple face au recours à une insémination artificielle avec donneur : entre protection du couple et intérêt de l'enfant, comment en parler ? *Spirale*, 84(4), 41-48. doi:10.3917/spi.084.0041.
- Sene, A. (2004). Les structures anthropologiques de l'imaginaire en Afrique noire traditionnelle ou vers une arche typologie des concepts de pratiques rituelles et de représentations sociales. *Sociologie*. Université Pierre Mendès-France - Grenoble II.
- Sermondade, N., Faure, C., Dupont, C., Herbermont, C. Herberg, S., Czernichow, S., Lévy, R. (2013). Obésité et spermatozoïdes. *Correspondances en Métabolismes Hormones Diabètes et Nutrition*. 17 (6), 15-26
- Sheykin, Y., Jung, M., Yoo, P. Schulsinger, D. & Komaroff, E. (2011). *Human Reproduction*. *Fertility Sterility*. 23 (10), 10-16.
- Shi, Y., Sun, Y., Hao, C. et al. (2018). *Transfer of Fresh versus Frozen Embryos in Ovulatory Women*. *The New England Journal of Medicine*. 378: 126-136 DOI [10.1056/NEJMoa1705334](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1705334)
- Smagulova, F., Charlotte François, Vialard, F. et Vid, A. (2015). La recherche sur la reproduction animale et humaine. « Approche intégrative et translationnelle de la reproduction animale et humaine ». *Groupement de Recherche*. GDR.
- Stitou, R. (2007). L'inconscient à la croisée du singulier et de la culture. *Cahier de psychologie clinique*, 2(2), 14-160
- Stoleru S, Teglas JP, Fermanian J, Spira (1993) Psychological factors in aetiology of infertility: a prospective cohort study. *Human Reproduction*. (8), 1039–4610.
- Storelu, S., Mer, M. (1995). Problèmes méthodologiques de la recherche : Présentation de l'entretien semi-dirigé multi registre. *Devenir*, 7(3), 55-75.



- Stoléru S, Teglas JP, Spira A, & al. (1996). Psychological characteristic of infertile patients: discriminating etiological factors from reactive changes. *J Psychosom Obst Gynaecol.* 17:103-18.
- Squires, C., Jouannet, P., Wolf, J.-P. Cabrol, D. et Kuntsmann, J.-M. (2008). Psychopathologie et procréation médicalement assistée : Comment les couples infertiles élaborent-ils la demande d'enfant ? *Devenir.* 20 (2), 135-149.
- Stryckman, N. (2009). Le désir d'enfant chez l'homme. *Le Bulletin Freudien.* (54), 151-159, [http://www.association-freudienne.be/pdf/bulletins/2-12\\_Stryckman\\_54.pdf](http://www.association-freudienne.be/pdf/bulletins/2-12_Stryckman_54.pdf)
- Sylla, O. et Platteau, G. (2008) : L'évolution du couple en milieu africain et européen permet-elle les processus de différenciation ? *Thérapie familiale* 29(1) : 43-6.
- Sylla, O. et Platteau, G. (2009). Le couple contemporain en Europe et en Afrique. Regards croisés. *Cahiers critiques de thérapies familiales et de pratique de réseaux.* 1 (42) 255-266.
- Tain, L. (2005). Les nouvelles techniques de reproduction, nouveaux acteurs, nouveaux enjeux. *Informations sociales.* (128), 53.
- Tichit, C. (2009). Le spectre de la stérilité en Afrique centrale, de la question épidémiologique au risque social. *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action. Chaire*
- Touré E. A., Brou Kadio-Morokro, M. (2012). Prise en charge du couple infertile/rationalisation de la démarche. *Revue de formation médicale continue.* 25 (3-4). Editions Eska.
- Trouvé, C., Dayan, J. & Sauvalle, A. (2004). IAD : anonymat et secret : Enquête auprès de dix-huit couples avec enfants. *Spirale,* 32(4), 77-100. doi :10.3917/spi.032.0077.
- Tsala-Tsala, J.-P. (2007). Secret de famille et clinique de la famille africaine. *Le divan familial. Revue de thérapie familiale psychanalytique,* 19, 31-45.
- TsalaTsala, J.-P. (2009). Pour une méthodologie de l'intervention. Clinique de la famille camerounaise. Dans J.-P. Tsala Tsala, *Famille africaine en thérapie* (225-242). Harmattan
- Vaillancourt-Morel, M.P., Godbout, N., Sabourin, S., Péloquin, K. et Wright, J. (2014). Les séquelles conjugales d'une agression sexuelle vécue à l'enfance ou à l'adolescence. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles.* 1 (3), 21-41.
- Vacheron, M.-N, Ducroix, C., Choudrey, M. (2008). Du désir d'enfant au désir de l'enfant : particularité chez la femme atteinte de trouble psychotique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* (56), 506-511.
- Verjus, A. (2013). La paternité au fil de l'histoire. *Informations sociales.* 2 (176), 14-22.

- Vodermaier, A., & Millman, R. D. (2011). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: *A systematic review and meta-analysis*. 19(12) :1899-908. doi: 10.1007/s00520-011-1251-4
- Zegers-Hoschild, F., Adamson, G.D., De Mouzon, J. et al. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (IMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertilization and Sterilization*. 92 : 1520-4.
- Zempleni A. (1975). De la persécution à la culpabilité. In : *Piault C (éd.). Prophétisme et Thérapeutique. Albert Atcho et la communauté de Bregbo*. Hermann, coll. « Savoir » : 153-218.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 67(6) :361–70. 9.

### CHAPITRES DE LIVRES

- Daar, A. S. et al. (2002). Infertility and Social Suffering: Dans V. Effy, P.J. Rowe & P.D. Griffin (dirs.), *Current Practices and Controversies in assisted reproduction* (pp. 15-22). New York: The Free Press.  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42576/9241590300.pdf;jsessionid=483087BF4214B49FFAC3D483421D5B91?sequence=1>
- Fédida, P. (1982) La clinique psychanalytique en présence de la référence génétique. Dans P. Fédida, (dir.), J. Guyotat (dir.) & J.M. Rober (dir.) *Génétique clinique et psychopathologie, hérédité psychique et hérédité biologique*. Simep, Villeurbanne, p. 41.
- Fiadjoe, M. (2012). Problématique de la procréation par tiers donneur en Afrique. Dans J.-M. Mayenga (dir.) *Reproduction humaine et hormone. L'infertilité en Afrique. Revue de formation médicale continue*. Vol. XXV, N°3-4. Editions Eska.  
<http://asgosenegal.org/docs/Biblio/InfertilitAfrique.pdf>
- Frydman, R. (2017). Les pères face à la procréation médicalement assistée. Dans M.-C., Nine Glangeaud-Freudenthal (dirs), *Accueillir les pères en périnatalité : Cahier Marcé n° 7* (pp. 63-68). Toulouse, France : ERES. doi: 10.3917/eres.glang.2017.01.0063.
- Kathy, D., Larivière, N. Corbière, M. (2014). L'étude de cas Illustration d'une étude de cas multiples visant à mieux comprendre la participation au travail de personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Dans M. Corbière (Eds) & N. Larivière (Eds). *Méthode qualitative, quantitative et mixte. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 73-96). Presses de l'Université du Québec. Canada.

- Mandelbaum, J. (2011). Histoire de la fécondation *in vitro*. Dans C. Poncelet & C. Sifer, (dirs.). (2011). *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*, pp. 63-71.  
[https://www.researchgate.net/publication/321616528\\_Physiologie\\_pathologie\\_et\\_therapie\\_de\\_la\\_reproduction\\_chez\\_l'humain/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/321616528_Physiologie_pathologie_et_therapie_de_la_reproduction_chez_l'humain/citation/download)
- Massager, N. (2001). Gestation pour autrui. Dans G. Hottois, & J-N. Missa (dir). *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, 482-488. De Boeck Université, Bruxelles
- Mbunda, D. (1983). Valeurs culturelles, tradition et modernité. Dans UNESCO, *Problèmes de la culture et des valeurs culturelles dans le monde contemporain*. 2 pp. 4-67).  
[https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000054681\\_fre](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000054681_fre)
- Otye Elom, P.U. (2014). Manger la honte en négro-culture : une analyse ethno-anthropologique des anti nourritures des rites tso, ndongo et ngii chez les Beti-Bulu du Cameroun. *Acta Iassyensia Comparationis, The shame* 13 (1) pp. 1-8.  
[http://www.literaturacomparata.ro/Site\\_Acta/Old/acta13/01.AIC\\_13\\_Oyte.pdf](http://www.literaturacomparata.ro/Site_Acta/Old/acta13/01.AIC_13_Oyte.pdf)
- Pierzo, M.E., Legault, G., (2000). L'interface ethnopsychiatrie-intervention sociale. Dans G. Legault (dir.), *L'intervention interculturelle*, Gaëtan Morin, Boucherville, (1),286-287
- Reuchlin, M. (2002). La méthode clinique. Dans : M, Reuchlin (dir.), *Les méthodes en psychologie* (pp. 99-118). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.  
<https://www.cairn.info/--9782130526810-page-99.htm>

## RAPPORTS

- Agence de la Biomédecine. (2016). *Rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaines en France*. Consulté le 26/08/2019
- Alliance des ligues africaines et méditerranéenne contre le cancer (ALIAM) (2011). *Les cancers en Afrique francophone*. Paris: ALIAM. Consulté le 27/08/2019
- American Society for Reproduction Medicine. (2004). *Basic biology infertility health*. *RHO*, 866, 101-106.
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). (2019,25 octobre. *L'infertilité*. Repéré le 25/10/19 de l'URL : <https://www.chuv.ch/fr/urologie/uro-home/patients-et-familles/maladies-et-affections/infertilite/>
- Constantin, C., Daverio, J-V. et Zermatten, C. (2010). *Fécondation In Vitro « La bourse ou la vie ?»*. Rapport d'Immersion en Communauté. Université de Genève, Faculté de Médecine.

Commission de l'éthique, de la science et de la technologie (2009). *Ethique et procréation assistée : des orientations pour le don de gamètes et d'embryons, la gestation pour autrui et le diagnostic préimplantatoire*. Gouvernement du Québec.

UNESCO, Auteurs multiples, (1983). *Problèmes de la culture et des valeurs culturelles dans le monde contemporain*. UNESDOC, Paris <http://unesdoc.unesco.org/images/0005/000546/054681fo.pdf>

Médical Compagny Ilaya. (2019). Taux de Fécondité et Statistiques sur L'Infertilité. <https://ivf.ilaya.com/fr/taux-fecondite-statistiques-dinfertilite>.

### ARTICLES DE BLOGS EN LIGNE

Apata, S. (2017, 22 décembre). Quand dans nos mentalités africaines, être infertile ne se conjugue qu'au féminin. <https://www.codap.org/nos-mentalites-africaines-etre-infertile-ne-se-conjuge-quau-feminin/>

Ayissi, B. (2017, 2 décembre). Cameroun : 2258 cas d'infertilité enregistrés en 10 mois à Ngaoundéré. <https://www.camerounweb.com/CameroonHomePage/NewsArchive/Ngaound-r-2258-cas-d-infertilite-enregistr-s-en-10-mois-427529>

Bied-Damon, V. et Mirakian, P. (2019, 12 mars). Facteurs environnementaux et fertilité. [http://www.fivlyon.fr/static/documents/Brochure\\_environnement\\_et\\_fertilite.pdf](http://www.fivlyon.fr/static/documents/Brochure_environnement_et_fertilite.pdf)

Dufour, A. (2017, 27 juin). Cinq questions pour mieux comprendre la PMA. <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Ethique/Cinq-questions-mieux-comprendre-PMA-2017-06-27-1200858406>

Gaspard Claude (2021, 24 mars). Méthodes inductives et déductives : méthodologie et exemples. Scribbr. Consulté le 12 juin 2022, sur <https://www.scribbr.fr/methodologie/methodes-inductives-deductives/>

Gelebart, A. (2015, 12 mars). Les pesticides auraient un impact sur l'infertilité masculine. <https://www.20minutes.fr/societe/1575623-20150331-pesticides-impact-infertilite-masculine>

Houdaille, C. (2017, 25 juin). PMA, GPA ; que dit l'Eglise catholique ? <https://www.la-croix.com/Religion/Catholicisme/PMA-GPA-dit-lEglise-catholique-2017-06-25-1200857862>

- Inserm (2018, 26 août). "Assistance médicale à la procréation (AMP), des techniques pour aider les couples infertiles". <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medicale-procreation-amp/>
- Melman, C. (1990, 11 décembre). La fonction paternelle. Conférence du 11 décembre 1990 à La Salpêtrière, dans le service du Professeur M. Basquin.
- Ngon, C. (2018, 28 août). Tradition et légendes : au cœur des rites et traditions du peuple Maka. <http://www.aulech.com>
- Rambert, H. (2016, 22 mars). L'Afrique, continent le plus touché par l'infertilité. *Le Monde Afrique*. [https://www.lemonde.fr/afrique/article/2016/03/18/l-afrique-continent-le-plus-touche-par-l-infertilite\\_4885427\\_3212.html](https://www.lemonde.fr/afrique/article/2016/03/18/l-afrique-continent-le-plus-touche-par-l-infertilite_4885427_3212.html).
- Ranzanici, G., Redzepi, B., Perez, L. et Torrian, O. (2008). Infertilité et procréation médicalement assistée. Immersion en communauté. Juin 2008.
- Scutti, S. (2017). « *The embryo is just a year younger than the mother who birthed her* », [CNN](http://www.cnn.com), 21 décembre 2017
- Queniart, A. (2013). « Les formes contemporaines de la paternité au Québec ». *La paternité aujourd'hui Bilan et nouvelles recherches*. Série de publications du centre de recherche et de Formation, numéro 3 CLSC côte-des-neiges, Centre affilié universitaire. [http://www.sherparecherche.com/wpcontent/uploads/2013/10/La\\_paternite\\_aujourd'hui](http://www.sherparecherche.com/wpcontent/uploads/2013/10/La_paternite_aujourd'hui)
- WATHI (2017). Quelles sont les valeurs africaines aujourd'hui ? *Mataki*. N° 5 Octobre 2017. Repéré le 22/04/20 de l'URL. <https://wathi.org/wp-content/uploads/2017/08/Mataki-valeurs-africaines.pdf>
- Young, J. (2016). Infertilité masculine : mécanismes, causes et exploration. [https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/JNDES/2016/16\\_jndes\\_infertilite\\_masculine\\_%20j\\_young.pdf](https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/JNDES/2016/16_jndes_infertilite_masculine_%20j_young.pdf)

### MEMOIRES ET THESES

- Aoudou, C. M. (2009). *Acceptabilité socioculturelle de la politique et des programmes de population au Cameroun. Une analyse anthropologique de la fécondité et de la mortalité*. (Thèse de Doctorat non publiée). Université de Yaoundé 1.
- Behonh A. P. C. (2013). *Troubles de la fertilité masculine et rôle du pharmacien d'officine*. [Thèse de doctorat en pharmacie, Université de Lille 2]. [file:///C:/Users/HP/Downloads/le-cozPH14%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/le-cozPH14%20(2).pdf).
- Besson-Jaoul, M. (2010). *Infertilité masculine et blessures symboliques dans la filiation*. [Thèse de doctorat en psychopathologie. Université Paris VII – Denis Diderot].

[https://www.academia.edu/2978831/Infertilit%C3%A9\\_masculine\\_et\\_blessures\\_symbologiques\\_dans\\_la\\_filiation\\_une\\_%C3%A9tude\\_comparative\\_et\\_psychodynamique\\_Th%C3%A8se\\_psychopatho\\_universit%C3%A9\\_Paris\\_VII\\_Denis\\_Diderot](https://www.academia.edu/2978831/Infertilit%C3%A9_masculine_et_blessures_symbologiques_dans_la_filiation_une_%C3%A9tude_comparative_et_psychodynamique_Th%C3%A8se_psychopatho_universit%C3%A9_Paris_VII_Denis_Diderot).

- Corbeil, S. (2016). *Désir de maternité et de paternité dans le couple en processus d'adoption d'un enfant à l'étranger : exploration psychodynamique de la différence dans le désir d'enfant chez les futurs parents*. [Essai doctoral présenté comme exigence partielle du doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/9159/1/D3137.pdf>
- Dieng, P. L. A. (2005). *La procréation médicalement assistée*. [Mémoire de DEA en Droit de la santé. Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Sénégal]. <https://www.memoireonline.com/07/10/3699/La-procreation-medicalement-assistee.html>.
- Faust, H. (2013). *Un jour mon père viendra...la fonction paternelle dans les constellations familiales d'aujourd'hui. Discussion à partir des cas cliniques*. [Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine. Université de Lorraine, Faculté de Médecine de Nancy]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734092/document>.
- Nguekeu, M. R. (2015). *Vécu des liens familiaux et états dépressifs chez la femme Bamiléké infertile : une étude de cas*. [Mémoire de Master en psychopathologie et psychologie clinique non publié]. Université de Yaoundé 1.
- Nguimfack, L. (2000). *La représentation de la maladie de l'enfant chez les mères : cas de la diarrhée chez les Yemba de l'Ouest-Cameroun*. [Mémoire de maîtrise en psychologie, non publié] Université de Yaoundé 1.
- Noubom W. A. (2016). *Aspects étiologiques et thérapeutiques de l'infertilité du couple au CHRACERH/HGY*. [Thèse de Gynécologie-Obstétrique non publiée] Université de Yaoundé I.
- Perrault, M. (2009). *Le féminin chez le père en devenir. Etude comparative entre contexte de grossesse avec menace d'accouchement prématuré et grossesse normale*. [Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/2403/>
- Pirrello-Parnot, L. (2015). *Etude de l'insatisfaction corporelle et du projet d'enfant chez les couples infertiles consultant en centre de procréation médicalement assistée*. [Thèse de doctorat en Psychologie Clinique et Pathologique. Université de de Grenoble]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01225695/document>



**TABLEAUX ET FIGURES**

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Paramètre du sperme.....	181
<b>Tableau 2</b> : Souffrance du conjoint.....	196
<b>Tableau 3</b> : Caractéristiques des participants.....	210
<b>Tableau 4</b> : Grille d'analyse.....	220
<b>Tableau 5</b> : Présentation des résultats de M. A.....	227
<b>Tableau 6</b> : présentation des résultats de M. C.....	231
<b>Tableau 7</b> : présentation des résultats de M. F.....	239



**LISTE DES FIGURES**

**Figure 1** : croisement d'un sperme malade et d'un ovocyte sain ..... **110**

**Figure 2** : croisement d'un sperme hétérozygote et d'un ovocyte sain..... **110**

**Figure 3** : croisement d'un sperme hétérozygote et d'un ovocyte hétérozygote..... **111**

**Figure 4** : croisement d'un sperme ayant une pathologie récessive et d'un ovocyte sain .... **111**

**Figure 5** : croisement d'un sperme et d'un ovocyte ayant tous deux une pathologie récessive..... **112**



**LISTE DES ANNEXES**

**LISTE DES ANNEXES**

**ANNEXE A : AUTORISATION DE MISE EN STAGE.....I**

**ANNEXE B : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE..... II**

**ANNEXE C : GUIDE D'ENTRETIEN ..... III**

**ANNEXE D : HOSPITAL ANXIETY DEPRESSION SCALE.....IV**

**ANNEXE E : LE CORPUS DES ENTRETIENS..... VI**



**LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

- AMP** : Assistance/ aide médicale à la procréation
- CECOS** : Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme
- DO** : don d'ovocytes
- DS** : don de sperme
- FIV** : fécondation in vitro
- IA** : Insémination artificielle
- IAC** : Insémination artificielle avec le sperme du conjoint
- IAD** : Insémination artificielle avec le sperme d'un donneur
- ICSI** : Injection intra cytoplasmique de sperme (Intra-cytoplasmic Spermatozoa Injection)
- IUI** : Insémination intra-utérine
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PMA** : Procréation médicalement assistée
- SO** : stimulation ovarienne
- TEC** : transfert d'embryons congelés
- DPI** : diagnostic préimplantatoire



**ANNEXES**

ANNEXE A : AUTORISATION DE MISE EN STAGE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
\*\*\*\*\*  
Paix-Travail-Patrie  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTE DES ARTS, LETTRES ET  
SCIENCES HUMAINES  
\*\*\*\*\*  
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE  
\*\*\*\*\*  
B.P. 7011 Yaoundé-Cameroun



REPUBLIC OF CAMEROON  
\*\*\*\*\*  
Peace-Work-Fatherland  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTY OF ARTS, LETTERS AND  
SOCIAL SCIENCES  
\*\*\*\*\*  
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY  
\*\*\*\*\*  
P.O.Box 7011 Yaounde-Cameroon



Yaoundé le..... 03 OCT 2019.....

Le chef de département de Psychologie

A

Monsieur le Directeur de la  
**Clinique de l'Aéroport**

Objet : Demande de mise en stage

Monsieur le Directeur,

Je viens par la présente, solliciter la mise en stage académique de recherche, non rémunéré de la doctorante NGUEKEU Marguerite Rose, inscrite dans mon département sous le matricule 11K643.

Dans le cadre de leur formation et leurs recherches, les stages sont impératifs aux étudiants en cycle de recherche. Le présent stage dont je viens vers vous solliciter est plus centré sur la collecte des données en rapport avec sa thèse de doctorat/Ph.D intitulée "*Vécu de l'échec de la Procréation Médicalement Assisté au Cameroun : une étude de cas auprès du conjoint infertile*" sous ma propre direction. Cette collecte de données pourra commencer dès votre accord de principe. La date de dépôt de thèse étant fixée pour début Décembre au plus tard, je vous prie Monsieur le Directeur, d'en tenir compte si les conditions vous le permettent.

Le protocole de recherche et le guide d'entretien sont en pièces jointes à cette demande.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération.

  
CLINIQUE DE L'AEROPORT  
Dr. Chokoteu Evisse  
Pédiatre  
Le Directeur Médical

Le chef de Département

  
Jacques-Philippe TSAI OUSALA  
Professeur des Universités

**ANNEXE B : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE**

Je soussigné, (Nom(s) et Prénom(s)).....

Avoir été invité à participer au travail de recherche qui vise à comprendre l'état d'esprit de l'homme face à la procréation médicalement assistée.

L'investigatrice principale est NGUEKEU Marguerite Rose, étudiante chercheuse à l'Université de Yaoundé 1. Tél : 699 528 440/ 654 457 658.

- J'ai bien compris la notice d'information qui m'a été remise concernant cette étude
- On m'a lu et expliqué la notice d'information relative à cette étude
- J'ai bien compris l'objectif de cette étude
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées
- Les risques et bénéfices m'ont été présentés et expliqués
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer

Mon consentement ne décharge pas les investigateurs de la recherche de leurs responsabilités, je conserve tous mes droits et garantis par la loi.

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la notice de l'information, c'est - à - dire :

- De me soumettre à l'entretien de recherche ;
- De communiquer les informations en rapport avec le sujet de recherche ;

Fait à.....le .....

Investigatrice (Noms et adresse)

Participants (Noms et signature)



**ANNEXE C : GUIDE D'ENTRETIEN**

Dans le cadre de la rédaction de la thèse de doctorat PhD, nous menons une recherche sur la Procréation Médicalement Assistée au Cameroun. Vos informations nous permettront d'aboutir aux meilleurs résultats y afférents. Nous vous garantissons la confidentialité de vos réponses.

**I- Identification du participant**

Pseudo \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_/\_\_\_\_/ Profession \_\_\_\_\_

Nombre d'années de vie en couple \_\_\_\_/\_\_\_\_/ Rang dans la fratrie \_\_\_\_\_

**II- Données Anamnestiques**

- Information sur la découverte de l'infertilité (réaction à l'annonce)
- Différentes démarches entreprises pour y palier
- Des effets de ces solutions

**III- Thème : contrainte culturelle et souffrance**

- Perpétuer la lignée
- Respecter les interdits et les lois ancestrales
- Etre loyal envers la communauté

**IV- Thème : honte du regard social et souffrance**

- Sentiment d'incomplétude
- Peur d'un éventuel divorce
- La sauvegarde du secret

**V- Thème : action mystique et souffrance**

- Croyance au mauvais sort
- Croyance aux pratiques mystico-religieuses
- Mécanismes de défense

**VI- Thème : parcours de l'AMP**

- Réussite
- Échecs
- Abandon

**ANNEXE D : HOSPITAL ANXIETY DEPRESSION SCALE**

Code d'identification : .....

Age : .....

**A- Anxiété**

**-Je me sens tendu ou énervé.**

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

**-J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.**

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

**-Je me fais du souci.**

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

**-Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.**

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

**-J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.**

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

**-J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.**

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

**-J'éprouve des sensations soudaines de panique.**

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

**Score total : ...../21**

**Conclusion A :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**B) Dépression**

**1-Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.**

0 Oui, tout autant.

1 Pas autant.

2 Un peu seulement.

3 Presque plus.

**3-Je ris facilement et vois le bon côté des choses.**

0 Autant que par le passé.

1 Plus autant qu'avant.

2 Vraiment moins qu'avant.

3 Plus du tout.

**3-Je suis de bonne humeur.**

0 La plupart du temps.

1 Assez souvent.

2 Rarement.

3 Jamais.

**4-J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.**

0 Jamais.

1 Parfois.

2 Très souvent.

3 Presque toujours.

**5-Je me m'intéresse plus à mon apparence.**

0 J'y prête autant d'attention que par le passé.

1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.

2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.

3 Plus du tout.

**6-Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.**

0 Autant qu'avant.

1 Un peu moins qu'avant.

2 Bien moins qu'avant.

3 Presque jamais.

**7-Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.**

0 Souvent.

1 Parfois.

2 Rarement.

3 Très rarement.

**Score total : ...../21**

**Conclusion B :**

.....  
.....  
.....

**Conclusion :** .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ANNEXE E : LE CORPUS DES ENTRETIENS**

**Retranscription de l'entretien avec Monsieur A**

Pseudo : Monsieur A,

Région d'origine : Sud-ouest

Ethnie : Bakweri

Religion : Protestant

Age : 37

Profession : Agent administratif

Rang dans la fratrie : 2<sup>ème</sup> d'une fratrie de 9

Nombre d'années de vie en couple : 9

Nature du trouble : problème lié au sperme

Chercheure : bonjour Monsieur A

MA : bonjour Dr

Chercheure : comment allez-vous aujourd'hui ?

MA : ah ! Ça va.

Chercheure: il me semble que vous avez déjà eu à faire l'AMP, vous êtes à la quatrième tentative ?

MA : c'est la deuxième fois Dr. On avait d'abord fait l'autre en 2015. Ça n'a pas donné, on cherchait encore l'argent pour faire l'autre.

Chercheure : puis-je savoir ce qui fait problème ?

MA : hummmmm, [hésite pendant quelques temps], on a fait les échographies, ma femme a un problème, elle n'a pas les trompes, tous les deux-là sont coupées, elle ne peut pas concevoir normalement.

Chercheuse : et vous concernant ?

MA : hmmmmm, [piaf ], je ne sais pas.

Chercheur : depuis quand avez-vous découvert ce problème dans votre couple

MA : on cherchait, on cherchait, rien après on est parti à l'hôpital, c'est là qu'on a dit qu'il y a le problème

Chercheuse : et comment vous-vous êtes pris ? je veux dire quelles ont été les voies de recours ?

MA : On est venu ici, on est seulement ici à la clinique depuis

Chercheuse : je comprends. Vous n'avez rien essayé d'autre pour résoudre ce problème ?

MA: bon ! on a beaucoup essayé mais chez nous, on dit parfois que les gens méchant font aussi ça, que tu ne peux pas accoucher, mais on prie le bon Dieu ; bon ! On est allé à l'église, on est allée à l'église et le pasteur a fait beaucoup de libération ; on est aussi allé au Nigéria, on était là-bas, il a fait beaucoup de choses avec la prière mais on n'a pas trouvé la solution.

Chercheuse : et comment ça se passe entre vous deux à la maison ?

MA : ah ! on s'entend seulement non ? même comme ce temps en temps c'est très dur. On réfléchit sur ça. Je n'arrive pas à faire autre chose, on cherche parce que quand il y a eu un grand problème comme celui-ci, on va seulement continuer seul, sans dire aux gens jusqu'à trouver la solution ; avec le problème là, on s'entend non ? on réfléchit sur comment on peut faire, par ce que c'est la malchance non ? C'est la malchance qui fait qu'on ne conçoit pas, personne ne sait pas comment cela a commencé, ça arrive comme c'est un accident. On s'entend bien vous réfléchir sur ça. Quand Dieu va décider ça va venir.

Chercheuse : comment se comporte les membres de votre famille ?

MA : ah, comme on sait que c'est ma femme qui a les problèmes, on ne me demande rien, ma mère quelque fois nous a apporté des remèdes traditionnels qu'on a bu. Pour les autres, on a

leurs enfants chez nous. Les gens se moquent mais on ne s'occupe pas d'eux. C'est très dur pour moi mais qu'est-ce que je dois faire ?

Chercheure: et avec vos amis ?

MA : Ah, est ce que on a même les amis, on fait seulement les choses à deux par ce que on pense seulement qu'on va avoir notre propre enfant. Sans enfants on est quoi ? rien. Vraiment, c'est pourquoi on vient à l'hôpital comme ça, on a espoir

Chercheure: comment ça se passe avec l'AMP ?

MA : On est venu ici, on a fait l'infiltration, on est parti chez nous, mais le premier mois ça s'est bien passé on est parti dans notre clinique là-bas pour faire l'échographie, on nous a dit que c'est bon, on est parti le deuxième mois on a encore dit que tout s'est bon, on était très content que cela s'est bien passé. Le troisième mois [...] par ce que quand elle est partie pour faire la visite comme ça, le docteur a dit que, le docteur a dit que il ne voit plus leee, il ne voit plus le bébé, il voit seulement, il voit seulement le sang, une boule de sang. [...] pour cela, il m'a appelé, elle m'a appelé et dit queeee, vient à l'hôpital tout à l'heure, et tout à l'heure même j'ai parti [...], encore il m'a expliqué. Il y a le clinique là-bas mais il ne fait pas les trucs qu'on fait ici, j'ai dit qu'on part là-bas, arrivé là-bas ils ont dit que les choses ne sont pas bon. Quand elle est partie là-bas le docteur a dit que elle fait le nettoyage pour quitter ça ou bien il va lui donner le médicament non ? Pour sortir seul mais il a dit que elle va prendre le médicament pour sortir mais avant de sortir elle est tombée, je peux dire à mort par ce que le sang est sorti beaucoup, j'ai eu trop peur.

Chercheure: puis-je savoir quel a été votre ressenti à ce moment précis ?

MA : on va dire quoi ? C'est le moment de souffrance, même si tu pouvais être content comment, c'est mal, on s'est senti très mal. Très très mal, quand c'est comme ça, ça ajoute la souffrance. Tu regardes madame comme ça, tu ne sais. J'étais dépassé, je demandais ce que j'ai fait à Dieu pour que ce soit comme ça ; qu'est-ce que j'ai fait pour que cela m'arrive ? je réfléchis trop, je n'arrive pas à dormir, je vois comment elle souffre comme ça, ça me dérange beaucoup.

Chercheure : qu'est-ce qui vous a motivé à revenir pour une autre tentative

MA : Ce qui nous a motivé à revenir, c'est que, quand tu restes on te demande seulement ce que tu attends pour avoir ta part d'enfant, tu vois les gens, il y a certains gens que quand ils viennent ici même, ils réussissent, beaucoup de gens qui sont venus, les gens qui étaient avec nous, nous ont parlé que il y a les gens qui font ça deux fois, trois fois, jusqu'à cinq fois même, c'est la chance que la première fois ça sorte bien, c'est pour cela on nous a motivé de venir, depuis les gens disent que c'est la chance que quand tu fais ça, ça sorte bien. Ça dépend. On est aussi là on prie mais quand ça vient ça se gâte encore là, ça fait très mal, mais on va faire comment ?

Chercheuse: à votre avis qu'est-ce qui pourrait être à l'origine de cette perte ?

MA: bon ! Quand on est venu pour voir le docteur, il nous a expliqué ça, c'est quelque chose, bon comme on a donné mon sperme non ? C'était un peu faible. le docteur a dit que ce n'est pas très bon ; je ne sais pas ce qui a fait que ça soit faible, je ne comprends rien ; ou c'est la malchance ou ce sont les mauvais gens qui ont fait ça je ne sais pas ; C'est ce qu'il nous a expliqué ; pour cela, il a dit que, avant de faire tout ça là, il va me faire leeeeee, l'examen deeeee, l'examen de l'échographie de spermatozoïde, comme ça non ? Comme je vous dis, il va voir si c'était là non ? Si c'est le truc là qui est mort, il va, il va faire que ça soit bien peut-être il peut arranger en faisant d'une autre manière. Pour cela on va voir les résultats de l'examen là aujourd'hui, on va voir le résultat, ce que lui-même il va dire, si c'est bon, c'est mieux, si c'est pour travailler, il va dire. Avant on a fait tout ça au laboratoire, après j'ai venu donné tout ici, mais avant on avait fait le spermogramme ici.

Chercheuse : Monsieur A, que pensez-vous de la place de l'enfant dans un foyer ?

MA: eh docteur, l'enfant c'est le futur non ? C'est notre euhhhhhh, on dit quoi ? Changement non ? de notre vie mais normalement les enfants ce n'est pas seulement pour euhhhhhh. Comment euhhh je veux dire hmmm, c'est le cadeau de Dieu non ? qu'il donne à tout le monde. Quand même ! C'est Dieu qui donne ça, mais c'est –à-dire que ça va t'aider non ? Si hein.... Voilà. Tu n'as pas d'enfant tu vis comment ? les gens te regardent mal. Il n'y a personne pour te aimer vraiment. Quand ton âge passe déjà tes parents commencent à te demander ce que tu attends pour faire l'enfant. Mon père me demande si je vais rester comme les blancs.

Chercheuse : et si on prenait les enfants dans la famille

MA : on fait mais, il faut avoir un enfant pour lui-même non ? C'est bien d'avoir son propre enfant. Mais normalement on prend les enfants de notre famille, tu comprends un peu non ? Mais tu sais que la famille c'est un peu difficile dans notre coutume, la famille c'est un peu compliqué. Quand on voit que l'enfant est de souffrance, on te donne, quand l'enfant se va se grandir pour aller le meilleur façon, la personne se présente et dit que faut pas faire mon enfant comme ça, il faut aimer d'abord ton enfant, c'est le chose qui dérange dans notre société ; par ce que, même maintenant on a onze enfants dans notre maison. Bon on prend ailleurs, dans notre famille, c'est nous qui donne la nourriture, c'est nous qui donne tout. Mais quand il y a le problème, c'est nous que on insulte. Ohhhhh on n'a pas fait ça sur l'enfant, on n'a fait ça sur l'enfant ; c'est comme ça qu'on est venu ici à la clinique pour faire ça.

Chercheuse : comment appréciez-vous cette technique ?

MA : eeh, ah, on est là aussi, ce qu'on nous demande de faire, on fait aussi, on prie Dieu que pour nous réussit aussi, mais c'est le souffrance, on prend les remèdes, on vient, on part, tout ça c'est l'argent non ? on veut seulement que ils doit faire ce soit bon seulement, pour qu'on vit aussi bien comme les autres, si ça marche tant mieux.

Chercheur : auriez-vous quelque chose à ajouter à cet échange ? Ou une question à poser ?

MA : euuhhh, pour moi, c'est bien de parler comme ça, quand on parle comme ça c'est bien, avoir le psychologue comme ça, qui peut nous écouter, que quand il y a le problème comme ça, on parle, c'est bien. Par ce que quand ma femme a perdu beaucoup de sang là, j'étais trop mal, elle aussi. On n'était là comme ça, on ne pouvait même pas dire à quelqu'un. On seulement était dépassé, bon ! Comme on est onze à la maison, on n'a pas dit aux gens, on a gardé le secret, on a seulement commencé encore à cotiser l'argent qu'on va encore essayer, si le seigneur peut nous aider, bon ! on est revenu comme ça, on prie beaucoup que Dieu donne pour nous l'enfant.

Avis du médecin : Monsieur A, signale qu'en cas d'un don de sperme, que tout se passe à l'insu de son épouse qui pense être au centre du problème du fait d'une double hystérectomie. Ce dernier ne voudrait pas que son épouse sache qu'il a un problème. Il souhaite vivement que le secret soit gardé entre le corps médical et lui seul.

Entretien n°2 (communication téléphonique)



Pseudo : Monsieur A,

Ethnie : Bakweri

Religion : Protestant

Age : 37

Profession : Agent administratif

Rang dans la fratrie : 2<sup>ème</sup> d'une fratrie de 9

Nombre d'années de vie en couple : 9

Nature du trouble : problème lié au sperme

Chercheure : Monsieur A, est ce que vous pouvez me rappelez ce qui vous amène à l'hôpital ces derniers temps ?

MA : Nous sommes encore venus à l'hôpital comme j'ai dit la dernière fois par ce qu'on avait d'abord fait leee, leeee machin là, la FIV, Ça n'a pas donné, on est encore venu pour faire l'autre. On a un peu attendu par ce qu'on cherchait encore l'argent.

Chercheure : MA, vous m'aviez fait savoir que les deux trompes de votre épouse étaient coupées et que c'était ça la cause du problème dans votre couple ?

MA : euhhhhh, bon ! Le médecin aussi dit que j'ai les problèmes, je ne pouvais pas dire devant elle, mais on va encore faire les examens pour que, hèèèè, pour voir ce qui ne va pas, mais elle ne sait pas que moi aussi, j'ai les problèmes. L'examen que ehhh que il a encore fait n'était pas toujours bon, Il a dit que on va voir ce que on va faire, je réfléchis moi aussi pour voir comment les examens là, ça va se passer.

Chercheure : dites-moi un peu comment votre famille, celle de votre épouse et vos amis réagissent en vous voyant comme cela.

MA : pour ma famille, je vous ai dit que ma mère a neuf enfants, je sors d'une famille polygamique, c'est moi seul qui n'ai pas encore les enfants et personne, on ne sait pas pourquoi. Tous ceux qui sont déjà grands ont des enfants. Ils ont pitié de moi ; ma mère me dit qu'elle

prie beaucoup pour moi. Il faut qu'elle voit ma part d'enfant, avant de mourir, ma mère souffre beaucoup comme elle me voit comme ça. Mais on va faire comment, moi-même je souffre, tu vois que marcher à l'hôpital tout le temps, tout le temps comme ça là, ce n'est pas facile, et l'enfant ne vient pas ? , chacun veut avoir sa part d'enfant sinon on va toujours se moquer de toi. Tout le monde sait que c'est ma femme qui a des problèmes, je ne peux pas leur dire que moi aussi j'ai les problèmes et que je souffre beaucoup, comme ça là.

Chercheure : et la famille de votre épouse ?

MA : dans la famille de mon épouse, c'est la même chose, on a tout fait mais ça n'a rien donné, ma belle-mère est chrétienne, elle prie. Ma mère a donné les remèdes du village. elle disait que c'est pour laver le ventre, s'il y a des mauvaises choses, ça va sortir ; on a bu mais ça n'a rien donné . Ça n'a pas marché, tout ce qu'on fait ça n'a pas donné, ah, on est ici à l'hôpital, on prie seulement ; mais ce n'est pas facile. On remet cette situation à Dieu, on sait que c'est lui qui donne les enfants. Si c'est le sorcier, Dieu va nous aider un jour.

Chercheure : et avec vos amis comment ça se passe ?

MA : je vous ai dit que je n'ai pas d'amis. Tous les gens qu'on avait avant ont déjà fait les enfants ; donc quand on est avec eux, ce n'est plus comme avant, tu vois, tu ne veux pas qu'on te regarde, on commence à te poser des questions, better je reste seul avec ma femme ; On n'a pas les amis maintenant, les amis c'est quand vous avez les mêmes problèmes non ? tu es avec les gens, quand tu penses que c'est sûr qu'ils sont en train de parler de toi, better tu les fuis tous ceux qui sont nos voisins n'ont pas ces problèmes ci. Les gens ont leurs enfants et nous regardent bizarrement. Ma femme et moi, on réfléchit tout le temps pour voir comment on va faire pour avoir notre part d'enfant. Les enfants de la famille, c'est seulement les problèmes tout le temps ; ils font seulement des problèmes avec leurs parents. Dès qu'il ya un petit problème, ils disent qu'on fait par ce que ce n'est pas notre enfant.

Chercheure : dites, Monsieur A, comment est-ce que vous vivez cette situation dans votre couple ?

MA : on est là, avec les enfants de la famille. Il n'y a pas de problème entre ma femme et moi. On travaille ensemble, on économise l'argent pour partir toujours à l'hôpital, il n'y a pas de problème

Chercheure : dites Monsieur A. quelle a été votre ressenti quand la grossesse s'est interrompue ?

MA: c'était lééé, lé douleur, une grande souffrance de voir comment, de voir comment on perd notre enfant à 3 mois, c'était dur, je suis resté comme ça, je ne sais pas comment je vais expliquer ça. C'était insupportable. Je ne savais plus comment pleurer. Je regardais seulement comment ma femme était couchée comme ça.

Chercheure : quand avez-vous entendu parler de l'AMP pour la première fois ?

MA : c'est ma femme qui m'avait aussi dit, que c'est son amie qui lui expliquait que les gens font ça, et que quand on a la chance ça marche. Elle m'a dit qu'on peut aussi essayer, quelqu'un lui a dit qu'il a fait ça et que ça a réussi, et je voulais qu'on vienne aussi faire et voir aussi comment ca va donner, j'ai pris cette décision par ce que je sais que le Tout-Puissant va nous aider sur ça, nous sommes à l'hôpital comme ça là, personne ne sait, par ce que les choses comme ça, on ne dit pas à quelqu'un. Ce n'est quelque chose que les gens peuvent faire facilement, donc on ne dit pas au gens, tu viens seulement seul, donc c'est seulement ceux qui ont les problèmes comme nous qui connaissent ça. On ne parle pas de ça à quelqu'un.

Chercheure : vous prenez votre problème au sérieux à quel moment précisément ?

MA : c'est quand ma femme a perdu l'autre bébé, on a coupé son trompe qu'on a réfléchi pour voir ce qu'on peut faire pour avoir l'enfant, ses amies lui ont dit qu'on fait in vitro, par ce que comme elle n'a pas de trompe, elle ne peut plus avoir l'enfant normalement. Bon comme son amie a dit ça et elle m'expliqué, j'ai dit alors qu'on essaie aussi, si d'autres personnes ont fait, on voit que ça marche, pour nous va aussi marcher, c'est Dieu qui décide si ça va marcher. Oui, il va nous aider.

Chercheure : selon vous, pourquoi est-ce qu'il y a eu rupture ?

MA : je ne sais pas, c'est la malchance pour nous. C'est la volonté de Dieu, c'est lui qui donne les enfants, je pense que mon temps n'est pas encore arrivé. Ah, c'est Dieu qui donne les enfants, donc il va mettre la main pour que ça marche.

Chercheure : la dernière vous me disiez que votre sperme n'était pas bon. Avez-vous pensé à un donneur ?

MA : un donneur ?

Chercheur : je fais allusion à un donneur de sperme au cas où le vôtre ne fonctionnerait pas bien

MA : L'autre que le docteur dit qu'on peut prendre le sperme de quelqu'un là est compliqué, c'est le docteur qui va savoir comment, heuhh, il m'a dit qu'il va arranger ; vous connaissez les femmes tu peux faire ça, un jour quand il y a les problèmes, elle dit à tout le monde que je vais faire comment ? si je peux même accepter ça, le docteur ne doit pas lui dire [...], si les gens sont au courant je serai quel genre de père, je vais dire quoi à ma famille ? L'enfant là même hmmm l'autre là je vais encore réfléchir, c'est même quelle malédiction sur moi comme ça

Chercheur : et si vous le faites de commun accord

MA : madame on ne sait jamais, il peut arriver comme ça un jour, non, on ne sait jamais ce qui peut se passer demain.

Chercheur : Que pensez-vous de cette façon de faire ? Prêter du sperme à un homme pour qu'il ait un enfant ?

MA : le médecin nous a dit que c'est quand il n'y a même pas un sperme vivant qu'on peut faire l'autre là. Mais pour mon cas, comme il a dit hmmm, il a dit que c'est là, mais ce n'est pas bon mais, on peut aussi essayer ailleurs voir. Il va encore faire les examens. C'est ce que je souhaite ; je pense que Dieu va mettre sa main dessus et ça va marcher

Chercheuse : ok. Quelles sont les dispositions que vous avez prises pour que l'échec ne se produise plus ?

MA : ah ! Je vais faire comment ? C'est Dieu qui décide, c'est lui qui donne l'enfant, quand notre temps va arriver, ça va marcher et on aura pour nous. Je prie seulement, je ne sais pas ce qu'il faut encore faire, j'ai tout fait, ça n'a pas marché, le médecin a dit qu'on va encore faire les examens pour voir ce qui ne marche pas, je sais que Dieu va nous aider.

Chercheuse : Monsieur A. Dites, comment font ceux qui dans votre situation n'ont pas de moyen pour venir à l'hôpital ?

MA : les gens font la coutume chez nous, avec les problèmes comme ça, on boit beaucoup de remèdes traditionnel, on fait beaucoup la coutume aussi pour voir ce qui ne va pas aussi, quand

tu pars à l'hôpital, ça ne marche pas, tu essaies aussi chez les marabouts, mais nous maintenant on prie.

Chercheure : s'il vous revenait de conseiller cette pratique à quelqu'un est ce que vous le ferez ?

MA : bon, comme c'est d'abord un truc qu'on ne parle pas beaucoup. Mais je n'ai pas encore vu quelqu'un avec qui on a parlé ensemble de ça, mais si pour moi marche, un jour je peux aussi dire à quelqu'un, que va faire aussi pour voir. On est venu par ce qu'on sait que les gens, il faut essayer plusieurs fois pour que ça marche, donc on va toujours essayer jusqu'à ce que ça va donner un jour.

Chercheure : Merci pour vos réponses Monsieur A, bonne chance.

**Retranscription de l'entretien avec Monsieur C**

**1<sup>er</sup> entretien :**

Pseudo : Monsieur C, camerounais,

Ethnie : bamiléké,

Religion : Catholique

Age : 44

Profession : commerçant

Rang dans la fratrie : 5<sup>ème</sup> et dernier né d'une fratrie de cinq (deux filles et trois garçons)

Durée de l'infertilité : 11 ans

Nature du trouble : problème de mobilité et de vitalité des spermatozoïdes

Chercheuse : bonjour monsieur C

MC : bonjour Madame

Chercheuse: comment allez-vous aujourd'hui?

MC : je ne vous dirai pas que je vais bien Madame, puisque je suis à l'hôpital

Chercheuse : alors Monsieur C, vous sollicitez une nouvelle tentative de PMA. Comment avez-vous sû au départ que vous aviez des difficultés à procréer ?

MC : il faut avouer que c'est toujours quelque chose de très difficile, qu'on refuse même de croire pour un début, c'est un réel problème, quand j'avais remarqué qu'on cherchait l'enfant on ne trouvait pas, mon épouse et moi nous sommes rendus à l'hôpital, et il faut dire que c'est depuis onze ans, je mène une bataille, oui, je mène cette bataille. eeeeeet je ne sais pas siii, bon, je me suis suffisamment imprégné dans les pratiques de la médecine. Donc euhhh, je suis resté toujours confiant malgré que ce soit vraiment très difficile à supporter, oui c'est vraiment dur. Par ce que je savais qu'au fur et à mesure des étapes, euhhhh, il va falloir aller étape par étape pour finalement arriver à un bon résultat. Et que ça peut arriver à tout moment, ça peut

arriver à tout moment, bon [...] donc je suis simplement dans cette démarche-là. Je sais que euh euh, il va falloir..., c'est une situation pour laquelle il fallait traverser beaucoup d'étapes et... Bon, on n'est que dans cette démarche-là.

Chercheure : Monsieur C, si je vous ai bien compris vous avez fait onze années de vie en couple ?

MC : Je veux dire moi personnellement, par ce que euuuh, c'est moi personnellement

Chercheure: vous personnellement ?

MC : je veux dire avant celle-ci, avec l'autre, puisqu'avec celle-ci est arrivée, il y a déjà 7 ans

Chercheure : ok, quel est la cause de votre problème ?

MC : euuuuh, j'ai un problème deeeeeee, heinnnnn, on m'a parlé de la vitalité, euhhh, du problème de vitalité, euhhhh de mobilité, de sperme (le ton baisse), la quantité de sperme est insuffisante (la phrase est difficilement saisissable).

Chercheure : je comprends, et quelles sont les mesures thérapeutiques que vous avez entreprises jusqu'ici ?

MC : mesures thérapeutiques ? Vous voulez dire ?

Chercheure : je veux dire les différentes voies de recours pour trouver une solution à votre problème. Qu'avez-vous fait concrètement pour remédier à cela ?

MC : bon, je ne peux vraiment pas dire que je ne suis allé par-ci ou par-là, ou encore même chez les tradipraticiens, mais j'ai pris beaucoup de produits dits naturels, c'est -à-dire les décoctions faites des écorces des arbres, les herbes, les machins, les remèdes indigènes et après euhhhh, les, les produits de la médecine moderne aussi, donc euhhhh, j'ai pris beaucoup de traitements, beaucoup de compléments alimentaires à gauche, à droite, donc pour essayer à chaque fois de parer à cette situation et euhhh, le plus difficile c'est eeeeh, c'est que heinnnnn de tout ça je n'ai jamais déterminer pourquoi, c'est-à-dire que c'est ça le vrai problème, tout ce que j'ai fait comme examen chez les urologues, les gynécologues... donc tout ce qu'on a eu à faire sur moi comme examen jusqu'aujourd'hui n'a jamais permis de comprendre pourquoi est-ce que j'ai ces problèmes. Par ce que je me dis toujours que si on avait trouvé la source, on

aurait pu résoudre le problème. Jusqu'à présent tous les examens ne permettent que de faire le constat. Le sperme n'est pas bon, machiiiiin ainsi de suite, au départ on avait cru que c'était une infection, on a soigné les infections en espérant que ça devait revenir mais ce n'est jamais revenu, on a fait des examens on a parlé de varicocèle, mais après quand on a fait des examens de varicocèle on s'est rendu compte que c'était très faible que ça ne pouvait pas influencer, donc ça ne pouvait pas être ça la cause. Bon ! Maintenant qu'il y a d'autres examens, c'est ça mon vrai problème, c'est par rapport à ça c'est-à-dire on n'a jamais déterminé pourquoi est-ce que j'ai cette difficulté. Et me fait vraiment souffrir.

Chercheuse : et à votre avis, que pensez-vous être la cause de votre problème?

MC : je ne peux pas partir avec des aprioris ; bon puisque je sors d'une famille polygamique. Mon père avait plusieurs épouses. J'ai également beaucoup de frères et sœurs. Bon ! Chez ma maman je suis le dernier né, et aucun de mes aînés de la même maman ; jusqu'à présent, personne n'a eu de tels antécédents et même dans la grande famille n'a ce problème, c'est vraiment ma malchance. Mais du moins à cause, euhhhh, je ne sais pas si je peux appeler antécédents, euhhh je vais appeler comment, euhhhhhh, je vois beaucoup, plus une cause, à la fin je suis arrivé, bon à la fin je suis arrivé à une cause peut-être génétique, même comme tout ce que j'ai lu là-dedans, par rapport à ça, j'ai essayé de fouiller je n'ai pas encore trouvé ; on n'en parle pas trop mais j'ai comme impression que ça peut-être lié à une cause génétique parce qu'il y a quand même quelques antécédents inquiétant dans la famille.

Chercheur : Pouvez-vous nous dire les quels ?

MC : mon inquiétude sur ce que j'ai cru entendre c'est que mon grand-père maternel a eu trop de difficulté à avoir des enfants. Et parmi mes cousins, de l'autre côté donc les enfants de ma tante ; il y a deux personnes qui ont les mêmes difficultés que moi et également même dans la famille du grand père son petit frère a eu un enfant qui avait eu beaucoup de difficultés, qu'il est mort sans enfant. donc c'est ça qui m'emmène à croire que ça peut être un problème génétique ; c'est pour ça que..., c'est même ça qui m'a emmené à dire bon, ça ne sert plus à rien de passer tout le temps à prendre les médicaments parce que c'est ça qui est aussi souvent l'argent, c'est que dans ce processus euhhhhhh on te prescrit des compléments alimentaires, c'est-à-dire que des trucs que tu vas prendre et à la fin quand on prend tout ça, après on se rend compte que bon, tu peux encore lire d'autres documents où on te dit que euhhh, l'impact, euhh l'impact même de ces produits qu'on t'a donné sur la fertilité-là n'a jamais été réellement



prouvé ; donc ça veut dire que, c'est un peu comme si on te faisait prendre un médicament que en réalité on sait déjà d'office que ça ne peut pas résoudre ton problème, je ne sais pas si vous me comprenez un peu Madame ? mon problème m'inquiète beaucoup.

Chercheure : je vous comprends parfaitement bien

MC : donc euhhhh c'est ça mon problème jusqu'à la date d'aujourd'hui, et c'est pour ça que je me suis penché directement là et j'ai pensé que, .... Si ce n'était pas les moyens financiers, j'aurais commencé l'AMP un peu plus tôt par ce que je me suis rendu compte que en fait je menais [...], je menais une bataille qui était perdue d'avance par ce que euhhh, ce que je prenais comme médicament, ce que je prenais comme ceci et cela ne pouvait aboutir à rien. Oui, c'est un peu ça, vous voyez que, avec un problème comme celui- là, vous allez passer le temps à prendre les médicaments alors que ça ne doit rien donner au final, donc euhhhh, je pense que l'AMP est l'ultime solution.

Chercheure: Monsieur C, tout à l'heure vous avez mentionné le manque de moyen qui vous a retardé dans ce projet ? Quel est donc votre appréhension de l'AMP ?

MC : oui, simplement pour dire que j'ai eu l'impression que l'AMP est la seule solution qui est encore possible pour moi, c'est-à-dire je suis arrivé à un moment où je me suis dit c'est peut-être la seule solution qui reste devant moi, et donc que pour pouvoir résoudre le problème ; donc euhhhh, ce n'est que ça. Et après maintenant avec la première tentative quand il y a encore eu interruption, bon ça a encore sapé complètement mon moral ; j'ai été très euuuh, parce que imagine toi que tu as une solution que tu croyais que c'était la bonne solution, je veux dire la meilleure, euhhhhh ; il est vrai que euhhh, on a eu une première expérience avec un début de succès. Mais quand ça s'est gâté, ça encore sapé complètement le moral ; ça a encore complètement enlevé, je me suis dit, est-ce-que ce problème ne serait pas encore plus profond que cela ? est-ce que ça ne va pas au-delà de ce simple problème de mobilité des spermatozoïdes qu'on m'avait dit au départ ? parce que si on a fait euuuhhhh un truc par injection cytoplasmique, donc ça veut dire qu'on a injecté le sperme loin dans l'ovocyte, directement à l'intérieure, ça devrait résoudre tous ces problèmes de mobilité ? et voyez, ça n'a pas donné, le problème n'a pas été résolu. Maintenant quand ça continue, c'est ça donc, voilà alors là où j'ai eu, j'ai eu des appréhensions. Une vraie déception

Chercheure : puis-je savoir à quel moment précis de la grossesse il y a eu interruption ?

MC : Après un mois de grossesse. Après cette interruption il y a eu un premier retour des règles j'ai juste demandé qu'elle attende un mois pour qu'on refasse un autre essai, donc c'est tout récemment, ça fait juste deux mois, le temps que les règles reviennent. Par ce qu'il ne faut plus encore attendre longtemps.

Chercheure: Monsieur C, et si vous me parliez un peu de votre ressenti après cette interruption de grossesse

MC : honnêtement euhhhhhh, honnêtement quand je euuuuhhhhh, quand je faisais le machin, je ne me faisais pas quand même trop d'illusions. Oui pour vous dire vrai, je ne me faisais pas trop d'illusion. Mais quand je vois toute la souffrance de l'hôpital, vraiment, je ne dors pas bien.

Chercheure : je ne vous saisis pas bien

MC : je veux dire, je savais que c'est un processus qui est long, par ce que ce que j'avais comme statistique là-dedans c'est que le taux de réussite est trop faible, donc quand j'ai lu la dessus, on dit que c'est après un, deux ou trois fois qu'on pourrait arriver à un résultat positif. Bon maintenant lorsque le le le lorsque j'ai appris que le résultat était immédiatement positif ça m'a mis dans un état d'extase, d'espoir et tout ; et après ça a chuté, j'ai même cru que j'allais surmonter mais puisque c'est moi qui consolais madame, je lui disais que c'est rien que, que ce n'est que le premier essai et que dans tous les cas on n'avait très peu de chance que ce soit un succès ; et on est sorti de là avec au moins la preuve que ça pouvait arriver, oui oui. Donc que je me disais que j'allais surmonter mais c'est après que j'ai commencé à déprimer, c'est après que ça a commencé à euhhhh, donc euhhhh, c'est-à-dire qu'il y a comme une sorte d'état de dépression, donc euhhhh, une sorte d'état de dépression qui s'installait en moi et je euhhh, où j'ai commencé à douter entièrement, même de l'AMP, j'ai commencé à douter que ça puisse m'amener un succès, j'ai commencé à imaginer des choses que peut-être contrairement à ce que j'imaginai que mes spermatozoïdes avaient seulement le problème de mobilité alors que peut être ça a même les problèmes de formation et tout et que peut-être c'est ça qui a causé le machin par ce que j'ai quand même un précédent avec une autre femme où j'ai eu une grossesse mais ça s'est transformé en un échec où ils avaient appelé ça grossesse sans œuf, ou grossesse sans noyau quelque chose comme ça. Bon une grossesse sans noyau, on a été obligé d'interrompre à mi-chemin au bout de deux ou trois mois par ce que ce n'était pas viable, ça ne pouvait pas aller jusqu'au bout, le médecin était obligé d'interrompre. Donc quand c'est encore arrivé cette fois ci c'est là où tout s'est encore réveillé dans ma tête. Et jusqu'à présent le doute est installé. C'est-à-dire que je n'ai plus la même motivation de départ, au départ j'étais sûr que

ça devait arriver et que l'AMP va résoudre le problème et tout et tout et tout ; par ce que madame a des problèmes de trompe, j'ai des problèmes de mobilité de spermatozoïdes, je me disais que l'AMP va résoudre le problème maintenant que c'est arrivé ça a créer tout un tas de choses, tout un autre état d'esprit.

Chercheure : Et quelles ont été vos motivations à revenir ?

MC : bon, j'ai dit que c'était une bataille continue, oui. C'est très dur mais, c'est une bataille continue jusqu'à on obtient un résultat positif. Oui. Même comme le coût est élevé, très élevé même. Honnêtement quand on fait une dépense, on aimerait avoir le prix bas. Mais on quand on essaie de comparer avec ce qui se passe partout ailleurs, il n'y a pas vraiment à trop se plaindre. Bon s'il y avait moyen, un moyen quelconque de faire moins je crois que ça aiderait beaucoup de personnes parce qu'il y a aussi leur médicament là-dedans qui sont très chers. Tous les médicaments qui tournent autour de ça sont très très chers.

Chercheure: et si nous parlions de la qualité de vos relations avec les proches, disons la famille

MC : euhhhh, il n'y a pas de problème, je veux dire, on a certes la pression de la famille, bon [...], la famille aimerait qu'on ait d'enfants mais, la maison n'est pas complètement vide, on a les enfants de la famille bon, au moins ça leur permet de supporter. Mais chacun voudrait qu'on ait pour nous-mêmes. Donc, il est vrai le regard est un peu bizarre mais on vit comme ça. Chacun doit se demander ce qui ne va pas avec moi, mais à moi on ne dit rien, on chuchote seulement derrière. Mais je sais, bon, je me bats, je ne baisse pas les bras.

Chercheure : à votre avis, quel aurait été la cause de l'échec de cette première tentative?

MC : oui, euhhhh, tel que le médecin m'a expliqué, il m'a dit que quand généralement des échecs comme ça, quand il y a des échecs au premier trimestre comme ça, ces échecs peuvent être dus au euhhhh, que ça peut être dû au fait qu'on avait pris un œuf qui était mal formé et aussi ça m'a permis aussi de comprendre par ce que euhhhhh [...], justement quand on a euhhhh fait le machin, donc c'est-à-dire que quand on a fait la ponction, on a recueilli un certain nombre de choses et à la fin je crois qu'on a seulement deux à déposer, donc ça m'a permis de comprendre déjà que ce n'était pas déjà bien parti à la base et contrairement même à ce qu'on avait imaginé, avoir des œufs jusqu'à congeler, il n'y a pas eu à congeler donc je savais que c'est ça peut-être qui était le problème, donc la base déjà n'était pas bonne, et que ce n'est que la continuité de ça. C'est pour ça que je vous dis que ça m'a mis dans un état complètement second.

Chercheure : Monsieur C, dites-moi un peu, que pensez-vous de la place d'un enfant dans un couple?

MC : écoutez madame, je sors d'une région où les, [silence], en fait chez nous, l'homme vit pour préparer sa mort. Oui, l'homme vit pour préparer sa mort et un des éléments qui vous permet de marquer votre passage sur la terre c'est [silence, 3s] les enfants d'abord et les biens matériels ensuite. Ou des éléments ou des actes que vous posez dans votre communauté ou dans votre société, mais le premier élément, ce qui permet de se souvenir de vous, de se souvenir de votre passage sur la terre c'est d'abord les enfants. J'ai grandi dans cette mouvance-là, j'ai grandi dans cette culture où l'enfant est le centre de tout, le début et la fin de tout ; donc euhhhh, je ne peux qu'avoir cet envi, c'est-à-dire qu'il y a cet envi qui est fort et après l'âge est en train de passer ; à un moment peut-être on risquera même ne plus avoir la force pour les élever où même d'en faire complètement ; donc c'est autant d'appréhensions. Ma véritable crainte se situe au niveau de mourir sans laisser d'enfant, qu'est-ce que je dirai à mes ancêtres après mon décès ? Je n'aurai laissé aucune trace sur terre. C'est surtout ça mon véritable problème. Il faut que je sache la cause.

Chercheure : alors monsieur C, auriez-vous quelque chose a ajouté dans cette conversation ?

MC : euhhh, je dois dire non, j'ai trouvé cela très intéressant, avoir un psychologue dans ce service serait un plus pour notre suivi. On pourra de temps en temps vous racontez les difficultés que nous traversons ; vous voyez par exemple madame est restée couchée pendant trois jours dernièrement après avoir perdu le bébé, j'étais le seul à la consoler, des trucs qu'on ne peut pas raconter à la famille, et pas à n'importe qui. Humm, la famille qui vous met d'abord la pression va encore augmenter votre douleur en racontant des choses, s'ils sont au courant. Voilà c'est un peu ça.

Chercheure : si je comprends bien...

MC : Je disais que normalement après l'échec de la dernière fois, madame aurait dû être accompagné psychologiquement ; ou même que les médecins lui expliquent un peu plus en détail ce qui se passe ; mais beaucoup plus l'accompagnement psychologique. C'était vraiment important pour elle.

Chercheure : comment allait-elle se jour

MC : bon, je l'ai senti déprimée ; à un moment elle a même cherché à rejeter la responsabilité sur certaines choses qui normalement n'avaient rien à voir et c'est comme ça que je me dis que si elle avait été accompagnée psychologiquement, elle aurait du contenir tout ça. Et c'était mieux pour elle.

Chercheure : Quand vous dites certaines choses, ça veut dire quoi concrètement ?

MC : je veux dire, je ne sais pas exactement mais, mais mais, je veux dire on a essayé de penser à des choses surnaturelles, des cérémonies, des rites qu'il fallait faire au village, alors que moi je voyais que, euhhhh, bon peut être par ce que je ne suis pas trop cartésien, je ne voyais aucun lien entre ce qu'elle disait qu'il fallait faire au village et la situation qu'elle traversait, bref ce qui était arrivé. C'est pourquoi je dis que si elle avait été mieux accompagnée, elle aurait mieux compris ce qui pouvait être en train de se passer ou ce qui se passait.

Chercheure : merci monsieur C, est ce que vous permettez qu'on prenne un rendez-vous pour mieux parler de cette situation la prochaine fois ?

Mc : je n'y trouve pas d'inconvénient, est-ce que ça dérange si c'est au téléphone ? Vous pouvez prendre mon contact.

Chercheure : merci, monsieur C.

## **Entretien n°2 avec Monsieur C**

Pseudo : Monsieur C, camerounais,

Ethnie : Bamiléké,

Religion : Catholique

Age : 44

Profession : Commerçant

Rang dans la fratrie : 5<sup>ème</sup> et dernier né d'une fratrie de cinq (deux filles et trois garçons)

Nombre d'années de vie en couple : 7

Nature du trouble : problème de mobilité et de vitalité des spermatozoïdes

Chercheure : Monsieur C, est ce que vous pouvez me rappelez ce qui vous amène à l'hôpital ces derniers temps ?

MC : Comme je vous disais la dernière fois, je dirai euhhhh que c'est pour continuer la bataille que je mène il y a de cela 11 ans. Jusqu'à ce que je trouve satisfaction ; je vous ai dit que avoir un enfant est au centre de ma préoccupation maintenant, et tan que les résultats ne sont pas positifs [...], bon je vais toujours essayer. Vous savez quand vous vivez avec un problème comme celui- là, ce n'est pas facile d'oublier et de baisser les bras ; surtout que ça nous préoccupe tous deux, madame et moi. Chacun aimerait aussi sourire et avoir la paix, vous voyez ; donc c'est un peu ça, euhhhh, la raison de notre présence à la clinique ces derniers temps. Je vous ai dit la dernière fois que je ne travaille maintenant que pour l'AMP, puisque l'âge avance et d'ici peu je n'aurai plus la force pour en faire et euhhhhh, et je n'ai pas aussi envie de mourir sans enfant comme euhhhh, mon grand oncle donc je vous parlais la dernière fois ; je veux dire euhhhh [...], le fils du petit frère du grand père. Vous voyez peut-être à l'époque si l'AMP existait, et qu'il avait des moyens, il pouvait se battre aussi mais bon, il cherchait aussi comme ça, voilà, je pense que la médecine, comme je vous ai dit que je faisais confiance à la médecine, je pense que la médecine va m'aider en sorte que je me débarrasse de ce poids. Vous comprenez que c'est un drame pour moi comme je vous disais, c'est un drame que je vis et qui n'amène pas la stabilité dans ma vie, humm. Je ne comprends pas pourquoi c'est arrivé chez moi. C'est comme la sorcellerie. Peut-être quelqu'un s'attaque à moi mystiquement, l'affaire ci me dépasse.

Chercheure : Comment ça ? expliquez -moi

MC : là, c'est ce que je veux savoir depuis. Hmmmmm, je suis dépassé, c'est ce que je veux vraiment savoir, si les médecins pouvaient aussi me dire, les urologues m'ont fait faire des examens, les gynécologues aussi, mais ça n'a jamais permis de savoir ce qui était la cause de cette situation. Tous ces examens humm, montrent seulement ce problème de mobilité de sperme et non ce qui est la cause de ce problème. Je vous ai dit que j'ai aussi fait des recherches là-dessus, oui, oui, bon ! Mais je n'ai rien trouvé mais je continu de chercher. Au départ comme je vous ai dit on pensait à une infection, ensuite on s'est dit que ça pouvait être une varicocèle, mais les examens ont montré un taux bas pour la varicocèle ; donc euhhhh. C'est après tout ça, comme je vous disais la dernière fois que j'ai commencé à soupçonner un problème génétique, puisque, comme je vous disais, je ne sais pas quelle malchance pour moi, on m'a fait comprendre que mon grand-père avait ce problème, mon grand-père maternel [...], ce qui fait

que même dans la famille certains de mes cousins actuellement souffrent aussi de ça, je ne peux pas vous dire exactement ce qui peut être à l'origine de ça, je vous disais que je fais des recherches depuis un certain temps ; je ne sais pas comment mes frères aînés, et même dans la grande famille, puisque mon père était polygame, paix à son âme, [...], mes frères aînés n'ont pas ce problème. C'est moi seul parmi les enfants de ma mère qui souffre comme ça ; vous savez à l'époque, on disait c'est parce qu'on a fait ceci ou on n'a pas cela que la malédiction attrape les gens, bon euhhhh, je ne sais pas ce qu'ils ont fait à leur époque pour que cette malédiction nous suive comme ça, tout ce que je fais, c'est de mener ce combat à mon niveau. Puisque quand c'est comme ça tu ne peux pas être tranquille comme tout le monde ; c'est une situation qui est pour toi seul et qui te dérange ; ça crée même les problèmes dans ta vie, je vous ai dit qu'avant madame, j'avais une autre, on s'est séparé toujours pour ce problème, on a vécu longtemps, une fois il y avait la grossesse, après on a dit que c'était ou sans œuf ou sans noyau [...], euhhhh les choses comme ça, elle est partie, ça dérange, voici celle-ci, elle voit comment je me bats pour ça, c'est vrai qu'elle a les problèmes de trompe mais, je sais que c'est moi avec le problème de de de euhhhh, ils ont dit vitalité ou mobilité, bon j'ai espoir.

Chercheuse : dites-moi un peu comment votre famille, celle de votre épouse ou encore vos amis réagissent en vous voyant comme cela ?

MC : bon, avec ma famille on n'en parle pas, euhhhhh [...], les trucs comme ça ne se partagent qu'avec la femme, depuis qu'on a engagé ça, personne n'est au courant, même quand la fois dernière il y a eu rupture de la grossesse là, sa mère savait qu'elle avait conçu normalement ; euh, on ne pouvait pas lui dire ce qu'on avait fait . Puisque bon je me dis que chacun sait de quoi je souffre, ils savent que c'est très très difficile, donc ils ne peuvent pas me parler de ça, ma mère par exemple je vous ai dit comment elle m'a fait boire tellement des choses, il y a un moment elle m'apportait des bidons et des bidons de décoction, des remèdes traditionnels que je buvais, mais bon, elle-même elle voit comment je souffre, je ne baisse pas les bras ; elle doit seulement se cacher pour me pleurer, [...], euhhhhh je veux dire elle n'est pas contente de la situation que je vis mais bon, si je refusais de prendre les produits qu'elle m'apportait c'est là où elle pouvait se fâcher contre moi, mais elle voit aussi comment je me bats bon, pour mes aînés, ils m'ont envoyé leurs enfants, oui, j'ai beaucoup d'enfants à la maison, je me dis qu'ils ont fait ça croyant m'aider mais, je dois vous dire comme la dernière fois, l'enfant de quelqu'un c'est l'enfant de quelqu'un. Tu vas garder l'enfant de ton frère, faire tout tout tout, mais il ne sera jamais ton enfant, c'est encore lui qui t'amène les problèmes, oui c'est ça, c'est que je vis tout le temps, donc prendre l'enfant de tes frères ne résout pas le

problème ; il faut aussi avoir ta part comme tout le monde. Je vous ai dit que dans nos coutumes bamiléké, on ne vit que pour les enfants, on vit en préparant la mort, et c'est l'enfant qui va te remplacer quand tu ne seras pas là. L'enfant de ton frère n'est pas ton enfant, il ne pourra pas te remplacer valablement ; vous voyez pour l'enfant du petit frère de grand père, je vous dis qu'il est mort sans enfant, pourtant, la famille a donné un héritier après sa mort, mais puisque ce n'était pas son enfant, on dit qu'il est mort sans enfant, tout le monde le sait, pourtant il a aussi élevé les enfants de son vivant, mais bon ! Alors que euhhhh s'il avait laissé un seul, pour lui-même, on ne devait pas dire ça ; donc euhhhhh [...], vous comprenez que c'est important d'avoir son enfant à lui. Et même là, quand tu es dans un milieu où tout le monde fait quelque chose, il faut aussi le faire pour avoir la conscience tranquille ; si les ancêtres ont accordé trop d'importance à l'enfant et que nos parents l'ont aussi fait pourquoi c'est moi qui vais rester sans suivre la chaîne. Je ne dois pas bloquer à mon niveau, donc euhhhhh, mes frères, je veux dire chacun sait de son côté que je souffre mais bon ; c'est un peu ça.

Chercheuse : et la famille de votre épouse ?

MC : bon, je vous ai dit, on ne m'en parle pas, mais bon, je veux dire c'est plutôt moi qui suis gêner, ça me dérange vraiment quand je suis avec ma belle-famille, bon surtout quand on se rencontre pendant les manifestations, les choses comme le deuil ou les funérailles comme ça, donc il y a parfois des événements qui nous rassemblent, donc euhhhhh, bon parfois au village ou même ici à Douala, quand on se réunit, bon, vous savez les femmes ont toujours leurs petits problèmes, c'est elle qui va dire telle personne m'a avancé telle parole, telle autre a chuchoté, bon je sais que ce n'est pas facile pour elle, bon on fait comment, [...], bon puisque c'est moi qui ne produit pas, ça fait souvent mal quand elle me rapporte ce qu'on lui dit et en même temps, ça me fait aussi peur, bon[...]. Mais pour vous dire vrai, c'est souvent difficile d'échanger avec ma belle-mère, je veux dire la communication ne passe pas bien, parfois je l'évite par ce que je me dis, euhhhhh, elle doit penser ou elle sait même bon ! Puisqu'on ne peut pas savoir ce qu'elle se dit avec sa fille, elle doit penser que c'est moi qui l'empêche de faire ses enfants ; tout leur souci est de nous voir avec nos propres enfants, ce qui fait que le sourire n'est pas toujours ça, donc euhhhhh, la relation n'est pas toujours euhhhhh, je veux dire n'est pas toujours vraiment ça. Vous savez chez nous, je veux dire dans nos coutumes, c'est le bébé qui appelle les gens chez toi, on profite de l'arrivée de l'enfant pour te rendre visite, mais bon quand il n'a jamais été là il y a des gens qui ne viendront jamais chez toi, donc euhhhh, c'est un peu ça. C'est la naissance du bébé qui fait même en sorte que tu puisses voir les membres de la famille de ta femme, chacun vient saluer et féliciter. Donc euhhhhh, c'est ça.



Chercheure : si je comprends bien votre belle-mère ne vous rend pas visite ? Et votre maman alors ?

MC : euhhhhh, ma belle-mère je peux savoir le nombre exact de fois qu'elle est arrivée chez moi depuis que je suis avec sa fille, je vous ai dit s'il n'y a pas le bébé rien ne peut les motiver à venir, vous allez parler de quoi avec ses mamans ? Donc euhhhh, généralement les belles-mères viennent pour laver le bébé, le porter, en se réjouissant du fait que la famille ait augmenté, puisque bon, le souhait de tout le monde est de voir la famille grandir. Les rares fois que ma maman est venue chez moi, c'était pour donner les remèdes qu'elle prend chez les tradipraticiens. Et quand elle est même là, ça ne donne pas, l'ambiance n'est pas là, je veux dire c'est un peu froid. Je dois vous dire que parfois euhhhh, bon ! Tout ça me fait réfléchir et par moment j'ai même peur.

Chercheure : Comment ça la peur !

MC : euhhhhh, bon ! je parle de la peur par ce qu'euhhhh, je pense aux anciennes relations qui se sont gâtées toujours euhhhhh, je veux dire toujours pour le même problème. Je vous ai dit qu'il y avait une autre avec qui je suis restée comme ça, pendant longtemps ; elle avait une grossesse, après euhhhh, après, ça s'est gâté, ce n'était pas bon, elle était partie, c'est pourquoi je vous disais qu'il n'y a pas de stabilité dans ma vie, surtout pour moi, personnellement, je n'ai pas de stabilité. Avec celle-ci ça va bientôt faire 7 ans que nous sommes ensemble et toujours rien. Vous comprenez que depuis 11 ans c'est comme ça, ça bouillonne dans ma tête ; Cette situation vraiment me perturbe; parfois je demande ce que celle-ci va faire si on cherche longtemps sans trouver, c'est pourquoi, j'ai préféré que dès maintenant que l'autre s'est gâté qu'on reprenne vite, sans trop attendre, par ce qu'ils m'ont dit que c'est bien de vite reprendre sans trop attendre, là on pourra encore avoir plus de chance. Il ne faudrait pas qu'avec celle-ci, la relation finit comme ça s'est passée avec les autres, c'est là mon problème. Elle-même comprend que je ne baisse pas les bras. Je ne peux rien faire sans être en train de penser à ce problème, même quand je fournis les efforts pour un peu oublier. C'est là, je vis avec, humm.

Chercheure : et avec vos amis comment ça se passe ?

MC : les amis, hmmm, bon je ne peux vraiment pas dire comment ça se passe, puisque je ne vois pas de problème avec mes amis, encore qu'on se rencontre rarement depuis un temps, vous savez les amis c'est autour d'une table pour prendre les bières, mais bon, quand tu as ton problème, surtout avec la femme qui, qui, bon ce n'est pas toujours facile de rester avec les

amis surtout quand tu as un problème comme celui-là, on ne doit pas leur dire n'importe quoi, c'est pourquoi je préfère rester seul. Vous voyez un peu. Les dépenses pour l'AMP sont excessivement élevées pour encore trouver un moyen de boire la bière, surtout que le traitement aussi, je veux dire euhhhh, les produits qu'on prescrit sont vraiment chers ; c'est pas facile. Bon il faut aussi comprendre que même cette bière ne peut pas bien descendre quand on a un réel problème comme le mien. Bon ce que je peux dire euhhhh avec les amis, c'est plutôt moi qui les esquive, puisque euhhhh, quand je les regarde, bon ! Je vois une différence, je ne veux pas dire la jalousie mais ils ont ce que je n'ai pas. Je cherche encore ce qu'ils ont déjà, mais bon c'est un peu ça. Et je veux dire même entre nos épouses c'est pareil, puisque, vous savez quand on se retrouve, on ne peut pas parler des enfants, bon ça nous dérange un peu ; ce qui fait que parfois on préfère rester chez nous, avec les enfants de la famille. Puisque même dans ce débat autour des enfants, tu vois euhhhh, tu ne peux pas parler de l'enfant de ton frère, comme si c'était ton propre enfant, donc euhhhh, ces sujets, je veux dire, sont un peu blessant, ce qui fait que moi particulièrement je préfère rentrer chez moi dès que je ferme mon magasin. Avant je fournissais les efforts dans ce sens mais depuis que je vois l'âge avancé, il n'y a toujours rien, ça me préoccupe un peu plus par ce qu'il va arriver des moments où je n'aurai plus de force pour le faire et peut-être mêmes les moyens ne seront plus là pour le faire. Donc euhhhh, avec les amis ce n'est plus comme c'était avant.

Chercheure : dites, Monsieur C, comment est-ce que vous vivez cette situation dans votre couple ? Y a-t-il un impact ?

MC : Hmmmmm, je veux dire pour un début, tout va bien très bien même, mais déjà à partir du moment où la femme se rend compte que euhhhhh, que ce qu'elle veut n'est pas là, et bien ça devient très difficile. Je vous ai dit que je n'étais pas à mon premier mariage. Donc euhhhh, quand celle-ci est arrivée, elle ne connaissait pas encore mon problème. Bon avec le temps, quand on est venu à l'hôpital, le problème a été signalé, elle-même avait un problème de trompe mais qui s'est vite résolu, on avait espoir que tout va bien se passer. Et même comme la première tentative de FIV a aussi bien commencé, on était tous content. Je me voyais papa, je voyais tout en rose, c'était très gai à la maison, je rentrais tôt du marché, elle-même parlait tout le temps, elle riait, bon je veux dire tout allait très bien. Bon [ ... ], quand ça s'est gâté, c'était très dur, très dur pour nous deux, surtout pour moi, par ce qu'elle a un enfant, qu'elle a fait avant de me rencontrer, vous comprenez que ce problème est vraiment pour moi, personnellement comme je vous disais la fois dernière. Elle peut se consoler avec son enfant, mais moi euhhhhh, je n'ai rien ; ce qui fait que parfois je me demande si à un moment donné elle ne pourra pas décider de

s'en aller aussi, comme l'autre. Quand on a perdu mon enfant, elle pleurait, elle a choqué pendant plusieurs jours, elle voulait vraiment changer ma vie, mais ça n'a pas donné, au départ je ne ressentais pas encore la douleur, je la calmais, c'est quelques jours après que j'ai vraiment compris ce qui se passait en moi, je veux dire, je me suis demandé que je vais rester comme ça jusqu'à quand ? et ça m'a fait trop mal. Cette grossesse était encore un secret pour nous, j'attendais que ça évolue bien avant que je fasse la surprise à ma maman et mes aînés, bon comme ça s'est gâté, nous étions très froids, on ne se parlait presque plus, par ce qu'on ne savait même pas ce qu'on devait se dire, mangé me dépassait, il fallait préparer mais seulement pour les autres enfants et non pour nous deux. S'il faut parler de l'impact négatif, je dirai que l'interruption là, je veux dire euhhhh, nous a remis à l'échelle zéro, au point de départ, on comprenait que tout était à recommencer et ce n'était pas facile à vivre. Surtout qu'elle parlait, elle bavardait qu'on a négligé la coutume, hooo, si on n'avait fait les rites au village, la grossesse ne serait pas sorti, hooooo, elle avait demandé qu'on aille faire la coutume je n'ai pas pris au sérieux, voilà les conséquences, j'étais accusé et ça m'a fait très mal, c'était les regrets. Par ce chez nous on fait souvent des rites en cas de problèmes comme ça, oui il y a des cérémonies qu'on fait aux crânes pour qu'ils ouvrent les portes aux bénédictions ; ce sont des choses qu'on a toujours fait bon je ne sais pas, puisqu'elle insiste si on finira par aller faire ça au village. Ça m'a mis mille idées dans la tête, je voyais la première grossesse de l'autre femme, où on m'avait parlé de grossesse sans noyau et l'autre ci qui venait de partir ; et j'ai pris mon mal très au sérieux. Je me demandais si ce n'était pas ces rites qui étaient à l'origine de ça, je me posais mille et une question ; donc euhhhhh, je ne peux pas dire qu'entre nous deux ça va très bien à la maison. On est là, on se regarde, notre seul sujet de commentaire, c'est l'AMP depuis un temps, on a l'espoir de réussir un jour, de fonder aussi une famille, d'être aussi parents des enfants, bon, j'aimerais aussi connaître les problèmes des enfants qui sont vraiment miens.

Chercheure : dites comment vous vous êtes senti au moment où vous vous êtes rendu compte qu'il y a eu rupture de la grossesse ?

MC : mal, très mal ; bon ! Je rentrai d'un voyage, très content de la revoir surtout qu'elle portait mon enfant, on a dormi, sans problème et le lendemain, je sors, je vais au marché, quelques heures plus tard, je reçois son coup de fil, elle me signale qu'elle a très mal, j'ai un peu paniqué mais j'avais quand même espoir, bon ! Elle me dit qu'elle a mal, elle insiste, donc euhhhh, elle se plaignait vraiment, puisqu'elle perdait vraiment du sang, c'est quand elle me dit qu'elle est en train de perdre du sang que ça commence à m'inquiéter ; je l'ai donc conduit ici, et là ; la boule a lâché ; à l'instant même, je ne ressentais pas grand-chose, elle pleurait et c'est même

moi qui la consolais, que non, on va refaire, ça va aller ; j'avais appris que ça ne prenait pas si vite d'un coup, la prochaine fois ce sera bien, et tout ça. Bon ! C'est alors quelques temps après que j'ai commencé à ressentir la douleur de cette rupture, j'ai senti euhhhh, comment je vais dire, cet enfant me manquer, je ne sais pas comment je peux vous expliquer ce que j'ai ressenti, c'est comme si je euhhhh, [piaf], c'est comme si je faisais une dépression, je ne me sentais plus moi-même, j'avais de la peine à sortir de la maison, et même manger, j'ai vraiment fait le deuil de cet enfant qui n'avait que quelques mois, c'était comme si j'avais déjà fait des années avec lui, bon !! J'étais très choqué, je, je, je m'en voulais d'être rentré de ce voyage, d'avoir passé la nuit avec elle, je, je, bon !

Chercheure : vous vous en vouliez d'avoir passé la nuit avec elle ? Je ne comprends pas

MC : je veux dire, euhhhh, vous comprenez un peu, peut-être si je ne l'avais pas touché, rien de mauvais ne se serait passé, oui, je revois encore cette nuit-là, où j'étais rentré du voyage, très content de la revoir, euhhhh [piaf] vous comprenez un peu. Peut-être c'est parce que euhhhhh, bon, le fait est déjà là ; mais je pense que j'en ai tiré des leçons. Par ce que quand je l'avais emmené ici, je m'attendais à ce qu'on résolve le problème et du coup, bon ! Elle me dit que la boule est sortie. Pour moi ce n'était pas la boule, c'était mon enfant, mon bébé ; cette phrase est restée dans ma tête pendant plusieurs semaines, je ne cessais de me demander pourquoi il ne pouvait pas rester ; bon ! Maintenant qu'on reprend, c'est avec l'espoir que cette fois ça va rester, ça ne va plus sortir ; aussi bon, s'il y a eu des erreurs de notre part, ça ne se reproduira plus. Vous savez, quand une situation comme celle-ci se pose, on essaie de voir où est ce qu'on a failli, euhhhh, on regarde de tous les côtés, pour voir là où il y a eu des failles, et on essaie de corriger pour éviter des pareils. Si déjà le premier essaie a d'abord donné avant de lâcher, on peut déjà espérer qu'avec un peu de chance le prochain marchera.

Chercheure : quand avez-vous entendu parler de l'AMP pour la première fois ?

MC : euhhhh j'entends parler de l'AMP pour la première fois à la télévision, je pense, à l'époque ça devait être dans quelle chaîne ? Bon là, je ne m'en souviens plus, c'était, euhhhh, il y a de cela plusieurs années quand même, je veux dire plus de 20 ans hein !!! Nous étions tous jeunes. Bon ! Du coup ça ne m'a rien dit ; j'ai dit ah c'est l'affaire des blancs encore qu'à l'époque, euhhhh, c'est chez les blancs qu'on entendait parler de bébés éprouvette ; c'était pour nous des sujets de commentaire comme ça, on en parlait aussi comme ça ; et beaucoup dans nos villages, puisqu'on avait jamais vu ces enfants n'y croyaient pas. Donc euhhhh, je veux dire qu'on se demandait comment ça pouvait être possible, je ne pouvais pas imaginer qu'un

jour je pourrai avoir besoin de ça [rire], mais puisque pour moi ce n'était pas possible. Je me demandais comment c'est possible qu'on fabrique l'enfant en dehors du ventre de la femme. Vous voyez un peu. Donc euhhhhh, on savait que pour avoir un enfant il suffit de s'accoupler avec une femme et c'est tout, elle tombe enceinte et ensuite on a l'enfant. Je me disais, ces blancs vont tout nous montrer. Ils nous ont appris à éviter les grossesses, pour ne plus faire des enfants en désordre et les voilà en train de fabriquer les bébés, mais ça nous faisait juste rire. Et le temps passait, je dois vous dire qu'il n'était pas possible que j'aille avec une fille sans me protéger, par ce que euhhhhh, il est vrai que j'avais peur de contracter le VIH mais aussi je ne voulais pas aussi faire d'enfant sans avoir les moyens de l'élever. Jusqu'à ce qu'un jour, l'envi viens donc d'en faire, je prends une épouse. Je pense que j'avais déjà 30 ans, oui, j'avais 30 ans. Ça commence comme une blague, premier mois pas de grossesse, je me dis bon, ça va venir. Mais au fur et à mesure que le temps avançait et toujours rien, ce sont les parents qui ont commencé à nous demander ce qui n'allait pas, et progressivement la situation est devenue sérieuse. C'est ainsi qu'un jour une amie à ma première femme qui était partie lui dit, mais si ça ne va pas, il faut déjà penser à faire le bébé éprouvette avec ton mari. Elle m'a parlé de ça et du coup j'ai rejeté l'idée puisque selon moi c'est elle qui ne concevait pas, et en plus, on me disait que c'était excessivement cher. Donc euhhhh, je ne pouvais même pas envisager cela puisque je n'avais pas des moyens pour le faire. Au bout de deux ans, elle a essayé avec quelqu'un d'autre avec les conseils de sa famille et de ses amies, elle est tombée enceinte et est partie. C'est quand elle quitte la maison, puisqu'elle savait déjà qu'elle était enceinte, je veux dire elle est d'abord retournée chez ses parents pour cacher l'acte qu'elle avait posé étant à mes côtés, avant de retrouver le type en question par la suite. Quand j'apprends qu'elle est enceinte, c'est là où je commence à me poser des questions. Humm.

Chercheure : dites, à quel moment précisément vous prenez votre problème au sérieux ?

MC : je prends cette situation au sérieux quand j'apprends qu'elle est enceinte, et d'une autre personne ; je veux dire d'un autre homme. Je vous ai dit que je me suis marié quand j'avais trente ans. On a fait pratiquement un an et plus, je veux dire moins de deux ans, quelque chose comme un an 10 mois comme ça. Il paraît qu'elle avait déjà su que c'est moi qui avais un problème et de mon côté, je l'accusais. C'est l'idée de l'AMP que son amie lui a mise dans la tête qui l'a poussé à essayer avec quelqu'un d'autre, et elle a réussi. Donc euhhhhh, elle a compris qu'elle ne pouvait plus continuer avec moi, encore qu'on avait l'habitude de se chamailler tout le temps à ce sujet. Pour moi, il était hors de question que je parte à l'hôpital pour un truc qui était censé se passer normalement, je n'avais pas de problème d'impuissance,

donc euhhhhh, je ne voyais pas pourquoi je devais me rendre à l'hôpital. Pour me plaindre de quoi ? Par exemple ? Elle était fille unique à sa mère et voulait vraiment faire des enfants, puisqu'elle avait aussi la pression de sa maman. Elle me disait je suis seule à ma mère et il faut que je fasse mes cadets. Vous au moins vous êtes nombreux, tu peux même rester comme ça, tu t'en fous si on n'accouche pas. Je dois avouer qu'à l'époque, j'étais jeune et ne voyais pas l'importance d'aller me faire consulter à l'hôpital, encore que pour moi, je n'avais aucun problème. Bon ! Je peux dire qu'elle était plus éveillée. Je prends la deuxième quand j'ai pratiquement 33 ans, elle arrive aussi, au bout de trois mois, elle tombe enceinte, je dis oufffff, voilà, celle-là n'était pas ma femme, voilà le seigneur m'a donné la mienne, j'étais très content, je pouvais enfin laver mon nom de la honte que l'autre m'avait infligée, j'ai dit à maman. Puisque le papa n'est plus. C'était la fête, elle va à l'hôpital on confirme qu'elle porte la grossesse. Je la gavais de petits cadeaux. Je voulais faire le chantage à celle qui était partie, puisqu'elle prenait toujours de mes nouvelles. J'avais même changé de studio où nous occupions en ce moment-là. Que la première parte avec sa malchance. Malheureusement, au bout de quelques mois, on nous signale à l'hôpital que la grossesse n'a pas de noyaux, que c'est une grossesse sans œuf. Il fallait donc enlever, la rumeur a très vite courue, sa famille et elle, ont été au courant de ma première relation et au bout de quelques temps elle est aussi partie. J'ai pris celle-ci quand j'avais pratiquement 37 ans, donc on a déjà fait 7 ans, et comme je vous disais, ce sont les examens par ci, les examens par-là, c'est une bataille que je mène tous les jours, la recherche de l'enfant est au centre de ma vie. Tantôt on est sous régime, tantôt les décoctions, les médicaments, tout un tas de choses, bon ! J'ai finalement, puisque pendant tout ce temps, je cotisais de l'argent pour essayer la FIV, Dieu merci que ça se pratique déjà au Cameroun, on est là comme ça. Comme je vous disais celle-ci m'a vraiment supporté et c'est pourquoi, tout l'argent que je gagne c'est pour cet enfant. Vous voyez, la fois dernière on a eu la grossesse et c'est encore parti, donc euhhhh, on va se battre jusqu'au jour où on aura gain de cause. J'ai cet espoir-là. Je pense que la prochaine fois, ça va rester, je fais confiance en la médecine.

Chercheuse : selon vous qu'est ce qui pourrait être à l'origine de cet échec-là ?

MC : là sans vous mentir je ne sais vraiment pas. Bon le médecin m'avait fait savoir que les échecs qui se passent au premier trimestre comme notre cas-là, bon ! C'est dû au fait que, comme je disais la dernière fois, au fait, que l'œuf déjà n'était pas de bonne qualité, c'est pourquoi ça n'a pas évolué ; euhhhh bon ! là je n'ai pas toujours compris comment après avoir

tamisé pour chercher le bon, on n'est pas toujours arrivé au bon résultat, par ce que je sais qu'après la ponction, on introduit directement le bon machin après avoir choisi le bon spermatozoïde ; c'est ça qui m'a fait penser que peut-être est plus grave que ce que je pense ; j'ai pensé que peut-être ce n'est pas seulement le problème de mobilité, que c'est possible qu'ils soient aussi mal formés, je ne sais pas, depuis je cherche à connaître la cause mais je n'y arrive pas. Au départ on avait pensé à une infection mais tous les examens fait n'ont rien montré de tout ça, c'est surtout cette cause que je veux savoir depuis et là je ne comprends pas. Si mes spermatozoïdes ne sont pas bien formés, ça pourrait peut-être causer ça, je ne sais pas ; puisque là ce n'est pas la première grossesse qui se gâte comme ça, humm. La dernière fois ce n'était pas une grossesse avec l'AMP, c'était une grossesse simple, bon, je veux dire qu'on a pris comme ça, sans venir à l'hôpital, et trois mois après ce n'était pas bon ; quand j'essaie de comparer les deux situations, je me demande si mes spermatozoïdes sont vraiment bons, et j'ai beaucoup de doute là-dessus. Et ça me perturbe beaucoup. Parfois je me demande si ça pourra aller un jour ; puisque actuellement j'ai la conviction que ce n'est plus le problème de trompe de madame, sinon ça ne devait pas attendre jusqu'à 2 mois, bon ! C'est que je me dis. Celle de la dernière fois n'avait pas un problème de trompe mais ça n'a pas toujours donné jusqu'au bout. Bon je continue à chercher. Le médecin dit qu'il va faire des examens pour voir si ce n'est pas tout foutu ; si tel est le cas on va voir comment compenser cela. Mais tel n'est pas mon souhait.

Chercheur : Dites-moi monsieur C, que pensez-vous d'un donneur ?

MC : vous voulez dire donneur de sperme ?

Chercheur : Exactement

MC : madame, vous savez, ces choses-là euuuh, bon ! Il faut y penser quand rien ne marche du tout. Mais pour dire vrai, je ne souhaite pas. L'autre là me semble un peu compliqué.

Chercheur : Compliqué dans quel sens

MC : je veux dire euhhhhh, c'est même ça que je crains et ça me perturbe énormément. Vous savez c'est toujours bien d'avoir son propre enfant. L'autre là même, est-ce que c'est différent de l'enfant de quelqu'un d'autre que tu as pris chez toi ? L'enfant de ton frère même, tu sais que c'est ton sang, mais ce qu'on prend à l'hôpital, tu ne connais pas ce que tu prends pour amener chez toi ? Ce n'est pas ton sang, ce n'est pas le sang de la famille. Qu'est-ce que je vais dire à mes ancêtres ? J'aurais trompé tout le monde et moi-même. C'est une situation très

compliquée madame. Tu amènes un enfant comme ça dans ta maison hmmmm. Bon tout le monde verra que tu as l'enfant, toute la famille sera contente que tu as enfin fais ta part d'enfant, mais ça va se passer comment quand je vais le regarder sachant qu'il n'est pas mon enfant ? Sachant qu'on m'a seulement donné ? Je vais dire que j'ai acheté, par ce que là c'est un enfant que tu achètes on met dans le ventre de ta femme. Bon si la femme sait aussi que tu as acheté le sperme qu'on a mis dans son ventre, est ce qu'elle ne te fera pas le chantage un jour. Madame c'est même très compliqué. L'autre là c'est seulement pour voiler les yeux des gens, mais ça ne calme pas la soif, je veux dire ce n'est pas différent de vivre sans enfant par ce que quand toi-même tu vas le regarder, tu diras toujours que ce n'est pas ton enfant. Je me demande même si je pourrai vraiment l'aimer comme si c'était mon vrai enfant. Vous savez chez nous, les gens ont l'habitude que dès qu'on accouche un enfant, c'est chacun qui cherche à savoir à qui l'enfant ressemble, dès que la mère arrive elle fouille vraiment pour voir si la femme n'a pas triché avec quelqu'un d'autre. Elle va te dire qu'elle veut laver le bébé, c'est une stratégie pour elle de vérifier si l'enfant est celui du père. Et la famille de l'homme est très forte pour ça. Tu vas vivre avec un enfant chez toi, mais dehors tout le monde est entrain de chanter que ohhhh, regardez bien, l'enfant-là ne ressemble pas à tel. D'autre vont jusqu'à imaginer la personne à qui l'enfant ressemble dans l'entourage. Et généralement quand tu vois que ton enfant a certain de tes traits, sa fait ta fierté, tu aimerais voir ton enfant faire comme toi. Tu seras fière de savoir que c'est ton sang ; parfois il ne te ressemble même pas, mais prend entièrement un membre de ta famille et tout le monde est content. Dans notre grande famille par exemple tout le monde a pris les traits de notre père, et les enfants de mes frères ont ces traits-là. Imaginez-vous un peu tu viens avec un enfant qui ne ressemble à personne, les gens vont toujours s'interroger et tu n'auras jamais de tranquillité. Tu ne vas non plus fuir ta famille par ce que tu as accouché un pareil enfant. Donc c'est vraiment compliqué madame. Il faut vraiment que je trouve la solution à ce problème. Vraiment. J'espère que cette fois ci ça sera bon, il n'y aura plus d'échec.

Chercheure : quelles sont les dispositions que vous avez prises pour que cela n'arrive plus ?

MC : euhhhhh, bon ! Puisque déjà je ne connais pas la cause, quelle disposition je vais prendre, là je ne sais pas ; bon ! on m'a dit qu'on doit reprendre les examens de sperme pour vraiment voir ce qui ne va pas, c'est quand les résultats vont sortir qu'on saura quoi faire ; bon euhhhh, comme madame insiste sur les rites on va aussi voir du côté du village, s'il y a des rites qu'on peut faire chez les ancêtres, je vous ai dit que chez nous, on vit pour préparer la mort, on vit pour après laisser la place a quelqu'un ; quand tu meurs sans enfant c'est comme si tu n'avais jamais vécu, qui va entretenir ton crâne ? Encore que personne ne porte ton nom, et même si un



membre de la famille te donne un homonyme dans sa maison ce n'est pas ton enfant ; donc euhhhh, on va tout essayer aussi de ce côté-là. Vous comprenez que si je pouvais vraiment savoir quoi faire pour résoudre ce problème définitivement, euhhhhh je ne tarderai pas. J'ai aussi besoin de fonder une famille, de me sentir aussi comblé comme mes amis, oui, d'être fier de moi. Vous ne pouvez pas savoir ce que c'est que vivre sans pouvoir faire d'enfant. Donc euhhhh, on essaie de voir de tous les côtés et même de la coutume. Humm, c'est un peu ça. Parfois je me demande s'il n'y a pas aussi le problème de coutume dedans, il est vrai je ne pensais pas à ça mais quand on a un problème comme celui-ci, parfois on envisage toutes les situations, bon ! Je ne sais pas.

Chercheuse : et si on essayait de parler un peu de cette coutume ? Quel impact ça peut avoir sur votre situation ?

MC : là je ne peux pas vous dire avec certitude que les coutumes ont un impact dans ma situation actuelle, dans tous ces problèmes que je rencontre ; mais euhhhh, bon ! Je pense que nous sommes nés dans ces choses-là, nos parents nous ont éduqués avec cela. En sorte qu'il est difficile, de voir un parent au village, rester sans faire appel au marabout ou au tradipraticien pour solliciter l'aide des aïeux en cas de problème ; il peut arriver que le voyant vous dise que tel ancêtre réclame telle ou telle chose pour vous bénir afin que vous obteniez ce que vous solliciter avoir. Bon ! Parfois, quand on respecte tout cela, on obtient gain de cause. Bon ! Je ne sais pas si ce sont des coïncidences où c'est vraiment ça. Parfois à la veille d'un examen, notre grand-mère proposait de nous faire laver afin que la chance soit de notre côté pour réussir. Il arrivait aussi qu'on demande à te laver, de faire des rites traditionnels pour te purifier de la malédiction ou certains péchés que tes ancêtres ont commis à leur époque et qui te suivent. Parfois pour ne pas tomber dans ces pièges des erreurs commis par des aïeux, on se soumet, surtout qu'en le faisant, on ne perd rien. Parfois on parlait aussi des mauvais esprits qui rodent et jettent des mauvais sorts quand ils te trouvent sur leur passage. S'il y a aussi des sorciers dans la famille, on dit qu'ils attachent ou bloquent les chances des gens, bon ; on n'a pas de preuve de tout ça. Vous voyez euhhhh, dans mon cas je suis un peu confus parfois, parce que le petit frère de mon grand-père maternel avait un enfant qui avait le même problème, il est mort sans enfant ; mes cousins du côté maternel ont la même difficulté que moi ; donc euhhhhh, je me demande ; qu'est-ce qu'ils ont fait à leur époque qui peut être en train de nous suivre ? Puisque je ne suis pas le seul dans cette situation dans ma famille, donc euhhhhh, je me pose des questions à tout moment, est-ce qu'il y a des rites que nous devons exécuter au nom de nos ancêtres ? je ne sais pas ? C'est tout ça qui me dérange aussi souvent, même comme le plus souvent je

refuse d'y penser; alors euhhhh, quand madame a encore mentionné cela après la rupture de la grossesse, ça m'a fait beaucoup réfléchir bien que je ne prenais pas ça très au sérieux, bon du moins on va encore essayer. Je suis prêt à faire tout ce qu'elle demande.

Chercheure : Monsieur C, dites, que pensez-vous de cette procédure d'AMP, disons de ce parcours ?

MC : euuhhhhh, plutôt difficile, oui ; je veux dire très difficile même. Mais est ce que j'ai le choix ; il faut dépenser énormément, prendre le traitement qui ne marche pas, tantôt avoir l'espoir, tantôt perdre l'espoir, bref c'est parfois décourageant de marcher ici, mais on fait comment quand on veut quelque chose ; je dois souffrir ainsi jusqu'au jour où Dieu le voulant, on obtiendra gain de cause.

Chercheure : alors monsieur C, puis-je savoir ce qui vous a motivé à revenir ?

MC : bon ! du moment où j'ai compris que, je vous ai dit que les médicaments, les compléments alimentaires et tout ce que j'ai eu à prendre comme décoction n'ont donné aucun résultat positif ; ce qui fait que pour moi il n'y a que l'AMP maintenant, j'ai compris que la solution ne se trouve pas derrière les médicaments, puisque euhhhhh, apparemment mon problème doit être plus profond. Vous voyez si vous mettez des années à prendre des médicaments avec l'espoir que ça va marcher, et au bout d'un certain temps, vous vous rendez compte que vos efforts ne produisent pas grand-chose c'est mieux de changer de méthode, j'ai foi et espère que l'AMP va nous aider, je vais me battre de ce côté jusqu'à obtenir satisfaction, puisque j'ai fini par comprendre que c'est un problème qui n'est pas pour moi seul, puisque mes cousins, mes cousins eux aussi en souffrent, bon je ne sais pas comment ils font de leur côté, mais je vais dire que c'est un mal qui est dans la famille. Donc euhhhhh [...], c'est si je suis à l'hôpital c'est vraiment pour mener ce combat, et avec beaucoup de chance, ça va marcher un jour, j'aurais mon propre enfant, oui mon enfant à moi. D'ailleurs on m'a dit que ça ne réussit pas au premier essai ; donc ça va réussir un jour. Tous mes moyens sont, je veux dire, bon ! Je ne travaille que pour ça maintenant. C'est très dur de rester sans enfant, oui très dur ; même sans que personne ne te demande, toi-même tu sens un vide en toi, tu ne peux pas être tranquille, il faut aussi laisser un héritier, quelqu'un qui fera qu'on parle de toi, même dans son école. Bon ! Je pense que ça va aller. Je fais d'ailleurs confiance à la médecine. Oui, ça finira par aller, si ça a déjà marché une fois avant de rater, ça marchera définitivement.

Chercheure : auriez –vous quelque chose à ajouter dans notre échange monsieur C.

Chercheuse : Monsieur, la fois dernière il était question que vous refassiez les examens, où en êtes-vous avec les résultats ?

MC : «tsuip, bon ! Mon problème est plutôt inquiétant [...] heu heu, le docteur m'a proposé l'insémination avec le sperme du donneur ; et c'est même ça que je craignais depuis [...] heuhhh et ça me perturbe énormément. Vous savez bon ! C'est toujours bien d'avoir son enfant, [piaf] hmmm. L'autre là même, est-ce que c'est différent de l'enfant de quelqu'un tu as pris chez toi ? , vous voyez un [...], eueuh ! L'enfant de ton frère même, tu sais que c'est ton sang, mais ce qu'on prend à l'hôpital, tu ne connais pas ce que tu prends pour amener chez toi ? Ce n'est pas ton sang, ce n'est pas le sang de la famille, Qu'est-ce que je vais dire à mes ancêtres ? J'aurais trompé tout le monde et moi-même. C'est une situation très compliquée madame. eueuh, [...] Bon tout le monde verra que tu as l'enfant, toute la famille sera contente que tu as enfin fais ta part d'enfant, et c'est vraiment bon, mais ça va se passer comment quand je vais le regarder sachant qu'il n'est pas mon enfant ? , c'est difficile par ce que eueuhhh, là c'est un enfant que tu achètes on met dans le ventre de ta femme, hmmm,. Bon si la femme sait aussi que tu as acheté le sperme qu'on a mis dans son ventre, est ce qu'elle ne te fera pas le chantage un jour. Hmmm, Madame c'est même très compliqué, Je me demande même si je pourrai vraiment l'aimer comme si c'était mon vrai enfant. Quand tu vois que ton enfant a certain de tes traits, sa fait ta fierté, tu aimerais voir ton enfant faire comme toi. Tu seras fière de savoir que c'est ton sang ; parfois il ne te ressemble même pas, mais prend entièrement un membre de ta famille et tout le monde est content. Dans notre grande famille par exemple tout le monde a pris les traits de notre père, et les enfants de mes frères ont ces traits-là. Imaginez-vous un peu tu viens avec un enfant qui ne ressemble à personne, les gens vont toujours s'interroger et tu n'auras jamais de tranquillité. Je me disais hmmm, je me disais que l'AMP va résoudre le problème bon ! Maintenant que c'est arrivé ça a créé tout un tas de choses, tout un autre état d'esprit.

Chercheur : Monsieur C, il faudrait encore bien réfléchir pour trouver une solution définitive à votre problème

MC : bon, merci madame. Bonne soirée à vous.

**Retranscription de l'entretien avec Monsieur F**

Retranscription de Monsieur F

Pseudo : Monsieur F

Région : Littoral, Cameroun

Ethnie : Banen

Religion : protestant

Age : 40

Profession : ingénieur civil et commerçant

Rang dans la fratrie : premier né d'une fratrie de 7 (trois filles et quatre garçons)

Nombre d'années de vie en couple : 7

Nature du trouble : quantité insuffisante de spermatozoïdes dans le sperme (oligospermie)

Chercheure : bonjour Monsieur F

MF : bonjour madame

Chercheure : Comment allez-vous aujourd'hui?

MF : ah ! je suis là. Merci

Chercheure: puis-je savoir les raisons de votre présence à la clinique aujourd'hui

MF : ah nous sommes là, mon épouse et moi par ce que nous voulons encore essayer le transfert si ça peut donner cette fois. C'est beaucoup plus pour les résultats des examens que je suis là.

Chercheure : dites, à quand remonte votre dernière tentative ?

MF : la dernière fois c'était en 2017. Oui c'est en 2017 que nous étions ici.

Chercheure : quel est la nature de votre trouble ?

MF : on m'a fait savoir que le sperme est insuffisant, par rapport à la quantité normale

Chercheure : ça fait longtemps que vous êtes au courant de votre difficulté à procréer ?

MF : euhhhhh, c'est la cinquième année maintenant que je peux dire que j'ai commencé à chercher l'enfant sans succès. Bon, ça ne fait pas très longtemps que ça a commencé à me déranger ; puisque c'est en 2017 que nous sommes venus à l'hôpital pour faire la FIV. Bon avant ça, quand on a fait le bilan, je vais dire le spermogramme, avant ça, ils ont dit que ce n'est pas quand même très bon, qu'il faut refaire le spermogramme. Parce que au premier spermogramme, on ne peut pas confirmer et on m'a aussi donné les vitamines ; je prenais les vitamines et le médecin dit que pour ne pas perdre le temps par ce que l'âge est en train d'avancer, il faut qu'on fasse l'AMP. Ma femme a déjà 37 ans, il nous a conseillé de ne pas perdre le temps, que quand l'âge avance, les chances de succès sont réduites, et vous voyez d'ici peu, elle aura 40 ans. Et on nous a dit que quand l'âge est déjà avancé comme ça, ce n'est pas très bien, ça réduit les chances de réussite.

Chercheure: et c'était quoi la difficulté majeure ?

MF : j'ai un problème avec mon sperme ; mon sperme ne fonctionne pas bien. On m'a fait comprendre que euhhhhhh, que c'est le nombre est petit et ça ne bouge pas beaucoup. On a fait l'insémination mais depuis là, je ne comprends pas, ça n'a pas réussi. Après le gynécologue a demandé qu'on change de méthode, donc on avait d'abord fait l'insémination, comme ça n'a pas donné, maintenant, on veut encore essayer mais cette fois ci avec une autre méthode. Mais il dit qu'il va d'abord voir les résultats des examens

Chercheure: et avant d'arriver ici, quelles sont d'autres mesures thérapeutiques que vous avez entreprises ?

MF : nous ne sommes allés nulle part par ce que je ne savais même pas qu'il y avait un problème. Il est vrai la maman nous demandait de temps en temps de prendre quelques potions qu'elle nous faisait boire pour nettoyer le corps, par ce qu'elle-même ne comprenait pas pourquoi on restait comme ça, bon on prenait mais sans aller chez les marabouts pour chercher quoi que ce soit. Mais ça devenait de plus en plus inquiétant. Même avec les prières ça ne donnait pas.

Chercheure : quel a été votre grande motivation par rapport à l'AMP

MF : ce qui m'a motivé à faire ça c'est que j'ai commencé à avoir de doute sur ma santé, que mince comment depuis que je suis avec les femmes, il n'y a jamais rien eu, alors quand je suis arrivé ici le médecin a aussi proposé, il nous a fait comprendre qu'un enfant c'est un enfant, qu'il soit conçu à la maison ou dans un hôpital c'est un enfant. Pourquoi ne pas commencer par cette étape après on va voir si ça marche entre nous deux, ça peut aller et on aura nos propres enfants un jour. Et pour gagner en temps on ne doit plus rester à la maison attendre, et l'âge est en train de passer. On n'était d'abord chez un autre gynécologue. C'est lui qui nous a conduit ici, que ici c'est bien, et une fois ici, le gynécologue nous a dit la même chose.

Chercheure : puis-je savoir après combien de temps la grossesse s'était interrompu ?

MF : c'était l'année passée, non l'année surpassé, en 2017. Je pense que ça fait quand même plus d'un an déjà, le temps de chercher encore l'argent pour essayer. Par ce que la fois dernière je ne sais même pas s'il y a eu grossesse, comme vous dites là ; par ce qu'on avait fait les ponctions, après quelques jours, nous sommes revenus pour le transfert, on a fait le transfert. Nous sommes allés attendre à la maison. On a attendu le nombre de jour qu'ils ont dit, et quand on est revenu on a fait la prise de sang et on a dit que ça n'a pas donné ; que ce n'est pas positif.

Chercheure : pouvez-vous me dire ce que vous avez ressenti à cet instant précis ?

MF : sans vous mentir, j'étais euhhhhh, j'étais vraiment vraiment déçu, je ne sais pas comment je peux vous dire, j'étais découragé, très malade, triste, [ piafff ], j'étais plus triste que madame, surtout quand elle ne voulait plus refaire une autre FIV, bon, après, quand on s'assoit à deux, on pense comment vivre sans enfant, on prend encore le courage pour revenir. C'est vraiment très dur. On se demande si est-ce qu'un jour ça va marcher. Je me suis posé tant de questions, par ce qu'il n'y a pas tellement de moyens. S'il y avait les moyens on n'aurait dû entamer l'autre la même année sans trop attendre comme ça ; de 2017 à 2019, ce n'est pas facile, avec le peu de moyen que j'ai, il faut aussi aider la famille, les enfants de la famille, mais je ne dois pas aussi rester sans mon propre enfant, l'enfant de quelqu'un c'est l'enfant de quelqu'un ; il faut aussi laisser une descendance avant de mourir aussi un jour. Tu vas dépenser sur l'enfant de quelqu'un n'importe comment il va partir voir ses parents et tu vas rester comme ça.

Chercheure: alors, quelle est la qualité de vos relations avec la famille, la belle-famille et les proches au quotidien

MF : ah c'est comme ça, les gens parlent derrière et chez nous on se tait, c'est beaucoup plus madame qui écoute ce qu'on dit. Vous savez, les problèmes comme ça, on va plus parler avec les femmes, même les membres de ma famille, c'est à ma femme qu'on demande ce qui ne va pas puisque tout le monde sait que c'est elle qui n'accouche pas. Donc je n'ai pas de problème avec les gens. Encore qu'ils ne peuvent pas me demander, c'est à elle qu'on demande quoi que ce soit. Je ne sais pas pourquoi tout ça m'arrive alors que tous ceux qui m'entourent, mes frères et sœurs ont des enfants, qu'est-ce que j'ai fait à Dieu ?.

Chercheuse: peut-être parce que c'est elle qui est accusée ?

MF : ça peut aussi être ça, c'est à elle qu'on demande ce qui ne va pas, les voisins, les gens de la famille, beaucoup ne savent pas que j'ai un problème, on sait que c'est elle la coupable, tous les regards sont tournés vers elle ; c'est pourquoi j'ai préféré qu'on refasse l'AMP, si ça peut vraiment marcher pour qu'on ne la dérange plus. On sera tous tranquille par ce que moi-même ça me perturbe quand les gens lui posent les questions et que je sais qu'elle n'a pas de problème ; hmmm elle n'a pas de problème, et personne ne sait ; elle me fait beaucoup pitié, je prie vraiment que ça marche un jour. Peut-être que les gens ont peur de me demander mais à moi personne ne me demande. Elle seule connaît le secret, aucun membre de ma famille ne sait que j'ai un problème, chacun parle de son côté. Personne n'est au courant que nous avons initié cette procédure. Peut-être que si ça dur trop, c'est là où les gens vont savoir. Bon je sais qu'un jour ça ira, mais je m'inquiète beaucoup plus pour ma femme. Son âge avance et comme il n'y a pas l'enfant, ça ne m'arrange pas.

Chercheuse: est-ce qu'il vous est déjà arrivé de penser prendre les enfants de la famille ?

MF : c'est mieux d'avoir son propre enfant, un enfant qui n'est pas pour toi n'a pas ton sang, et tôt ou tard il va chercher ses parents comme je vous disais d'abord ; donc il n'est pas votre enfant, quand tu gardes l'enfant de quelqu'un, il ne peut pas porter ton nom, tu vas dépenser sur lui mais un jour il va toujours partir. C'est vrai qu'on gardait deux enfants de la famille mais, bon, quand ils ont commencé à créer des problèmes je les ai fait retourner chez leurs parents. Je préfère maintenant les aider à distance au lieu qu'ils me cassent la tête quand mes problèmes me dépassent.

Chercheuse: Monsieur F, quelle place accordez-vous à l'enfant dans un ménage ;

MF : mais madame, on se marie pour avoir les enfants, c'est l'enfant qui fait le mariage, si tu n'accouches pas, on t'appelle le père de qui ? L'enfant occupe une place très importante dans le foyer. C'est le fruit du mariage, quand deux personnes s'unissent déjà, le fruit c'est l'enfant, il faut avoir des enfants, C'est pourquoi il faut tout faire pour avoir son enfant. On se bat comme ça c'est pour avoir l'enfant, vous comprenez que c'est important, quand tu n'as pas d'enfant c'est comme si tu n'as pas de valeur. Qui aime un arbre qui n'a pas de fruit, personne. Tu es comme une fleur qui orne la cour et meurt après, sans laisser aucun fruit. On te dérange toujours. En Afrique c'est l'enfant qui maintient le foyer. Quelques mois après le mariage, quand on ne voit rien, les gens commencent à te demander ce qui ne va pas. Vous allez voir que beaucoup d'hommes qui n'ont pas de problème cherchent rapidement une autre femme quand celle qui est à la maison n'accouche pas. Mais moi, ce n'est pas le cas.

Chercheuse : et quand c'est le cas de l'homme comme le vôtre ?

MF : Mais puisque personne ne sait. C'est pourquoi je fais tout pour qu'on ait notre enfant à nous deux pour enfin être tranquille comme d'autres personnes. Pour que madame soit aussi heureuse, tout ce que je lui donne maintenant ne peut pas remplacer un enfant. C'est un peu ça. Hmmmmm ! Oui c'est le problème de l'enfant qui passe avant tout, on économise notre argent maintenant seulement pour venir ici à l'hôpital.

Chercheuse : à votre avis, quels pourrait être les causes de votre problème ?

MF : là, je ne sais pas madame, je ne sais vraiment pas, j'ai des cadets qui ont déjà des enfants. Je ne sais pas pourquoi j'ai ce problème. Et comme mes parents ne savent pas, alors je prie seulement que le bon dieu fasse en sorte que la démarche ci donne un bon résultat. Si ma mère sait que j'ai un problème elle va commencer à dire qu'on parte chez les marabouts pour faire des rites, encore qu'elle s'inquiète même déjà, mais elle se dit que c'est ma femme qui ne conçoit pas. Elle va chercher à connaître si ce n'est pas un sort que les sorciers m'ont lancé ou si ce n'est pas moi qui ai cherché. On dit souvent que les mauvais esprits peuvent empêcher quelqu'un de concevoir, bon ! j'espère que ce n'est pas mon cas. Je sais que ça va aller un jour comme le gynécologue a dit. J'ai toujours espoir, même comme je n'ai pas les moyens. Dieu va nous aider dans ce sens-là.

Chercheuse: pourriez-vous me dire ce que vous pensez de l'AMP ?



MF : par rapport à l'AMP, je sais que le Cameroun est déjà avancé dans la science et je fais confiance à la médecine ; si je viens ici, c'est par ce que j'ai appris que ça a marché chez beaucoup de personnes, je sais que ce programme là ça marche et que ça pourra aussi marcher chez moi ; mais j'aimerais vraiment que le gouvernement revoie les moyens, donc le coût, le coût de de de la FIV, c'est vraiment trop cher, il y a beaucoup de personnes qui sont dans la même situation que moi mais qui ne peuvent pas faire ça par manque de moyen. Ils veulent bien faire mais ils n'ont pas les moyens. Mais aussi qu'il peut arriver qu'à la première tentative ça ne donne pas, et là il faut entamer la deuxième directement pour que euuh, par ce qu'ils disent que lorsqu'on fait la première FIV il ne faut pas attendre longtemps, ils ont dit que quand on revient vite, le corps chauffe encore, mais si tu n'as pas les moyens tu fais comment ? Voyez un peu mon cas, depuis deux ans je cherche l'argent pour revenir reprendre, ce n'est pas facile.

Chercheure : et par rapport au parcours de cette procédure d'AMP ?

MF : bon, je veux dire, c'est un peu trop de consigne à exécuter, on ne doit pas faire les rapports sexuels n'importe comment, on ne doit pas faire n'importe quoi n'importe comment, il y a les examens par ci par là ; dans tout ça, aucun membre de la famille n'est au courant de cela ; bon c'est le prix à payer quand on veut l'enfant.

Chercheure : Monsieur F, vous auriez certainement quelque chose à ajouter au sujet de nos échanges ?

MF : bon, si j'ai quelque chose à dire de plus, c'est que c'est la première fois que je discute de ce sujet comme ça avec quelqu'un, et je trouve que ça fait du bien de parler de ça. Je n'ai jamais eu de contact avec un psychologue, mais depuis qu'on discute là je pense que le suivi du psychologue ici sera vraiment très bien ; vous voyez un peu, la dernière fois quand j'étais arrivé ici, tout confiant que non, ça va marcher, je veux dire le jour où on n'était venu faire le test là ; quand le médecin a dit que ce n'était pas bon, tu ne peux pas savoir comment j'étais malade, je ne peux même pas vous dire comment était madame ; quand on parle comme ça, on n'a plus peur quand on fait tout ça, on échange, on pose les questions. Et c'est bien. Mais j'ai une question à vous poser.

Chercheure : Je vous écoute

MF : quand on prélève beaucoup d'ovocytes comme ce qu'on a enlevé sur madame là, il n'y pas de risque que ça finisse et que les prochaines fois on n'en trouve plu ? Par ce que là j'ai vraiment peur. Quand on dit qu'on a prélevé 10 ou 12 ovocytes.

Chercheure : n'ayez crainte, les médecins savent très bien ce qu'ils font, faites leur confiance.

MF : merci madame.

Entretien n°2 avec Monsieur F au téléphone, depuis Douala

Pseudo : Monsieur F

Région : Littoral, Cameroun

Ethnie : Banen

Religion : Protestant

Age : 40

Profession : ingénieur du génie civil

Rang dans la fratrie : premier rang d'une fratrie de 7 (trois filles et quatre garçons)

Nombre d'années de vie en couple : 5

Nature du trouble : problème d'insuffisance et de mobilité des spermatozoïdes

Chercheure : Monsieur F, est ce que vous pouvez me rappelez ce qui vous amène à l'hôpital ces derniers temps ?

MF : Nous sommes revenus à l'hôpital par ce que la FIV qu'on a fait la dernière fois n'a pas marché et nous voulons reprendre, il est vrai on voulait rentrer à l'hôpital depuis mais c'est l'argent qui nous manquait. On nous avait dit que quand ça ne donne pas, c'est mieux de revenir rapidement refaire. Que ce n'est pas bon de durer. Mais l'argent ne suffisait pas. Encore qu'on doit refaire les examens, acheter encore les médicaments pour voir pourquoi ça n'a pas donné.

Chercheure : A votre avis, qu'est ce qui pourrait être à l'origine de votre trouble ?

MF : là, je ne sais pas, si je ne venais même pas à l'hôpital je ne pouvais pas savoir que j'avais un problème. Ils m'ont dit que mon sperme ne fonctionne pas bien. Je ne sais pas pourquoi. Je ne sais vraiment pas ce qui a causé ça, le docteur même ne me dit pas ce qui peut être à l'origine de tout ça ; on va faire les autres examens et d'ici quelques jours on va voir comment prélever. Ce que je ne comprends pas. Je dois finir par penser que c'est mystique, par ce que je ne comprends rien du tout. Comment se fait-il que je sois le seul enfant de ma mère parmi tant d'autre à avoir ce problème, ça peut être la main des méchants. Qu'est ce qui a fait que mon sperme ne fonctionne pas bien ? On m'a donné les remèdes, les vitamines. Mais ça ne marche pas toujours ; là je ne sais pas. Puisque ma femme n'a aucun problème, là je suis dépassé, je me demande si ce n'est pas mystique. Comment je peux être le seul enfant de ma mère à avoir ce problème. Je n'ai pas encore eu le courage de dire à mes parents de quoi je souffre.

Chercheuse : et si on parlait un peu de votre famille, y a-t-il d'autres personnes ayant le même problème que vous?

MF : A ce que je sache, non, mes deux dernières petites sœurs ont déjà les enfants et même mes frères, il y a même un autre qui n'est pas encore marié mais il a déjà fait un enfant avec une fille. Tous les enfants de ma mère ont des enfants. Il n'y a que moi qui reste sans enfant, et ça me dérange ; moi qui suis le grand frère. Mon père a une seule femme, du moins, je veux dire il n'a qu'une femme à la maison. Il est vrai je ne connais pas toute la grande famille maternelle et paternelle, mais je ne sais vraiment pas s'il y a quelqu'un qui serait sans enfant dans leur famille. Nous avons grandi à Douala et de temps en temps on partait au village rester avec la grand-mère. C'est quand le papa a pris sa retraite qu'il est retourné au village. Et comme je connais les gens de ce village, s'ils apprennent que j'ai des problèmes d'infertilité ils vont commencer à dire des tas de choses sur moi. Je ne sais pas pourquoi tout ça m'arrive alors que tous ceux qui m'entourent ont des enfants.

Chercheuse : Comment ça? Et les membres de la famille ?

MF : mais, si ça dure encore, et surtout s'ils se rendent compte que c'est moi qui ai un problème, ils vont commencer à m'accuser de sorcier, soit que j'ai vendu le ventre de ma femme ou j'ai vendu pour moi, pour avoir de l'argent ; oui, c'est comme ça. C'est difficile d'entendre qu'un homme n'arrive pas à faire des enfants, c'est beaucoup plus fréquent chez les femmes et non chez les hommes. Quand quelqu'un atteint un certain âge sans avoir d'enfant ça devient compliqué. On commence à l'éviter, et personne ne lui donne son enfant pour garder par ce

qu'on suppose que son argent n'est pas bien, et avec ça il peut facilement tuer leurs enfants comme il a lui-même vendu pour lui dans le ventre. Vivre comme ça, sans faire d'enfant ce n'est pas facile, oui, quand tout le monde accouche comme ça, et tu restes, on commence à t'accuser que tu as vendu tes enfants dans le ventre, tu es sorcier, les choses comme ça ; alors que tu es là même, tu souffres, tu ne sais même pas ce qui se passe. Personne n'a ce problème dans toute ma famille. Parfois je me demande si elle ne va pas me quitter un jour ; la dernière fois elle a tellement pleuré, j'ai mal mais je fais comment ? Tu travailles même ton argent, tu ne peux pas construire ta maison, tu es tout le temps à l'hôpital, tu n'es pas heureux, c'est vraiment pénible.

Chercheuse : dans votre situation, les gens adoptent plusieurs voies pour trouver une solution ?

MF : on peut le dire ; il y a beaucoup mais je n'ai pas encore essayé, beaucoup de tradipraticiens font leur publicité même à canal 2 pour travailler les choses comme ça. Ils donnent les écorces, les remèdes du village. Comme je vous disais si ma mère sait que le problème est sur moi, elle va me proposer d'aller voir les marabouts pour faire le lavage, et si je refuse, alors elle va me taxer de sorcier. Généralement au village, les choses comme ça, sont d'abord traitées traditionnellement.

Chercheuse : vous n'y avez pas pensé ?

MF : bon, comme je vous ai dit, on a bu les potions que la maman nous a apporté mais dire qu'on a consulté un tradipraticien, non, on ne l'a pas encore fait. Bon peut-être, puisqu'on ne sait jamais, on finira par y aller pour savoir vraiment ce qui ne va pas. Par ce qu'il faut que nous ayons une solution vraiment, que ça marche un jour. On a encore refait les examens. Parfois j'ai peur de cette situation, je me demande si ce n'est pas quelqu'un qui nous bloque comme ça; on n'a déjà tout fait mais rien ne marche, je ne comprends plus si ça continue comme ça, on va faire un tour au village pour voir ce qui ne va pas, oui parfois certaines personnes pratiquent sur d'autres et il n'y a que les grands marabouts pour arranger ça.

Chercheur : avez-vous pensé à une insémination avec le sperme d'un donneur ?

MF : le médecin m'en a parlé ; bon ! tout ce que je souhaite c'est donner un enfant à ma femme. Mais les trucs comme ça ici chez nous en Afrique, qu'est-ce que tu vas dire aux gens. Ça c'est pour les blancs. Better je prends l'enfant de mon frère, je garde en sachant que c'est le sang de la famille même comme celui-là va toujours te créer des problèmes. [tsuip] L'autre là hmmm ;

tu peux emmener le sang d'un bandit dans ta famille et regretter toute ta vie. Hmmm, c'est difficile de vivre sans enfant mais te tromper toi-même pour dire aux gens que tu as l'enfant, hmmm.

Chercheur : comment ça se tromper soi-même ?

MF : oui, quand tu prends le sperme de quelqu'un, que bien après ta femme accouche c'est l'enfant de qui ? Tout le monde pense que c'est ton enfant alors que toi-même tu sais que ce n'est pas ton enfant, ça te fais même encore plus mal, surtout s'il grandit et a des problèmes, ta conscience va te juger, tu vas dire que si c'était mon enfant il ne devait pas faire comme ça et ça va encore t'énerver plus. Ce n'est pas facile. Ah, on va voir.

Chercheuse : Et dans votre situation comment réagit la belle-famille ?

MF : ma belle-famille, ne me fréquente pas tellement, mes beaux-parents ne vivent plus, donc depuis que je suis avec ma femme, sa sœur aînée nous a rendu visite une seule fois quand on venait de se rencontrer et elle habitait chez moi. Elle a juste passé la nuit et est repartie le lendemain. Je ne sais pas comment sa mère devait réagir si elle était là. Ce qui fait que les choses comme la tradition, elle ne connaît pas. Elle a grandi ici à Douala. Je ne suis même jamais allé chez ses parents. Tout pour elle c'est l'hôpital. Avec ma mère ça ne colle pas trop, et même la fois dernière qu'elle a apporté les décoctions qu'on boit pour fertiliser le corps, c'est à peine qu'elle a prise. Donc, depuis que nous sommes ensemble, on suit seulement l'hôpital. Et elle fait ses prières.

Chercheuse : et avec les amis, ça se passe comment ?

MF : j'ai un seul ami d'enfance qui connaît mon problème, dernièrement quand je lui ai dit que j'ai fait la FIV et que ça a échoué, il me proposait de faire un tour au village pour voir ce qui ne va pas d'abord pour que je sois infertile, ensuite pourquoi la FIV a raté. C'est lui qui me demande de temps en temps si je suis déjà parti. En dehors de lui les autres ne connaissent rien de mon problème. Certains ne cherchent même pas à savoir si je suis marié ou pas. Le genre que tu rencontres quelqu'un, il te demande seulement comment va madame ? Et les enfants ?, là tu réponds aussi que tout va bien. Bref on ne se voit pas trop, je suis dans mes affaires, avec ma situation qui me préoccupe.

Chercheuse : Comment est-ce que vous vivez cette situation dans votre couple ?

MF : avant tout allait très bien, mais depuis là, comme il n'y a pas d'enfant ça devient un peu compliqué. Elle ne reste pas à la maison, les prières par ci, les prières par-là. Je ne peux rien dire. Si ses prières peuvent faire en sorte qu'on obtienne ce qu'on veut il n'y a pas de problème. Quand on venait de se marier, on partait même souvent en boîte danser, on buvait quand on avait un peu d'argent, mais depuis qu'on a engagé l'AMP, tout a changé ; tout l'argent qu'on a, c'est pour l'hôpital et on ne pense plus qu'à ça. On ne partage pas nos problèmes avec les gens, tu vas te mettre à raconter, et ce sont ces mêmes gens qui vont se moquer de toi et profiter pour tout dire sur toi. Donc entre nous c'est comme ça, on n'a pas de problème et on n'est pas non plus heureux. Quand on avait fait la FIV la fois dernière, on était tous confiants ; j'ai attendu les résultats mais malheureusement ce n'était pas positif. Nous sommes rentrés bredouilles, avec toute la colère. Personne n'avait la force de parler à l'autre jusqu'à la maison.

Chercheuse : dites ; comment vous vous êtes senti au moment où vous on vous a signalé que ça n'a pas marché ?

MF : je suis en train de vous dire que c'était très dur, j'étais déçu, vraiment déçu comme je vous disais la dernière fois, le jour où on avait fait le transfert, j'étais très content, je me demandais même déjà si ça va donner un garçon, par ce que je voulais vraiment le garçon, quand tu fais le garçon, tu es tranquille, au moins tu sais que tu as déjà ton héritier, après je pensais que même si c'était une fille c'est quand même déjà un enfant, mon enfant. Il y avait des soirs comme ça, ma femme et moi, on commençait à chercher les noms ; que si c'est une fille, on donne tel nom et si c'est un garçon, on donne plutôt tel nom. C'est comme ça qu'on faisait jusqu'au jour du rendez-vous, j'étais sûr qu'on devait m'annoncer la bonne nouvelle ; malheureusement, après la prise de sang, on revient me dire que ça n'a pas marché, que ce n'est pas positif. Je ne sais pas comment j'ai fait pour arriver à la maison. Je me sentais mal à l'aise ; personne n'a vraiment parlé à l'autre pendant deux jours. Je voyais toute la souffrance qu'on a endurée à l'hôpital. Puisque chaque fois je la déposais pour ses injections. Quand je pensais à tout ça, j'étais vraiment fâché m'a beaucoup énervé. Je ne peux même pas savoir si elle mangeait par ce que moi-même je ne mangeais pas. C'était difficile à vivre.

Chercheuse : selon vous qu'est ce qui pourrait être à l'origine de cet échec-là ?

MF : je ne sais vraiment pas, je vous dis depuis que l'autre là me dépasse. Parfois moi-même je me demande si ce n'est pas mystique. Déjà je ne comprends pas pourquoi mon sperme ne fonctionne pas bien. On a fait les ponctions ici pour prélever les spermatozoïdes et beaucoup

d'ovocytes chez ma femme. Après on nous a dit que tout allait bien. On est revenu pour le transfert. Mais ça m'a étonné qu'à la fin, on me dise que ça n'a pas donné. Je me suis même demandé si est ce qu'ils sont sûr d'avoir bien déposé l'affaire-là, s'ils ont lavé le sperme comme ils m'ont dit et l'ovocyte de ma femme est bien, pourquoi alors ça n'a pas marché ? Par ce que je ne comprends pas, quand elle est rentrée à la maison ce jour, elle était toujours couchée, je ne la touchais pas. Je la gardais comme un bébé, et j'étais d'ailleurs très content qu'elle porte mon bébé. Qu'est-ce que je dois vous dire si après on me fait comprendre que ça n'a pas donné. Je suis seulement dépassé. Je n'arrive même plus à pleurer ni l'argent que j'ai versé, ni le bébé que j'ai perdu. C'est un deuil qu'on fait seul. Si non avec sa femme, sans crier à haute voix. C'est très difficile à vivre.

Chercheuse : quelles sont les dispositions que vous avez prises pour que cela n'arrive plus ?

MF : le gynécologue a dit qu'il va reprendre les examens. C'est après ça qu'il va dire quoi faire. Ma femme n'a pas de problème. Ce qui cloche encore dans ma tête, c'est la proposition que mon ami m'a faite. J'étais en train de réfléchir voir si je vais aller au village pour qu'on essaie de travailler traditionnellement, mais je me suis encore découragé. Mais, je pense quand même qu'il faudrait que j'essaie un peu de discuter de ça avec les parents pour écouter leur point de vue, voir s'il y a des rites à faire pour solutionner ce problème. C'est un truc que j'ai toujours gardé comme secret, et ma femme aussi n'en parle pas. Je me demande s'il n'est pas temps que je puisse discuter de ça avec eux. Vous voyez je peux être en train de garder pour moi seul alors que le nœud est au village. Peut-être la solution se trouve là-bas, je ne sais pas. Mais je ne leur dirai pas que c'est pour avoir l'enfant à l'hôpital, là c'est aussi une autre chose à garder secret.

Chercheuse : comment ça un secret ?

MF : oui, si à jamais nous réussissons à avoir cet enfant, personne ne saura jamais qu'il a été conçu à l'hôpital, notre enfant sera regardé bizarrement. Déjà je me demande à quoi il va ressembler un enfant qu'on a fabriqué dans les appareils avant de mettre dans le ventre d'une femme. Le gynécologue nous a convaincu qu'il n'y a pas de différence mais je verrai avant de croire moi-même. L'essentiel pour moi maintenant c'est d'abord d'avoir l'enfant, avant de voir ce qu'il sera demain. Je me demande s'il va pourra bien réfléchir comme un enfant normal, où il n'aura pas un petit problème sur lui ; par ce que pour vous dire vrai je n'ai pas encore vu l'enfant de l'AMP qu'une femme a porté comme ça jusqu'à accoucher. On me dit qu'ils sont nombreux qu'on accouche tout le temps, mais est ce qu'ils grandissent bien comme tous les

autres enfants, est ce qu'ils peuvent sortir premier de la classe ?. Je me pose beaucoup de questions à ce sujet. Bon l'essentiel pour moi maintenant c'est déjà de l'avoir et le reste, on va voir après.

Chercheure : qu'est-ce qui vous a donc motivé à revenir ?

MF : je vous ai dit que j'ai vu les gens qui ont fait ici, et ils ont réussi, j'ai vu les femmes enceintes que le gynécologue nous a expliqué que c'est l'AMP ; donc je pense que, à moins que ce soit vraiment mystique, que nous allons aussi réussir ici à la clinique. Aussi par ce que je me dis que si mon sperme ne fonctionne pas bien, je ne peux rien faire pour mettre ma femme enceinte, il faut qu'ils le fassent ici. C'est tout ça qui me fait revenir ici. J'ai déjà quarante ans et le temps passe vite, je dois vite faire pour ne pas vieillir ou même mourir sans enfant. Ce qui est très mauvais. Chez nous quand tu meurs sans enfant, on t'enterre comme un mort-né, sans t'accorder aucune importance, on ne pleure même presque pas ; c'est comme une mauvaise personne qui est parti, tu n'as rien laissé comme souvenir. Si tes parents sont en vie, ils vont regretter pourquoi ils t'ont même donné naissance. Un homme qui meurt sans enfant est une honte pour sa famille. C'est ce que je ne souhaite pas. Il faut que j'aie au moins un, peu importe le sexe.

Chercheure : quand avez-vous entendu parler de l'AMP pour la première fois ?

MF : pour dire vrai c'est quand j'ai commencé à venir à l'hôpital que j'ai aussi entendu ça. La première fois qu'on m'a fait l'examen du spermogramme c'était à l'hôpital général, c'est après ça que le gynécologue nous a envoyé ici. Il nous a fait comprendre qu'il n'y a pas de différence entre un enfant conçu normalement au lit et celui qu'on fait aussi ici à la clinique. Quand nous sommes arrivés à la clinique c'est la même chose que le gynécologue nous a expliqué, et nous avons pris la résolution d'aller nous préparer, chercher l'argent pour revenir. Donc ça ne fait pas cinq ans que je suis au courant de ça. Il était même étonné quand je lui ai dit que je n'étais pas au courant de ça. Il me disait qu'on en parle à la télé tout le temps et c'est même au Cameroun depuis plus de 20 ans. Je lui ai fait savoir que quand je suis devant la télé, c'est pour regarder le match [rire]. Je ne regarde pas autre chose. Il m'a aussi fait savoir qu'on peut essayer plusieurs fois avant de réussir, qu'il est un peu rare de réussir d'un premier coup. C'est surtout ça qui nous a motivé à revenir. Mais j'espère que cette fois sera la bonne.

Chercheure : merci pour cet entretien, et bonne chance Monsieur F





**TABLE DES MATIERES**

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>i</b>
<b>DEDICACE.....</b>	<b>ii</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>iii</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>v</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>7</b>
1. Les données anthropologiques sur la procréation en Afrique .....	7
2. Contexte général de l’infertilité dans le monde, en Afrique et au Cameroun .....	8
2.1. L’infertilité dans le monde.....	9
2.2. Situation de l’infertilité en Afrique.....	11
2.3. Le cas particulier du Cameroun .....	12
2.4. Brève anthropologie de l’infertilité au Cameroun .....	14
2.5. Réponses thérapeutiques face à l’infertilité en milieu africain .....	20
2.6. L’Assistance Médicale à la procréation (AMP).....	24
2.6.1. Données générales sur l’AMP.....	24
2.6.2. Le cas particulier de l’Afrique.....	25
2.6.3. Le cas particulier du Cameroun .....	26
2.6.4. Les problèmes liés à l’AMP .....	28
3. Formulation du problème de recherche .....	36
3.1. Etat de la question.....	36
3.2. Enoncé du problème .....	43
<b>CHAPITRE 2 : INFERTILITE, SOUFFRANCE CONJUGALE ET AMP .....</b>	<b>56</b>
1. Physiologie de la reproduction chez l’homme .....	56
2. Perspective historico-sociale de l’infertilité .....	57
2.1. Représentation de l’infertilité.....	58
2.2. Epidémiologie de l’infertilité .....	60
2.3. Physiopathologies de la fertilité chez l’homme .....	61
2.4. Causes environnementales .....	72
2.5. Bilan clinique .....	78
3. Infertilité psychogène .....	78
4. La souffrance du couple face à l’infertilité.....	90
4.1. Souffrance liée à l’annonce de l’infertilité.....	91
4.2. Angoisse liée à la perte de la fertilité.....	95

4.3. Obsession à donner une vie.....	97
4.4. Stigmatisation sociale .....	99
5. La souffrance liée au parcours d'AMP dans le couple .....	101
5.1. Anxiété de l'attente des résultats .....	101
5.2. Technique très contraignante .....	102
6. La souffrance face à l'IAD .....	104
6.1. Poids des loyautés familiales .....	107
6.2. Peur de la transmission d'une maladie héréditaire via l'IAD .....	109
6.3. La non ressemblance du produit de l'IAD aux ascendants .....	114
6.4. Sentiment d'ambivalence.....	119
6.5. Poids du secret .....	119
<b>CHAPITRE 3 : ANCRAGE THEORIQUE ET APPROFONDISSEMENT DES</b>	
<b>CONCEPTS .....</b>	<b>122</b>
1. Ancrage théorique.....	122
1.1. Théorie du désir d'enfant .....	122
1.2. Théorie du deuil .....	128
1.3. Théorie du relativisme culturel .....	139
2. Approfondissement des concepts .....	145
2.1. Le couple : définition, historique et évolution .....	145
2.1.1. Définition du couple.....	145
2.1.2. Historique et évolution de la notion de couple.....	148
2.1.3. Typologie de couple .....	151
2.1.4. La place de l'enfant dans le couple .....	153
2.2. L'infertilité dans le couple .....	163
2.3. L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) .....	164
2.3.1. Définition .....	165
2.3.2. Historique et évolution .....	169
2.3.3. Les enjeux .....	174
2.3.4. Les techniques .....	175
2.3.5. Accessibilités.....	182
2.4. Souffrance conjugale.....	182
2.5. Les valeurs culturelles.....	185
2.6. L'Insémination artificielle avec le sperme d'un donneur .....	186
2.7. Etude de cas .....	188

<b>CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE .....</b>	<b>190</b>
1. Rappel du problème de recherche et précision sur les centres d'intérêt.....	190
1.1. Rappel du problème .....	190
1.2. Précision sur des centres d'intérêt.....	191
2. Type et champ de la recherche .....	196
2.1. Type de recherche .....	196
2.2. Champ de la recherche.....	201
3. Méthode de recherche : méthode clinique .....	202
4. Site de collecte des données .....	205
4.1. Population et échantillon de la recherche .....	208
4.2. Technique de sélection et critère d'inclusion des cas .....	208
5. Techniques et instrument de collecte des données .....	211
5.1. Techniques de collecte des données : les entretiens semi-directifs .....	211
5.2. Instrument de collecte des données et justification de son utilisation .....	212
5.2.1. Le guide d'entretien .....	212
5.2.2. Echelle Hospital Anxiety and Depression scale (HADs).....	213
6. Techniques et outils d'analyse des données .....	218
6.1. Technique d'analyse des données : analyse de contenu .....	218
6.2. Instrument d'analyse des données : grille d'analyse.....	219
7. Déroulement de la collecte des données.....	221
7.1. Déroulement des entretiens.....	221
7.2. Difficultés liées à la collecte des données.....	222
7.3. La place du chercheur .....	223
<b>CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES RESULTATS .....</b>	<b>224</b>
1. Présentation des cas et anamnèse .....	224
1.1. Cas de Monsieur A.....	224
1.2. Cas de Monsieur C.....	225
1.3. Cas de Monsieur F .....	226
2. Présentation des résultats issus des entretiens .....	226
2.1. Cas de Monsieur A.....	227
2.2. Cas de Monsieur C .....	231
2.3. Cas de Monsieur F .....	239
3. Présentation des résultats issus du HADs.....	245
3.1. Résultats de Monsieur A.....	245

3.2. Résultats de Monsieur C .....	247
3.3. Résultats de Monsieur F.....	249
<b>CHAPITRE 6 : ANALYSE, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS</b>	
<b>.....</b>	<b>251</b>
1. Rappel du cadre théorique de la recherche .....	251
1.1. La théorie du désir d'enfant telle que présentée par Bydlowski (1997) .....	251
1.2. La théorie des cinq phases du deuil telle que présentée par Kübler-Ross (1969)....	254
1.3. La théorie du relativisme culturel telle que présentée par Sow (1977).....	257
2. Analyse et interprétation des résultats issus des entretiens .....	261
2.1. Cas de Monsieur A.....	262
2.1.1. Aspects culturels de la souffrance de Monsieur A .....	262
2.1.2. Le parcours thérapeutique d'AMP de Monsieur A .....	270
2.2. Cas de Monsieur C .....	271
2.2.1. Aspects culturels de la souffrance chez monsieur C .....	271
2.2.2. Données en rapport avec le parcours d'AMP.....	278
2.3. Cas de Monsieur F .....	279
2.3.1. Aspects culturels de la souffrance de Monsieur F.....	279
2.3.2. Données en rapport avec le parcours d'AMP de Monsieur F .....	285
3. Analyse et interprétation des résultats issus du HADs .....	286
3.1. Cas de Monsieur A.....	286
3.2. Cas de Monsieur C .....	287
3.3. Cas de Monsieur F .....	287
4. Résumé des analyses des résultats des entretiens et du HADs.....	288
4.1. Résumé des résultats des entretiens .....	288
4.2. Résumé des analyses des résultats du HADs .....	291
5. Discussion des résultats .....	292
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>297</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>303</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>320</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>321</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>322</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES .....</b>	<b>323</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	