

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 ET SOCIALES  
\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE  
\*\*\*\*\*



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
POSTGRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL AND  
EDUCATIONAL SCIENCES  
\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR  
SOCIAL SCIENCES  
\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY  
\*\*\*\*\*

# INFERTILITE CONJUGALE ET RAPPORT DE GENRE : STRATEGIES DES ACTEURS, REPRESENTATIONS ET INCIDENCES SOCIALES DANS LA VILLE DE YAOUNDE

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme de Master Professionnel en  
**Genre et Développement**

**Spécialité** : Genre et Développement Economique et Technique

Par

**Esther FOTSO WATO**

Licence en psychologie du développement

Matricule : 14A824

Sous la direction de

**Achille PINGHANE YONTA**

*Chargé de cours*

*Novembre 2022*



## SOMMAIRE

Sommaire .....	i
Remerciement .....	ii
Résumé .....	iv
Liste des acronymes, des sigles.....	vi
Liste des tableaux .....	vii
Liste des annexes.....	viii
Introduction générale .....	1
Partie I : Cadrage conceptuel et théorique de l'étude.....	5
Chapitre 1 : Problématique de l'étude .....	6
Chapitre 2 : Les constructions socioculturelles de l'infertilité sur les rapports de genre .....	28
Chapitre 3 : Les pratiques et les incidences sociales de l'infertilité sur les rapports de genre .....	53
Partie II :    Méthodologie de la recherche, présentation et interprétation des résultats .....	88
Chapitre 4 : Méthodologie de la recherche .....	89
Chapitre 5 : Présentation et analyse des résultats.....	100
Chapitre 6 : Interprétation des résultats et discussion .....	135
Conclusion générale .....	150
Bibliographie.....	154
Annexes .....	160
Table des matières .....	165

## REMERCIEMENT

Ce travail est le fruit d'efforts et d'encouragement de plusieurs personnes auxquelles nous disons sincèrement merci. Il s'agit :

De notre directeur de mémoire le Dr **PINGHANE YONTA Achille**, pour l'encadrement scientifique, sa rigueur, pour la documentation et pour les conseils prodigués dans le cadre de ce travail ;

Du chef de Département de Sociologie, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, pour ses encouragements et ses conseils ;

Des enseignants (es) du département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I et du master professionnel en genre et développement, pour les enseignements et les encouragements ;

Du Dr **NGUEULIEU Élias Perrier**, pour ses conseils et ses encouragements ;

De L'Association des Acteurs de Développement (ADEV) en particulier Madame **DJOUKOUO Félicité** (directrice technique) et Madame **CHIEWOOU KUETCHE Irène-Flore** (directrice technique et superviseuse de stage) pour les conseils et les encouragements ;

Des répondants et des répondantes pour avoir accepté de participer à la collecte des données.

Toute notre sympathie à l'endroit de nos camarades de promotion avec qui nous avons pu explorer les thématiques de Genre et Développement

Aux familles : **WATO, FOKO, TENAGUEM** et **FOALENG** pour le soutien de toute nature.

Nous n'oublions pas tous les amis (es) de près ou de loin pour leurs conseils et encouragements.

Pour tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail, qu'ils trouvent ici les sentiments de notre gratitude.

À

**Mes parents**

**WATO FOKO & MOGOUONG HELENE**

## RÉSUMÉ

Cette recherche s'intitule : « **infertilité conjugale et rapport de genre : stratégies des acteurs, représentations et incidences sociales dans la ville de Yaoundé** ». En considérant la littérature sur les représentations sociales de l'infertilité, il en ressort que les constructions socioculturelles sont établies sous la base des connaissances, des expériences, des perceptions, celles-ci contribuent à construire la personnalité des individus et les amènent également à avoir une représentation de son alter-égo au sujet de l'infertilité. L'infertilité est une maladie qui se caractérise par la difficulté et/ou l'incapacité de procréer chez les hommes et les femmes. Plusieurs facteurs sont à l'origine parmi lesquels les causes psychologiques, biologiques et culturelles. Cependant, il existe des technologies modernes pour palier à la difficulté de procréation. Néanmoins, les incidences sociales de l'infertilité perdurent au sein des couples. Le problème qui se pose est celui de la persistance des représentations sociales négatives de l'infertilité de manière générale. De ce problème découle la question suivante : l'infertilité conjugale influence-t-elle sur la structuration des rapports de genre ? L'hypothèse a été formulée comme suit : l'infertilité conjugale influence sur la structuration des rapports de genre. Pour cela, la collecte des données s'est faite suivant l'approche quantitative avec le questionnaire et l'approche qualitative avec un guide d'entretien en appoint. L'enquête s'est effectuée auprès de 116 participants au total. L'analyse des contenus a été mobilisée pour les données qualitatives et l'approche descriptive pour les données quantitatives. Les théories qui nous ont permis de comprendre cette incidence sont la théorie des représentations sociales de Moscovici (1989) et la théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner (1979). La théorie des représentations sociales a montré que les traditions influencent le mode de pensée sur le phénomène d'infertilité. Ce qui crée des conflits au sein des couples, d'où la théorie de l'identité sociale démontre que les personnes sont marginalisées par rapport à l'infertilité et ont une perception négative à cause du regard de la société. Et les personnes fertiles ont une identité positive de soi, mais ont tendance à discriminer les personnes infertiles. Ce qui renforce les rapports de conflits au sein des couples. Cependant, la théorie de l'identité sociale montre également que les hommes sont moins discriminés lorsqu'ils rencontrent une situation d'infertilité par rapport aux femmes qui sont plus stigmatisées par la société. A cet effet, les hommes ont une identité plus positive d'eux-mêmes lorsqu'il s'agit de l'infertilité, celle-ci est renforcée par le système patriarcal, les constructions socioculturelles, les stéréotypes, les préjugés et les discriminations contrairement aux femmes qui ont une identité plus négative lorsqu'elles sont infertiles. En outre, les représentations sociales, les pratiques et les incidences sociales de l'infertilité sont à l'origine des rapports conflictuels et des différents traitements reçus par l'homme et la femme lorsque l'un d'eux fait face à l'infertilité.

**Mots clés : rapports de genre ; infertilité ; représentations sociales ; stratégies ; incidences sociales.**

## ABSTRACT

This research is entitled: “**marital infertility and gender relations: strategies of actors, representations and social impacts in the city of Yaoundé**”. Considering the literature on social representations of infertility, it emerges that sociocultural constructions are established based on knowledge, experiences, perceptions, these contribute to constructing the personality of individuals and lead them to have a representation of their alter -ego about infertility. Infertility is a disease characterized by difficulty and/or inability to conceive in men and women. Several factors are at the origin including psychological, biological, and cultural causes. However, there are modern technologies to overcome the difficulty of procreation. Nevertheless, the social impacts of infertility persist within couples. The problem that arises is that of the persistence of negative social representations of infertility in general. From this problem arises the following question: does marital infertility influence the structuring of gender relations? The hypothesis was formulated as follows: marital infertility influences the structuring of gender relations. For this, data collection was done following the quantitative approach with the questionnaire and the qualitative approach with an additional interview guide. The survey was carried out with 116 participants in total. Content analysis was used for the qualitative data and the descriptive approach for the quantitative data. The theories that allowed us to understand this impact are Moscovici's theory of social representations (1989) and Tajfel and Turner's theory of social identity (1979). The theory of social representations has shown that traditions influence the way of thinking about the phenomenon of infertility. This creates conflicts within couples; hence the theory of social identity demonstrates that people are marginalized in relation to infertility and have a negative perception because of the way society views it. And fertile people have a positive self-identity but tend to discriminate against infertile people. Which reinforces conflict relationships within couples. However, social identity theory also shows that men are less discriminated against when encountering an infertility situation compared to women who are more stigmatized by society. To this end, men have a more positive identity of themselves when it comes to infertility, which is reinforced by the patriarchal system, sociocultural constructions, stereotypes, prejudices, and discrimination unlike to women who have a more negative identity when they are infertile. In addition, social representations, practices, and the social impacts of infertility are at the origin of the conflicting relationships and the different treatments received by men and women when one of them faces infertility.

**Keywords : gender relations ; infertility; social representations; strategy; social implications**

## **LISTE DES ACRONYMES, DES SIGLES**

**AMP** : Assistance Médicale à la Procréation

**ADEV** : Association des Acteurs de Développement

**CODESRIA** : Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique

**CEDEF** : Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes

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

**DPNP** : Déclaration de Politique Nationale de Population

**FIV** : Fécondation In Vitro

**HP** : Hypothèse Principale

**HS** : Hypothèses spécifiques

**HGOPY** : Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

**HGOPD** : Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala

**HCY** : Hôpital Central de Yaoundé

**IFD** : Intégration des Femmes dans le Développement

**ICSI** : Injections Intracytoplasmiques des Spermatozoïdes

**IST** : Infection sexuellement Transmissible

**MINEDUB** : Ministère de l'éducation de Base

**MINESEC** : Ministère de l'Enseignement Secondaire

**MINAS** : Ministère des Affaires Sociales

**MINSANTE** : Ministère de la Santé

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OP** : Objectif principal

**OS** : Objectifs secondaires

**ODD** : Objectifs du Développement Durable

**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

**PNG** : Politique Nationale du Genre

**P-F** : Participant-Femme

**P-H** : Participant-Homme

**QP** : Question principale

**QS** : Questions spécifiques

**SSS** : Stratégie Sectorielle de la Santé

**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

**TIS** : Théorie de l'Identité Sociale

**TEC** : Transferts d'Embryons Congelés

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience

## **LISTE DES TABLEAUX**



Tableau N°1 : Récapitulatif des données statistiques de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) sur l'infertilité et l'infertilité féminine.....	13
Tableau N°2 : Activités de prise en charge de l'infertilité par niveau.....	73
Tableau N°3 : Récapitulatif sur les participants (es) du personnel de santé .....	91
Tableau N°4 : Récapitulatif sur les participants de sexe masculin.....	91
Tableau N°5 : Récapitulatif sur les participantes .....	92
Tableau N°6 : Statistiques des variables sociodémographiques .....	92
Tableau N°7 : Légende des codes de transcription. ....	103
Tableau N°8 : Transcription du discours des gynécologues sous forme de verbatim.....	104
Tableau N° 9 : Transcription du discours des participants sous forme de verbatim.....	108
Tableau N°10 : Transcription du discours des participantes sous forme de verbatim.....	113
Tableau N°11 : statistiques des données sociodémographiques .....	117
Tableau N°12 : Grille d'analyse des données collectées auprès des gynécologues.....	120
Tableau N°13 : Grille d'analyse des données collectées auprès des participants (es) .....	120
Tableau N°14 : Récapitulatif des données statistiques sur les connaissances de l'infertilité .....	134

## LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de recherche.....	161
Annexe 2 : Guide d'entretien N°1 (personnel de santé).....	162
Annexe 3 : Guide d'entretien N°2 (autres personnels) .....	163
Annexe 4 : Questionnaire .....	164



**INTRODUCTION GÉNÉRALE**

La vie humaine est fondée sur la procréation entre les hommes et les femmes, les technologies modernes contribuent à la naissance des bébés. L'absence de procréation chez les êtres humains de manière naturelle est une source de frustration qui peut engendrer les disparités de genre au sein d'une société. De même qu'une incapacité à procréer peut engendrer les conflits au sein du couple ainsi que dans une société. L'infertilité est une maladie qui touche les hommes et les femmes en âge de procréer. Cependant, la médecine a évolué afin de pallier ce problème d'infertilité, les techniques de procréation moderne consistent à faciliter la fécondation chez la femme. La recherche d'un statut socioéconomique a favorisé le recul de l'âge à la première maternité, ceci peut être source d'infertilité chez les femmes. De nos jours, l'âge de procréation débute à partir de 29 ans chez certaines femmes, parce qu'elles font généralement les études avant de s'engager à avoir une maternité<sup>1</sup>. Selon les études scientifiques, le facteur âge augmente le risque d'infertilité chez les femmes. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2018), l'infertilité touche des millions de personnes en âge de procréer dans le monde et a une incidence sur leur famille et leur communauté : 48 millions de couples et 186 millions de personnes sont touchées par l'infertilité sur la planète terre<sup>2</sup>. En Afrique, le taux d'infertilité est le plus élevé au monde, elle touche environ 15% et 30% des couples comparé à 5 % et 10% des couples en Europe (OMS, 2018). Selon l'OMS (2018), l'infertilité masculine est causée par des problèmes d'excrétion du liquide séminal ou de faibles niveaux de spermatozoïdes, ou encore une anomalie au niveau de la forme et du mouvement des spermatozoïdes ; en revanche chez la femme, l'infertilité féminine a pour origine une série d'anomalies des ovaires, de l'utérus, des trompes de Fallope et du système endocrinien.

Les moyens mis en œuvre pour favoriser la fertilité chez les patients (es) d'infertilité ne sont pas disponibles dans tous les pays où se vit le phénomène. C'est ainsi que l'accès aux interventions médicales relatives à l'infertilité est très limitée pour les pays en voie de développement. De même que les politiques élaborées pour le cas d'infertilité, elles sont lentes parce qu'elles ne constituent pas le plus souvent une priorité pour la démographie et le développement d'un pays<sup>3</sup>. En outre les stratégies de lutte contre l'infertilité dans les pays en voie de développement sont moins prises en compte parce la science sur les méthodes

---

<sup>1</sup> Brzakowski.M et al 2009 *Formation médicale continue, épidémiologie du couple infertile* ; Elsevier Masson SAS.

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)* Geneva: WHO

<sup>3</sup> Fatou DIOP (5 juin 2018), *Genre et stérilité au Sénégal : la maternité et la paternité en question* ; Institute of Development Studies ; p.8.

contraceptives est prioritaire, de même que la santé de la mère et de l'enfant, des femmes enceintes...etc. Ceci peut justifier le manque de personnel qualifié et l'absence des équipements et infrastructures nécessaires pour les soins relatifs à l'infertilité. De même que les coûts sont élevés pour les pays qui répondent activement aux besoins des personnes touchées par l'infertilité.

Les technologies de procréation médicalement assistée existent depuis plus de 30 ans et plus de 5 millions d'enfants sont nés dans le monde grâce à des interventions comme la fécondation in vitro<sup>4</sup>. Cependant, elles demeurent largement indisponibles, inaccessibles et inabordables dans de nombreuses régions du monde, plus particulièrement les pays à faible revenu. C'est ainsi que les inégalités de genre seront accentuées à cause du coût des soins spécifiques aux personnes infertiles<sup>5</sup>. Néanmoins, certains pays comme le Cameroun ont pu mettre sur pied un Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH) pour mener des recherches sur la procréation médicalement assistée afin d'aplanir les inégalités sur les questions d'infertilité. Certes il existe des technologies modernes sur la procréation, mais qui ne sont pas suffisamment vulgarisées, ceci peut signifier qu'il y'a un manque d'information auprès des personnes en âge de procréer.

Toutefois, les cultures en Afrique et au Cameroun ne sont pas encore en adéquation avec les technologies modernes sur la procréation. Les coutumes constituent souvent des barrières à la modernité, c'est pourquoi la procréation médicalement assistée est moins connue au Cameroun. En plus d'être coûteuse, la médecine moderne reste moins pratiquée que la médecine traditionnelle<sup>6</sup>. Les représentations sociales sur l'infertilité sont construites à partir des perceptions, des connaissances et des expériences sur l'infertilité. Encore que l'enfant est au centre des couples et des mariages en Afrique, à cet effet, c'est inconcevable d'imaginer qu'une personne ne peut pas procréer<sup>7</sup>. Ces éléments favorisent des discriminations envers les personnes qui sont en incapacité de se reproduire. Compte tenu des coutumes et du coût élevé des soins liés à l'infertilité, les inégalités sociales de sexe se construisent et renforcent les violences au sein de la société camerounaise. C'est dans cette lancée que cette recherche se

---

<sup>4</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)* Geneva: WHO.

<sup>5</sup> Fatou BINTOU Mbow & Isseu DIOP (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.1-18

<sup>6</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)* Geneva: WHO

<sup>7</sup> Honore MIMCHE, *comprendre les nouvelles conjugalités ; pratiques matrimoniales en mutation au Cameroun*, Etude africaines, Série sociologique l'Harmattan, Paris 2020, p.35

propose d'examiner l'incidence des représentations sociales, les pratiques et les perceptions de l'infertilité sur la structuration des rapports de genre dans la ville de Yaoundé. Ce travail de recherche est constitué de deux grandes parties : la première partie porte sur le cadrage théorique et méthodologique et la deuxième partie sur la revue documentaire et interprétation des données. La première partie comporte 3 chapitres. Le chapitre 1 traite la problématique de l'étude ; le chapitre 2 parle de la méthodologie de la recherche ; le chapitre 3 aborde la présentation et analyse des résultats. La deuxième partie comporte 3 chapitres. Le chapitre 4 présente les constructions socioculturelles de l'infertilité sur les rapports de genre ; le chapitre 5 aborde les pratiques et les incidences sociales de l'infertilité sur les rapports de genre ; le chapitre 6 disserte sur l'interprétation des résultats et leur discussion.

## **PARTIE I : CADRAGE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE DE L'ÉTUDE**

Tout travail scientifique repose sur un cadre conceptuel et théorique qui facilite la compréhension du sujet dans son analyse et interprétation. Pour cela, il convient dans cette partie de présenter les différents chapitres que sont : la problématique de l'étude (chapitre 1), les constructions socioculturelles de l'infertilité sur les rapports de genre (chapitre 2), les pratiques et les incidences sociales de l'infertilité sur les rapports de genre (chapitre 3).

# **CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE**



## 1.1. Contexte et Justification

### 1.1.1. Contexte

La femme a un temps réduit pour son passage dans sa famille d'origine, car elle est appelée à partir pour rejoindre un homme et fonder sa famille d'alliance. Devenir parent est une norme sociale dont chaque individu s'imprègne à pouvoir la réaliser. Même si selon Minche (2020), certaines femmes en majorité le deviennent à l'âge de 20 ans avec leurs premières naissances<sup>8</sup>. C'est ainsi qu'on observe une peur des changements physiologiques et des risques d'infertilité chez les femmes dont la tranche varie entre 25-29 ans et plus<sup>9</sup>.

Le mariage est une étape déterminante pour la construction identitaire féminine et masculine. C'est ainsi que la société africaine attribue au mariage une fonction de procréation afin d'établir une descendance. L'avancée de la science permet aux nouveaux mariés de faire des examens prénuptiaux afin de vérifier leur compatibilité biologique. Il s'agit entre autres : la détermination du groupe sanguin et du facteur rhésus, une recherche d'agglutinines irrégulières, une sérologie de la toxoplasmose et de rubéole en raison des risques de malformations associées à ces maladies si elles se déclarent en cours de grossesse. Ces examens prénuptiaux restent limiter dans la mesure où les tests de fertilité sont absents. La bible déclare dans Genèse 1 :28 « *Dieu les bénit, et Dieu leur dit : soyez fécond, multipliez, remplissez la terre, l'assujettissez et dominez sur les poissons de la mer, sur les oiseaux* »<sup>10</sup>. Dans ces propos, il en ressort qu'un objectif bien précis de l'union entre les hommes et les femmes consiste à procréer. Lorsque le mariage n'est pas suivi d'une naissance, les interrogations des familles se font ressentir ; elle amène les époux et épouses à recourir à des consultations (tradi-praticiennes, des marabouts, des prières... etc.). Les études menées par Duchesne et Bonnet (2014) montrent que les normes sociales pro-natalistes valorisent la maternité. Autrement dit, la société africaine définit l'objectif du mariage comme un attribut de paternité et de maternité<sup>11</sup>. Cependant, les couples africains qui s'unissent et rencontrent des difficultés de procréer ne sont pas perçus positivement dans la société, car ils ne respectent pas les normes sociales. C'est ainsi que Duchesne et Bonnet (2014) ont montré que l'infertilité était une présomption de stérilité porté

---

<sup>8</sup> Honore MIMCHE (2020), *comprendre les nouvelles conjugalités ; pratiques matrimoniales en mutation au Cameroun*, Etude africaines, Série sociologique l'Harmattan, Paris, 2020, p.35

<sup>9</sup> Brzakowski.M et al (2009). *Formation médicale continue, épidémiologie du couple infertile ; Elsevier Masson SAS*

<sup>10</sup> Bible Gateway, Génèse 1 :28, Louis Segond, <https://www.biblegateway.com>

<sup>11</sup> Doris Bonnet et Véronique Duchesne (2014), *Migrer pour procréer : histoire de couples africains*, l'Harmattan, cahiers du genre

uniquement sur la femme<sup>12</sup>. C'est-à-dire, la faute d'un couple rencontrant les difficultés de procréer reviendrait à la femme, et non celle de l'homme. En outre, elle est souvent accusée de sorcellerie, ce qui favorise dans certains couples le régime polygamique. Toutefois, l'homme peut également avoir un problème de fertilité, mais le phénomène reste plus dramatique chez les femmes que chez les hommes.

Philemon Matumo et al (2020) ont mené une étude sur les anomalies du spermogramme en consultations prénuptiales et dans les couples infertiles à Butembo, République démocratique du Congo, l'objectif visait à appréhender l'infertilité masculine afin de déterminer la prévalence des anomalies du spermogramme au cours des consultations prénuptiales<sup>13</sup>. Selon Philémon et al, l'infertilité est un problème de santé publique dans les pays en voie de développement du fait de sa prévalence, de la généralisation de sa répartition et des difficultés inhérentes à sa prise en charge. Cependant, un couple sur dix dans le monde a des problèmes d'infertilité, cette situation est préoccupante pour les couples concernés et qui entraînent souvent une déstabilisation de ces derniers. Les résultats de cette étude ont montré une prévalence d'anomalies du spermogramme à 22,9% dans la population masculine générale et de 46,0% chez les hommes des couples incapables de concevoir spontanément<sup>14</sup>. Dans cette étude, nous retenons que les hommes ont une prédisposition d'infertilité de même que les femmes en République Démocratique du Congo. Autrement dit, les femmes comme les hommes sont susceptibles de souffrir d'infertilité en République Démocratique du Congo.

Les couples confrontés à cette difficulté font face à une relative absence de solidarité familiale afin d'éviter des accusations médisantes (propos dénigrants) des belles-sœurs envers les femmes, modifiantes ainsi péjorativement les rapports de genre dans le foyer. Duchesne et Bonnet (2014) constatent que ces couples ne font pas appel à un divorce ; certains facteurs contribuent à cette absence de divorce<sup>15</sup> tel que l'aspect religieux, les dépenses effectuées lors du mariage, le statut professionnel. Suivant les études menées par Duchesne et Bonnet (2014, p.8-9), « *un couple qui avec des liens de parenté, se sont mariés suivant la religion islamique où il est permis pour l'homme d'avoir plusieurs épouses. Ce couple n'a pas fait recours au*

---

<sup>12</sup> Doris Bonnet et Véronique Duchesne (2014), *Migrer pour procréer : histoire de couples africains*, l'Harmattan, cahiers du genre

<sup>13</sup> Philemon Matumo et al (2020), anomalies du spermogramme en consultations prénuptiales et dans les couples infertiles à Batembo, République Démocratique du Congo, PanAfrica Médical Journal. P.2

<sup>14</sup> Philemon Matumo et al (2020), anomalies du spermogramme en consultations prénuptiales et dans les couples infertiles à Batembo, République Démocratique du Congo, PanAfrica Médical Journal. P.6

<sup>15</sup> Doris BONNET et Véronique DUCHESNE (2014), *Migrer pour procréer : histoire de couples africains*, l'Harmattan, cahiers du genre

*divorce de peur de conduire la famille dans un conflit, ni à la polygamie de peur de fragiliser l'amour qui existait entre eux. La femme se déplaçait pour des consultations en France afin de remédier à son problème d'infertilité. Car elle a eu à subir une excision à l'âge de 21 ans après s'être mariée. Ceci lui a coûté sa fertilité, pour trouver une solution, elle a dû abandonner sa vie professionnelle pour résider en France. Quant à son mari, il souffrait d'une azoospermie où il suivait également un traitement médical en France<sup>16</sup>. »* Les auteurs décrivent une volonté du couple à trouver une tierce solution conjointe au travers l'émancipation et la dépendance à la technologie de la reproduction. Afin d'échapper aux pressions familiales, ces femmes abandonnent leurs activités professionnelles dans le but d'accomplir le rôle d'épouse, celui de donner naissance à un enfant. A travers cette décision, il en ressort un rapport de genre de forme coopérative, car il y'a absence de divorce, de séparation, de conflit, mais plutôt un esprit de collaboration à la recherche de solutions pour devenir parent. Le statut de mère définit par la société est une obligation pour la femme ; cette norme contraint les femmes à la fabrication d'un enfant afin d'avoir une identité, un statut social et une représentation positive<sup>17</sup>. Ces femmes viennent à reproduire un ordre de genre très normatif en matière de procréation, à savoir, une volonté de faire un enfant à tout prix.

La société définit la femme comme la mère de l'humanité en ce sens où elle donne la vie, c'est pourquoi, le problème d'infertilité est péjorativement perçu chez les femmes, car elles ont pour rôle de procréer. Cette situation d'infertilité amène le psychanalyste Smadjia à décrire celle-ci comme « *un travail de couple* », autrement dit, c'est « *au sein du couple, dans son organisation et dans son fonctionnement, des modalités diverses et multiples de relations d'objet, stables, car structurantes pour certaines d'entre elles, et variables pour d'autres, inhérentes à certaines circonstances de la vie psychique de chaque partenaire comme aux vicissitudes de la vie conjugale<sup>18</sup>* ». C'est-à-dire, les rapports de genre changent progressivement à cause de la non-amélioration de l'infertilité conjugale. C'est ainsi que l'esprit de coopération entre le couple se dissipe au fil du temps, par conséquent, les représentations et les normes sociales relatives au sexe masculin et féminin s'accroissent. Dans le but de ne pas céder aux pressions familiales, les couples émancipés cherchent à trouver une solution en faisant recours à la technologie reproductive. Les couples deviennent dépendants des normes

---

<sup>16</sup> Doris BONNET et Véronique DUCHESNE (2014), *Migrer pour procréer : histoire de couples africains*, l'Harmattan, cahiers du genre, Ville d'édition, p.8-9

<sup>17</sup> Doris BONNET et Véronique DUCHESNE (2014), *Migrer pour procréer : histoire de couples africains*, l'Harmattan, cahiers du genre, Ville d'édition, p.13

<sup>18</sup> SMADJA Éric et Vincent GARCIA (2011) ; *Introduction à une approche psychanalytique du couple* ; le journal des psychologues ; n°284, p.25

sociales, de maternité et de paternité liés au mariage. Cette perception met à mal la construction initiale du mariage fondée sur une solidarité face aux difficultés, ainsi que le partage des valeurs. Il ressort que les relations entre les hommes et les femmes en âge de procréer sont pour la plupart conflictuelles. Surtout lorsqu'il s'agit de la femme qui a des difficultés de procréer. Les hommes sont protégés dans les familles lorsque ces derniers ont dû mal à obtenir le statut de paternité. Les femmes s'investissent d'avantages lorsqu'elles font face à la difficulté d'obtenir le statut de maternité, ces investissements sont d'ordre moderne et traditionnel.

### 1.1.2. Justification

Chaque être humain a le droit de jouir d'un meilleur état de santé physique et mental aussi bien dans les familles qu'en société. La santé physique et mentale des individus est capitale pour la procréation. Cependant, l'infertilité est un frein à la réalisation du droit des personnes et des couples à fonder leur famille. Les inégalités et les disparités en ce qui concerne l'accès aux services de soins en matière de fécondité entraînent des répercussions négatives sur les personnes pauvres, non mariées, sans instruction ou sans emploi ainsi que sur d'autres populations marginalisées<sup>19</sup>. Bien que l'infertilité touche autant les hommes que les femmes, celles-ci sont susceptibles d'être victimes de discriminations et de stigmatisations parce que les coutumes en Afrique considèrent la femme comme la mère de l'humanité. De même qu'avoir un statut de femme en Afrique passe par la maternité. C'est pourquoi, elles subissent fréquemment des violences, le divorce, le rejet social, le stress émotionnel, la dépression, l'anxiété ainsi que la perte d'estime de soi. Cependant, il existe en Afrique une forte politique de vulgarisation des contraceptifs, et moins de sensibilisation sur l'infertilité. A cet effet, l'infertilité est parfois considérée comme sujet tabou en Afrique<sup>20</sup>.

Selon Ngo et al (2016), l'infertilité est un problème de santé que rencontrent les femmes et les hommes, mais les femmes (30%) sont plus touchées que les hommes (20%)<sup>21</sup>. Elle est causée par des maladies sexuellement transmissibles, des anomalies des ovaires, de l'utérus, des trompes de Fallope et du système endocrinien. L'infertilité est un problème auquel il faut s'attaquer parce que chaque être humain doit pouvoir jouir d'un meilleur état de santé physique,

---

<sup>19</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)* Geneva: WHO.

<sup>20</sup> Ngo Um Meka.E et al (2016), *Connaissances, Attitudes et Pratiques des Femmes en Desir d'Enfant Vis-à-vis de l'Infertilité à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé; connaissances, attitudes et pratiques des femmes infertiles vis-vis de l'infertilité à Yaoundé*, Health Sci.Dis; vol 17 (4); p.45).

<sup>21</sup> Ngo Um Meka.E et al (2016), *Connaissances, Attitudes et Pratiques des Femmes en Desir d'Enfant Vis-à-vis de l'Infertilité à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé; connaissances, attitudes et pratiques des femmes infertiles vis-vis de l'infertilité à Yaoundé*, Health Sci.Dis; vol 17 (4); p.42)

mental, d'un bien-être psychologique. Toutefois, l'infertilité peut être primaire ou secondaire dans un couple. L'infertilité primaire renvoie à une personne n'ayant jamais eu d'enfant tandis que l'infertilité secondaire concerne les personnes ayant déjà eu d'enfant et des difficultés à en avoir d'autres. D'après Fatou et Diop, les enquêtes nationales sur la santé en 2010 montrent qu'environ 10,5% des femmes dans le monde ont subi une infertilité secondaire contre environ 2% pour l'infertilité primaire ; la prévalence de l'infertilité secondaire varie selon la région et les pays dont 9% pour l'Amérique, 9 et 13% pour l'Europe, 16% pour certains pays d'Afrique subsaharienne<sup>22</sup>.

Les couples ont le droit de décider du nombre d'enfants qu'ils souhaitent, de l'écart entre eux d'après l'OMS<sup>23</sup>. La lutte contre l'infertilité permet de mettre en valeur les droits des personnes et des couples de fonder une famille. Cependant, il existe des inégalités et des disparités en matière de prise en charge sur la fécondité, ceci se répercute sur des personnes pauvres n'ayant pas suffisamment des moyens pour se déplacer et avoir un traitement efficace. Cependant, selon Lerato (2005, p.13) « *parce que la femme porte l'enfant, elle sert d'indicateur de la fécondité du couple* »<sup>24</sup>. Autrement dit, les femmes infertiles sont péjorativement maltraitées dans les sociétés africaines parce que la grossesse s'observe physiquement. L'infertilité conjugale est une difficulté existence dont les pays en voie de développement en souffre, bien qu'il existe des centres et hôpitaux spécialisés dans le traitement, ceux-ci restent moins fréquentés par les patientes touchées par la maladie. Par conséquent, dans le cadre de cette étude, on s'intéresse entre autres aux stratégies des acteurs sur la structuration des rapports de genre. Autrement dit, quelles sont les mesures prises par les acteurs de la santé au Cameroun afin réduire l'infertilité conjugale dans les ménages.

D'après Lerato (2005), il existe une croyance largement répandue selon laquelle l'infertilité est une maladie féminine ; c'est pourquoi les femmes ont porté et portent encore le blâme et la stigmatisation de l'infertilité<sup>25</sup>. Cette étude est menée en Afrique du Sud, l'auteur présente les expériences des femmes africaines mariées infertiles. Ceci peut justifier une forme de représentation sociale au sein des couples, autrement dit, il peut exister des discriminations

---

<sup>22</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council p.2

<sup>23</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)* Geneva: WHO

<sup>24</sup> Lerato Théodora. M. (2005) ; *Les expériences des femmes africaines mariées infertiles dans l'Afrique du Sud : enquête narratif féministe* ; Université de Prétoria, p13

<sup>25</sup> Lerato Théodora. M. (2005) ; *Les expériences des femmes africaines mariées infertiles dans l'Afrique du Sud : enquête narratif féministe* ; Université de Prétoria p.18

au sein des couples concernés plus particulièrement auprès des femmes. On peut observer un impact dans les rapports de genre qui pourraient justifier certains problèmes sociaux de couple tels que le divorce, la discrimination des épouses infertiles, des stigmatisations. La question de représentation sociale se pose dans le cadre de cette étude en ce sens où les perceptions sont différentes de l'homme et de la femme sur la question d'infertilité. On s'interroge sur les perceptions des hommes, des femmes sur la question d'infertilité conjugale. Sur ces entrefaites, on pourrait s'interroger de l'effet des constructions socioculturelles sur la structuration des rapports de genre. Au Cameroun, on questionne le processus de représentation sociale de l'infertilité conjugale, ensuite son influence sur la structuration des rapports de genre.

Les recherches menées par Ngo et al (2016) montrent que les femmes qui rencontrent les problèmes d'infertilité sont confrontées à des violences, au divorce, au rejet social, et des sentiments négatifs (stress émotionnel, culpabilité, dépression, anxiété et perte d'estime de soi)<sup>26</sup>. Au Cameroun, nous avons des hôpitaux où l'on peut effectuer un diagnostic d'infertilité comme l'hôpital gynéco-obstétricien considérée comme la plus ancienne traitant des troubles gynécologiques, des maladies liées aux organes reproducteurs ; mais nous avons également le Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH) qui traite des problèmes d'infertilité. Si la technologie reproductive a mis sur pied des dispositifs pour contrôler les naissances ou éviter les naissances, elle devrait également prendre des dispositions et mettre en place des moyens de résolution pour les personnes rencontrant des difficultés d'infertilité. Selon l'OMS (2018), la contraception est moins coûteuse que l'insémination artificielle, la fécondation in-vitro (FIV) et la stimulation ovarienne<sup>27</sup>. Cette technologie de reproduction n'est pas à la portée des personnes pauvres souffrantes d'infertilité. Afin de réduire les inégalités sociales, les discriminations et les conflits familiaux. Pour donner suite à cette analyse, on observe une action des acteurs de la santé reproductive dans la lutte contre les difficultés de procréation ainsi que les incidences sociales dans le couple qui fait face à ce type de problème. A cet effet, cette étude se penchera sur la question des stratégies des acteurs pour pallier les problèmes d'infertilité ainsi que son impact sur la structuration des rapports de genre. Une descente à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) a relevé une fréquence élevée des femmes en services de gynécologie que les hommes. Cet écart montre une disparité lorsqu'il s'agit des questions

---

<sup>26</sup>Ngo Um Meka.E et al (2016), *Connaissances, Attitudes et Pratiques des Femmes en Desir d'Enfant Vis-à-vis de l'Infertilité à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé ; connaissances, attitudes et pratiques des femmes infertiles vis-vis de l'infertilité à Yaoundé*, Health Sci.Dis; vol 17 (4)

<sup>27</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)* Geneva: WHO

d'infertilité. Cependant, cet hôpital s'occupe autant des problèmes d'infertilité des hommes que des femmes. Le tableau suivant fera un condensé des consultations gynécologique sur l'infertilité de 2016 jusqu'en 2021.

Tableau N°1 : Récapitulatif des données statistiques de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) sur l'infertilité et l'infertilité féminine

Année	Spécialité	Semestre 1		Semestre 2		Total des cas
		Age	Cas	Age	Cas	
2016	Gynéco-hospitalisation (infertilité)	23 à 28 ans	3 cas			15 cas
		29 à 34 ans	8 cas			
		35 à 40ans	4 cas			
	Gynéco-obstétrique (infertilité féminine)	17 à 22ans	37cas	23 à 28 ans	22 cas	768 cas
		23 à 28 ans	119 cas	29 à 34 ans	35 cas	
		29 à 34 ans	137 cas	35 à 40 ans	60 cas	
		35 à 40 ans	170 cas	41 ans et +	65 ans	
		41 ans et +	123 cas			
	2017	Gynéco-hospitalisation (infertilité)	23 à 28 ans	4 cas		
29 à 34 ans			10 cas			
35 à 40 ans			5 cas			
41 ans et +			3 cas			
2018	Gynéco-hospitalisation (infertilité)	17 à 19ans	1 cas	23 à 28 ans	1cas	29 cas
		25 à 34 ans	8 cas	29 à 34 ans	15 cas	
		35 à 40 ans	1 cas	35 à 40 ans	2cas	
		41 ans et +	1 cas			
	Gynéco-obstétrique (infertilité féminine)	≤ 16ans	1 cas	≤ 17ans	1 cas	1100 cas
		17 à 22ans	35cas	17 à 22 ans	24 cas	
		23 à 28ans	166 cas	23 à 28 ans	154 cas	
		29 à 34 ans	210 cas	29 à 34 ans	183 cas	
		35 à 40 ans	109 cas	35 à 40 ans	115 cas	
		41 ans et +	60 cas	41 ans et +	42 cas	
2019	Gynéco-hospitalisation (infertilité)	≤ 17ans	1 cas	23 à 28 ans	5 cas	51 cas
		20 à 24 ans	4 cas	29 à 34 ans	16 cas	
		24 à 34ans	14cas	35 à 40 ans	7 cas	
		35 à 40 ans	4 ans			
		15 à 17 ans	1 cas	18 à 19 ans	6 cas	1103

	<b>Gynéco- obstétrique (infertilité féminine)</b>	18 à 19 ans	3 cas	20 à 22 ans	32 cas	
		20 à 22 ans	24 cas	23 à 28 ans	157 cas	
		23 à 28 ans	161 cas	29 à 34 ans	166 cas	
		29 à 34ans	194 cas	35 à 40ans	109 cas	
		35 à 40 cas	132 cas	41 ans et +	59 cas	
		41 ans et +	59 cas			
<b>2020</b>	<b>Gynéco- hospitalisation (infertilité)</b>	25 à 34 ans	2 cas	23 à 28 ans	2 cas	<b>18 cas</b>
		41 ans et +	1 cas	29 à 34 ans	7 cas	
				35 à 40 ans	6 cas	
	<b>Gynéco- obstétrique (infertilité féminine)</b>	18 à 19 ans	3 cas	15 à 17 ans	1 cas	<b>792</b>
		20 à 22ans	17 cas	18 à 19 ans	2 cas	
		23 à 28 ans	107 cas	20 à 22 ans	20 cas	
		29 à 34 ans	124 cas	23 à 28 ans	117 cas	
		35 à 40 ans	73 cas	29 à 34 ans	172 cas	
		41 ans et +	24 cas	35 à 40 ans	87 cas	
			41 ans et +	45 cas		
<b>2021</b>	<b>Gynéco- hospitalisation (infertilité)</b>	20 à 24 ans	1 cas	29 à 34 ans	6 cas	<b>15 cas</b>
		25 à 34 ans	2 cas	35 à 40 ans	3 cas	
		35 à 40 ans	3 cas			
	<b>Gynéco- obstétrique (infertilité féminine)</b>	18 à 19 ans	6 cas	18 à 19 ans	3 cas	<b>923 cas</b>
		20 à 22 ans	22 cas	20 à 22 ans	26 cas	
		23 à 28 ans	154 cas	23 à 28 ans	142 cas	
		29 à 34 ans	182 cas	29 à 34 ans	115 cas	
		35 à 40 ans	120 cas	35 à 40 ans	77 cas	
		41 ans et +	41 cas	41 ans et +	35 cas	

Source : statistiques des données collectées à l'HGOPY pour les années 2016 à 2021.

Ces statistiques montrent que l'infertilité féminine est très connue dans cet hôpital, les hommes se font moins consulter sur les questions d'infertilité. A cet effet, il serait indispensable de travailler sur les représentations sociales, les pratiques et les incidences sociales de l'infertilité dans les rapports de genre en contexte camerounais.

Sachant que l'union entre deux personnes hétérosexuelles est une source de pépinière pour qu'elles puissent perpétuer leur espèce, l'absence de cette réalisation peut engendrer des rapports de genre conflictuel, lorsque ces individus sont perçus comme étant incapables de procréer, ils sont traités comme des personnes ne respectant pas les normes sociales. Surtout



que l'accès aux technologies de procréation reste limité pour des personnes ne disposant pas suffisamment de ressources financières. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) perçoit l'infertilité comme un facteur négatif sur la qualité de vie et le bien-être des personnes. C'est ainsi que nous portons un regard sur la qualité de rapport existant dans un couple en cas d'infertilité<sup>28</sup>. Et surtout sur les inégalités et les disparités de genre en matière de procréation.

## **1.2. Problème**

En Afrique, la majorité des cultures sont d'ordre patriarcal, c'est-à-dire un rapport de force, de pouvoir, de domination du sexe masculin sur le sexe féminin. Les mutations sociales ont conduit aux changements de comportement, de perception. Le concept genre décrit l'ensemble des attributions formulées à l'endroit des hommes et des femmes, dans cette étude, cette assignation est la procréation. Aux vues des conditions physiologiques des femmes qui sans le vouloir les oblige à se faire remarquer lorsqu'elles sont enceintes, la société peut percevoir ceci comme une forme d'attribution de rôle au sein d'un couple, à savoir la procréation. Le besoin de construire une société repose avant tout sur la naissance des êtres humains, ceci revient à se reproduire.

L'enfantement est une norme sociale qui permet aux individus de s'identifier et de se multiplier, la société africaine rattachée à ses valeurs explique que tout être humain, doit se reproduire lorsque la maturation de ses organes sexuels reproducteurs est mise en place. Dans le cas contraire, cet individu est perçu comme hors norme dans la communauté et la famille. L'union entre deux personnes hétérosexuelles dans la société africaine a pour objectif la procréation, lorsque ceci ne se réalise pas, il découle des tensions dans le couple. Les discriminations sont parfois véhiculées à travers cette norme sociale. Les femmes se sentent plus interpellées lorsqu'il s'agit de la procréation parce qu'elles sont physiologiquement disposées à des jugements physiques.

Malgré les progrès scientifiques qui contribuent à faciliter la procréation grâce aux technologies modernes, l'infertilité demeure un problème en Afrique et au Cameroun parce que les traitements sont coûteux. D'où la nécessité de s'interroger sur les stratégies des acteurs, les représentations sociales et les incidences sociales de l'infertilité sur la structuration des rapports de genre.

## **1.3. Problématique**

---

<sup>28</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)* Geneva: WHO

Le Cameroun s'est engagé à lutter contre les inégalités de sexe afin de promouvoir l'épanouissement des femmes et des hommes. Au Cameroun, cette lutte touche beaucoup plus les couches vulnérables à l'instar des femmes enceintes, des enfants, des handicapés, des personnes âgées. Les études sur le genre mettent en évidence les rapports de pouvoir qui s'exercent entre les hommes et les femmes dans chaque domaine de la vie sociale. C'est le cas de la santé et l'éducation où les femmes ont tendance à jouer les rôles dans ces domaines (attribuer les soins, éduqué).

En France<sup>29</sup>, il existe une loi sur la procréation en vertu de l'article 1. 2141-1 du Code de la santé publique, cette loi se contente de susciter la procréation dans un cadre marital (Sophie, 2018). La procréation n'était pas autorisée hormis le cadre du mariage. Grâce aux progrès scientifiques, la procréation n'est plus dissociée de la sexualité, c'est-à-dire, hormis le mariage, la procréation est autorisée. Cependant, l'être humain a toujours ressenti le besoin et la nécessité de se reproduire, d'avoir une descendance. Ceci dans l'objectif de faire renaître à nouveau ses ancêtres. La stérilité a toujours été vécue comme une souffrance et un déshonneur. Selon Sophie la famille ancienne était chargée d'assurer la continuité du patrimoine, le respect des bonnes mœurs et un ordre social<sup>30</sup>. La famille était constituée d'un père, d'une mère et des enfants, on ne pouvait définir le mot famille que si celle-ci avait procréé ; dans le cas contraire, le père et la mère constituait le concept couple. C'est l'enfant qui permettait le seul moyen d'épanouissement du couple, et était considéré comme une personne à part entière (psychologie de l'enfant). Encore appelée la famille nucléaire, le modèle contemporain de celle-ci réduit le couple à ses enfants. C'est ainsi que la stérilité apparaît comme une privation insupportable de l'enfant<sup>31</sup>. Ce qui crée une forte pression sociale, car le modèle familial du couple voulant s'affirmer en tant que famille nucléaire. C'est ainsi qu'on retrouve régulièrement une dépression chez les femmes infertiles, et un sentiment d'impuissance et d'angoisse chez les hommes infertiles. Certains parents ayant ces problèmes solutionnent à travers une adoption d'enfant. Cependant, la science a évolué, on observe des avancées spectaculaires en matière de procréation. Nous avons la procréation médicalement assistée très répandue dans les pays développés. L'insémination artificielle est une technique ancienne qui est pratiquée pour remédier à la situation d'infertilité. C'est une solution qui redonne le sourire aux hommes et

---

<sup>29</sup> Sophie.P (2018) ; *la famille mutante ; Mutation de la procréation* ; presses de l'Université de Toulouse 1 Capitole, p.63).

<sup>30</sup> Sophie.P (2018) cité par Philippes Ariès (1977), *la famille mutante ; Mutation de la procréation* ; presses de l'Université de Toulouse 1 Capitole, p.64

<sup>31</sup> Sophie.P (2018) ; *la famille mutante ; Mutation de la procréation* ; presses de l'Université de Toulouse 1 Capitole ; p.65

aux femmes stériles. En France, un enfant sur 35 est issu de l'assistance médicale à la procréation (AMP) en 2012. Selon l'Article I. 2141-1 du Code de la santé publique en France, 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 une maladie grave<sup>32</sup>. De manière naturelle, l'être humain appartient à l'espèce des mammifères, d'où il se reproduit par sexualité. La naissance d'un enfant nécessite la rencontre d'un homme et d'une femme (fécondation d'un ovule par un spermatozoïde. Les mutations ont permis d'améliorer la fécondation entre l'homme et la femme. C'est ainsi qu'à l'aide médicale, les embryons humains peuvent être produits en dehors de toute relation sexuelle. La souffrance des couples inféconds a permis de mettre en place une méthode de procréation afin de remédier à ce problème<sup>33</sup>. Elle note que le marché de l'infertilité permet de satisfaire toutes les demandes, ce n'est qu'une question de prix.

De nos jours en Afrique, la famille est en pleine mutation tant sur le plan social qu'économique. Cette mutation familiale entraîne une décroissance démographique où on peut observer un âge tardif des mariages hétérosexuels par rapport aux années antérieures où les dégâts des guerres avaient entraîné un boom démographique. C'est-à-dire, les hommes et les femmes se marient tardivement, ce qui peut conduire à une baisse de fécondité<sup>34</sup>. Avec la politique d'insertion des femmes dans le monde de l'emploi, celles-ci ont la possibilité de poursuivre des longues études, ce qui conduit à un mariage tardif ainsi qu'une maternité tardive (30 ans au moins). Cependant, la science montre que l'âge est un facteur de risque d'infertilité tant chez l'homme que chez la femme ; la baisse de la fécondité débute à l'âge de 30ans. Selon Véronique, une enquête menée en Afrique du Nord montre une baisse de la fécondité, de 7 à 8 enfants par femme dans les années 1970, on observe aujourd'hui 2 enfants par femme. Cette baisse s'explique par une montée rapide du célibat, un coût de vie élevée, un taux de chômage élevé ; sachant qu'il y'a une privation de vie sexuelle des jeunes et de la santé de reproduction<sup>35</sup>. Par conséquent, l'économie est l'un des piliers sur lesquels reposent la nuptialité, la paternité et la maternité. Autrement dit, une famille se constitue sur la base de ses moyens financiers. C'est pourquoi, les structures matrimoniales construisent les relations conjugales et les rapports

---

<sup>32</sup> Sophie.P (2018) ; *la famille mutante ; Mutation de la procréation* ; presses de l'Université de Toulouse 1 Capitole, p.67)

<sup>33</sup> Claire Neirinick, (2018). *La famille mutante ; Mutation de la nature de la filiation* ; presses de l'Université de Toulouse 1 Capitole p.79

<sup>34</sup> Véronique Hertrich (2018), P1526. *Dynamiques familiales en Afrique* 2018 p.3

<sup>35</sup> Zahia Ouadah-Bedidi et Locoh Thérèse (2010) ; « *Familias y relaciones de género en el Maghreb* ». In : Sophie BESSIS y Martin MUNÓZ GEMA (coords), *Mujer y familia en les sociedades àrabes actuales*. 4

de genre ; ceci se manifeste par l'autonomie et les pouvoirs de décision entre les hommes et les femmes<sup>36</sup>.

Les méthodes contraceptives sont de plus en plus utilisées dans les sociétés africaines dont l'objectif est le contrôle des naissances. Les études menées par Solène (2017) montrent que certains pays africains présentent une baisse de la fécondité, on observe deux enfants par femmes au lieu de 7 enfants par femmes<sup>37</sup>. La régulation de la fécondité se fait également par le recours à l'avortement et les pratiques matrimoniales et sexuelles, ceci peut expliquer le nombre réduit d'enfant chez les femmes en Afrique. L'utilisation des contraceptifs n'est toujours pas maîtrisée par les populations, l'avortement est souvent considéré comme pratique illégale sauf en cas de viol ; et les pratiques matrimoniales et sexuelles débutent très tôt dans certaines coutumes africaines. On peut observer comme pratiques l'excision, les mutilations sexuelles, ceci dans le but d'empêcher les jeunes filles de connaître une vie sexuelle. A cet effet, ces pratiques sexuelles sont des violences à l'égard de la santé sexuelle et reproductive des femmes, ceci peut entraîner des complications lors de la conception, de même qu'elles peuvent être facteur d'infertilité. Au Tchad et au Niger, l'avortement est autorisé lorsqu'il s'agit de protéger la santé de la mère, mais cette pratique exclut les cas d'inceste ou de viol. C'est la raison pour laquelle certains avortements se pratiquent dans des conditions néfastes, par faute de moyens et le fait de recourir à un avortement légal. L'avortement mal pratiqué peut conduire à une infertilité, voir stérilité de la femme. Cependant, la polygamie est très répandue en Afrique, elle peut avoir de nombreuses origines parmi lesquels on peut citer la difficulté de la femme à procréer. Les femmes sans enfants sont surreprésentées dans les unions polygames.

En Afrique, la femme est le symbole de la fécondité, c'est ainsi que le célibat et l'infécondité lui sont interdits. Selon Diop (2018), une femme qui ne peut pas enfanter est un signe de malédiction, et elle est considérée comme un mal social, parce que l'homme est lié à l'ancêtre dont il faut perpétuer le nom et laisser un héritage après sa mort<sup>38</sup>. Surtout que le christianisme et l'islam prône une forte fécondité, ainsi que les religions traditionnelles. Dans certains pays africains, certaines femmes doivent prouver leur fécondité en ayant un enfant avant d'aller en mariage. C'est pourquoi, l'enfant est la première richesse, un don de Dieu et un signe de bénédiction en Afrique. Dans les relations hétérosexuelles, l'enfant est un le plus grand bienfait recherché, car ceci est une caractéristique de la maturité sociale du couple. Parmi les enquêtes

---

<sup>36</sup> Véronique Hertrich (2018), P1526. *Dynamiques familiales en Afrique* p.9

<sup>37</sup> Solène LARDOUX (2017) *les africaines font beaucoup d'enfants*, Presses de l'Université de Montréal

<sup>38</sup> Fatou DIOP (2018), *Genre et stérilité au Sénégal : la maternité et la paternité en question ; Institute of Development Studies* p.394

menées par Diop, une participante faisait un témoignage selon lequel, après le mariage d'une jeune fille, sa belle-famille porte toute son attention sur elle afin de détecter les premiers signes de grossesse<sup>39</sup>. Cette observation se poursuit pour une période de deux, au-delà de cette période, les inquiétudes et les démarches traditionnelles se construisent. En effet, les statuts pour les épouses et les mères sont plus valorisés que ceux des hommes. Les couples sans enfant sont perçus comme des ménages où il y'a absence de bonheur et de bien-être ; l'homme qui ne procréé pas est moins jugé que la femme.

Lors de l'interview de Diop avec une participante, celle-ci avoue vivre un mal-être depuis douze ans, car ces deux coépouses ont des enfants et considère qu'une femme sans enfant est une personne qui n'a rien, et que c'est l'essentiel pour une femme, c'est l'enfant. Cette participante affirme : « *ton enfant c'est ton enfant, c'est ton ombre que tu laisses sur terre. Si un enfant pouvait s'acheter, je n'en manquerais pas, je ne me repose pas, je ne suis pas fatiguée. Dieu m'entendra sans doute...* »<sup>40</sup>. Dans cette interview, il ressort que l'enfantement est l'essentiel pour une femme, et que cette dernière n'a de valeur que lorsqu'elle procréé. Cette valorisation de l'être humain se différencie en fonction du sexe, car chez l'homme, il est moins discriminé que le sexe féminin. En outre, la vie familiale a pour principale raison d'être la procréation, c'est à travers celle-ci qu'une société existe. Sur le plan psychologique, l'infertilité soumet les victimes à des pressions de toutes sortes ; les femmes sont plus discriminées parce qu'elles ont directement une coépouse qui joue le rôle dont elles n'ont pas pu. C'est pourquoi, les femmes dans ces situations vivent de très grande pression. Diop a également eu le témoignage d'un homme qui ne pouvait pas avoir d'enfant, mais son vécu est relaté par sa belle-sœur<sup>41</sup>. Lors de son histoire, sa belle-sœur nous relève que son beau-frère avait comme première épouse sa sœur, par la suite, il a pris une deuxième et une troisième épouse. C'est à partir de la troisième épouse que la famille a su que l'homme ne pouvait pas avoir d'enfant. Cette découverte était très traumatisante pour l'homme au point où il a changé de travail, il était irrégulier à la maison, il était devenu très nerveux et moins sociable. Il y'a également le témoignage d'une femme qui stimulait la grossesse en gonflant son ventre avec toute chose qu'elle avalait<sup>42</sup>. Ensuite, cette femme s'est rendue dans un hôpital pour voler un enfant en se

---

<sup>39</sup> Fatou DIOP (5 juin 2018), *Genre et stérilité au Sénégal : la maternité et la paternité en question ; Institute of Development Studies*

<sup>40</sup> Fatou DIOP (2018), *Genre et stérilité au Sénégal : la maternité et la paternité en question ; Institute of Development Studies*, p.395

<sup>41</sup> Fatou DIOP (5 juin 2018), *Genre et stérilité au Sénégal : la maternité et la paternité en question ; Institute of Development Studies*

<sup>42</sup> Fatou DIOP (5 juin 2018), *Genre et stérilité au Sénégal : la maternité et la paternité en question ; Institute of Development Studies* p.396

faisant passer pour une sage-femme, mais elle s'est fait attraper et elle a fait la prison. Cette forte aspiration à la maternité entraîne des délires et troubles psychologiques tant chez l'homme que chez la femme. Cependant, certaines femmes font des tours chez les guérisseurs et les marabouts pour avoir une solution, car la démarche clinique est parfois coûteuse comparé à la médecine traditionnelle. A cet effet, Diop observe une forte volonté des victimes d'infertilité de solliciter les voies mystiques, c'est une forte croyance très répandue en Afrique<sup>43</sup>. Car la culture médicinale n'est pas très répandue, mais un attachement aux coutumes, aux rites traditionnels et religieux. En Afrique, l'enfant participe à la construction et à la réalisation d'un individu, c'est insupportable d'imaginer ne pas pouvoir procréer. Le vœu adressé lors d'un mariage est celui d'avoir beaucoup d'enfant, celui-ci est souhaité par la famille, le maire (mariage civil) et les prêtres/pasteurs (mariage religieux).

La science sur les questions de l'infertilité a pris de l'ampleur en 1950 aux Etats-Unis avec le développement des médicaments de la fertilité. C'est ainsi que le développement des technologies de procréation assistée (fécondation in vitro ; injection intracytoplasmique de spermatozoïdes) a rapidement progressé. Thompson a décrit la chorégraphie ontologique complexe impliquant des actions chronométrées avec précision (injection d'hormones, éjaculation de sperme et cryoconservation de gamètes) entre un ensemble d'acteurs interdépendants (médecins, infirmières et patients) dans le but de produire un bébé dans la clinique ART moderne<sup>44</sup>. La majorité des couples ne considère pas l'infertilité comme un problème sérieux bien que le désir de la parentalité soit un rôle social souhaité de tous. C'est ainsi que le modèle biomédical de l'infertilité reste parfois sujet quasi-inexistant chez certains couples à moins que ces derniers ne fassent des consultations en gynécologie. L'infertilité est comme une découverte chez certains couples parce qu'il n'y'a aucun symptôme pathologique qui pourrait les amener à se faire consulter, généralement c'est par l'absence d'un souhait souhaité qu'on découvre l'incapacité à réaliser le souhait de la parentalité. Cependant, les alternatives du traitement de l'infertilité incluent une solution d'adoption d'enfant, le placement ou le changement de partenaire. Tous ces éléments impliquent une nouvelle représentation que doit se faire les personnes infertiles. La construction sociale qui s'est faite au sujet de la parentalité doit être modifiée lorsqu'on se trouve dans une situation d'infertilité. Arthur et al présentent l'infertilité comme processus socialement construit par lequel les individus en

---

<sup>43</sup> Fatou DIOP (5 juin 2018), *Genre et stérilité au Sénégal : la maternité et la paternité en question ; Institute of Development Studies*, p.400

<sup>44</sup> Arthur L. Greil et al (2009), *The experience of Infertility: a review of recent literature; Sociology of Health & Illness*; Vol.32 N°1, p2

viennent à définir leur capacité à avoir des enfants comme un problème, à définir la nature de ce problème et à construire un plan d'action approprié<sup>45</sup>. L'incapacité à remplir un rôle social souhaité produit le plus souvent un sentiment de détresse psychologique. Les études menées sur l'infertilité montrent des différences significatives sur les sentiments d'estime de soi chez les personnes infertiles, elles prouvent également une expérience différente pour les femmes infertiles que pour les hommes infertiles. Les femmes infertiles vivent une perturbation imprévue de leur parcours de vie, ce qui implique des sentiments d'inutilité, de manque de contrôle, de colère, de chagrin, de dépression, d'anxiété et de stress.

Toutefois, l'infertilité est façonnée par le patriarcat et la domination masculine dans certains contextes, et dans d'autres contextes, l'infertilité relève uniquement du modèle biomédical. D'ailleurs que le patriarcat reste moins frappant dans les sociétés développées ainsi que l'expérience négative liée à l'infertilité. C'est ainsi que les rôles attribués à la maternité des femmes varient d'une société à l'autre. En Egypte, les femmes portent le fardeau de l'infertilité même lorsqu'elles savent qu'il existe une cause masculine<sup>46</sup>. Des études menées auprès des femmes infertiles montrent que celles-ci subissent le rejet ou la pression de leur mari et famille éprouvent des niveaux de détresse plus élevés<sup>47</sup>. La perception développée au sujet de l'infertilité dépend de l'évolution scientifique dans un pays. C'est pourquoi en Afrique, les représentations sur l'infertilité sont axées vers les traditions et les religions. C'est le cas des femmes infertiles au Cameroun qui pensent que la politique mise en place par l'Etat n'est pas suffisamment outillée pour palier à ce problème. La politique de santé au Cameroun est plus axée sur la santé des femmes enceintes ainsi que des nouveau-nés. En plus, procréer dans certaines sociétés demeure la clé pour obtenir le statut d'adulte et être acceptées dans leur communauté. En Afrique australe, la naissance d'enfants donne à une femme le droit de partager les biens et la richesse de son mari<sup>48</sup>. Au Cameroun, selon Arthur et al, l'infertilité est une source de pauvreté pour les femmes parce que la fécondité est au cœur de l'identité des femmes<sup>49</sup>. Parce que le rôle des femmes est étroitement lié au fait d'avoir des enfants, ceci reste une obligation importante, car le mariage est défini en termes de production et d'éducation des

---

<sup>45</sup> Arthur L. Greil et al (2009), *The experience of Infertility: a review of recent literature; Sociology of Health & Illness*; Vol.32 N°1; pp.140-162

<sup>46</sup> Arthur et al, (2009), *The experience of Infertility: a review of recent literature; Sociology of Health & Illness*; Vol.32 N°1; pp.140-162

<sup>47</sup> Arthur et al, (2009), *The experience of Infertility: a review of recent literature; Sociology of Health & Illness*; Vol.32 N°1; pp.140-162

<sup>48</sup> Arthur et al, (2009), *The experience of Infertility: a review of recent literature; Sociology of Health & Illness*; Vol.32 N°1; pp.140-162

<sup>49</sup> Arthur et al, (2009), *The experience of Infertility: a review of recent literature; Sociology of Health & Illness*; Vol.32 N°1; pp.140-162

enfants. Ce qui implique que l'infertilité influence négativement les relations de couple en Afrique. On observe une différence cruciale entre le traitement de l'infertilité dans les sociétés africaines et les pays occidentaux. En Afrique, lorsqu'il s'agit de l'infertilité, les premières consultations se font chez les guérisseurs, de même que les premiers traitements se font à base d'herbes chez les femmes, et chez les hommes on observe le remariage ou la polygamie comme solution<sup>50</sup>.

La société existe grâce à la procréation entre un homme et une femme, c'est ce qui constitue une famille. Lorsqu'un homme et une femme s'unissent en Afrique, c'est généralement pour procréer. C'est ainsi que l'enfant est considéré comme un « trésor » en contexte africain. Ela cité par Djouda (2018) mentionne que le credo de la femme africaine est « je procrée, donc je suis »<sup>51</sup>. En d'autres termes, la femme se représente à travers une procréation à son image. C'est la raison pour laquelle la femme en contexte camerounais est valorisée au moment où elle enfante ; c'est à ce moment que la société peut lui accorder un statut de femme et de mère. Cependant, la société africaine donne naissance à une progéniture dans le but de faire renaître les parents ainsi que les autres membres de la famille. Ceci se formalise lorsqu'on donne le nom d'un nouveau-né, et ce nom est généralement issu de la généalogie soit du père, soit de la mère. En outre, on se réfère à ses parents comme « le père de tel », « la mère de tel ». Cette pratique est une façon d'immortaliser la descendance soit du père, soit de la mère. Selon Vincent (1985) cité par Djouda (2018), c'est également une manière d'échapper à toute « mort eschatologique »<sup>52</sup> ; c'est-à-dire une disparition sans progéniture, une disparition irrémédiable par effacement du groupe. Dans toutes les cultures africaines, la naissance d'un enfant dans un couple est très attendue, ceci est toujours source de joie. Ce qui est une excitation pour la famille dans la mesure où l'enfant est un don de Dieu, une valeur du couple. Cette pratique est perçue à travers des cérémonies, des rites pour souhaiter la bienvenue au nouveau-né. C'est à ce moment que la femme obtient son statut de femme et de mère au sein de la famille et de la société. C'est ainsi que l'absence d'un enfant dans un couple est perçue comme une tragédie, parce que le couple ne pourra pas avoir de progéniture.

En Afrique, plus particulièrement au Cameroun, les rapports entre les femmes et les hommes sont souvent perçus comme conflictuelles lorsqu'il y a une situation d'infertilité. Sur

---

<sup>50</sup> Arthur et al (2009), *The experience of Infertility: a review of recent literature; Sociology of Health & Illness* ; Vol.32 N°1 ; pp.140-162

<sup>51</sup> Honoré Mimche et Yves Bertrand Djouda Feudjio (2018) *Famille et santé en Afrique, regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Benin*, l'Harmattan., p.204

<sup>52</sup> Honoré Mimche et Yves Bertrand Djouda Feudjio (2018) *Famille et santé en Afrique, regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Benin*, l'Harmattan,



le plan sanitaire, les inégalités sociales sont indéniables, du fait que la femme est considérée comme vulnérable lorsqu'elle est sur le point de donner la vie. Cependant, la société africaine et camerounaise a décrit plusieurs rôles aux femmes. Ces rôles sont définis sur le plan biologique ainsi que social. Sur le plan biologique, la femme doit procréer ; sur le plan social, ces rôles peuvent être sur le plan éducatif, sanitaire. La femme est le seul sexe chez qui le rôle de procréation est perçu très facilement de façon physique (à travers le ventre). Cependant, pour qu'elle procrée, il faut la combinaison de deux éléments essentiels. Autrement dit, la femme ne peut donner vie si et seulement si elle a reçu une semence de bonne qualité venant de l'homme. Les statistiques de l'Hôpital gynéco-obstétricien et pédiatrique de Yaoundé sur les questions d'infertilité montrent que ce sont les femmes qui se font plus consulter, soit lors du suivi d'une grossesse, soit lors d'un dysfonctionnement gynécologique<sup>53</sup>.

#### **1.4. Questions de recherche**

Cette étude s'intéresse aux constructions socioculturelles, aux politiques de l'infertilité qui peuvent contribuer aux disparités de genre, ainsi que des conséquences observées dans les rapports de sexe. À cet effet, elle fera l'objet d'une question principale et des questions secondaires.

##### **➤ Question principale**

QP : l'infertilité conjugale influence-t-elle sur la structuration des rapports de genre ?

Cette question est subdivisée en trois questions spécifiques

##### **➤ Questions spécifiques**

- QS1 : les constructions socioculturelles de l'infertilité conjugale influencent-elles sur la structuration des rapports de genre ?
- QS2 : les stratégies de santé sexuelle reproductive influencent-elles sur la structuration des rapports de genre ?
- QS3 : les incidences sociales de l'infertilité conjugale influencent-elles sur la structuration des rapports de genre ?

#### **1.5. Les hypothèses de recherche**

---

<sup>53</sup> Statistiques cliniques mensuelles de l'Hôpital Gynéco-Obstétricien et pédiatrique de Yaoundé de 2016 à 2021

Dans le cadre de cette étude, les hypothèses seront subdivisées en une hypothèse principale et trois hypothèses spécifiques.

➤ **Hypothèse de recherche**

L'infertilité conjugale influence sur la structuration des rapports de genre.

➤ **Hypothèses secondaires**

- HS1 : les constructions socioculturelles de l'infertilité conjugale influencent sur la structuration des rapports de genre.
- HS2 : les stratégies de santé sexuelle reproductive influencent sur la structuration des rapports de genre.
- HS3 : les incidences sociales de l'infertilité conjugale influencent sur la structuration des rapports de genre.

**1.6. Les objectifs de recherche**

L'objectif de cette étude consistera à comprendre le processus par lequel les disparités de genre perdurent dans les relations de couples en cas d'infertilité. Pour cela, il y'aurait un objectif principal et des objectifs secondaires.

➤ **Objectif principale (OP)**

L'objectif principal consiste à identifier l'influence de l'infertilité conjugale sur la structuration des rapports de genre.

Cet objectif est subdivisé en trois questions spécifiques.

➤ **Objectifs spécifiques**

- OS1 : montrer que les constructions socioculturelles de l'infertilité conjugale influencent sur la structuration des rapports de genre.
- OS2 : décrire les stratégies de santé sexuelle reproductive qui influencent sur la structuration des rapports de genre.
- OS3 : identifier les incidences sociales de l'infertilité conjugale qui influencent sur la structuration des rapports de genre.

**1.7. Intérêts de l'étude**

Les intérêts de l'étude seront présentés suivant trois aspects que sont : le plan scientifique, le plan personnel et le plan social.

❖ **Intérêt scientifique**

Cette étude a une importance capitale dans la mesure où l'infertilité touche autant les hommes que les femmes. En plus, dans le contexte africain et camerounais, l'infertilité est beaucoup plus perçue sous l'angle féminin, ce qui peut engendrer des inégalités de sexe par rapport aux traitements et attitudes dans une société. Dans le cadre de la formation en Genre et Développement, l'objectif de celle-ci est lutté contre les disparités de genre afin de promouvoir un développement inclusif. Par conséquent, cette étude permettra de déconstruire les perceptions liées à l'infertilité à travers les sensibilisations, ceci facilitera une meilleure harmonie dans les relations de couples. Ça serait également une opportunité de sensibiliser sur les causes de l'infertilité chez les jeunes adolescents, ainsi que de faire une promotion des technologies modernes de la procréation.

#### ❖ **Intérêt personnel**

Le choix d'un sujet de recherche nous oriente pour la plupart du temps vers un choix professionnel. Devenir psychologue des couples qui traversent les difficultés de procréation est un intérêt personnel dans cette étude. Car les personnes qui traversent cette situation peuvent trouver des solutions tant sur le plan biologique que psychologique pour un meilleur équilibre de sa personne. Il serait judicieux d'outiller les personnes infertiles afin qu'elles puissent trouver une solution et un épanouissement dans leur entourage.

#### ❖ **Intérêt social**

L'être humain par essence est un être de culture et de société. En tant que telle, il y'a un besoin d'interagir, d'entrer en communication avec ses semblables et de se réaliser. Afin de faciliter un développement dans une société, il serait judicieux de commencer par un développement personnel. Compte tenu du fait que les représentations sociales liées à l'infertilité constituent un frein à l'épanouissement des individus à travers les stéréotypes, les discriminations et les préjugés. Il serait important de déconstruire ces constructions socioculturelles liées à l'infertilité chez les personnes infertiles afin que les rapports sociaux de sexe soient d'avantage constructives et coopératives. En plus le développement d'une société n'est pas seulement basé sur l'économie mais également sur le bien-être des populations. C'est ainsi que cette étude permettra de comprendre les mécanismes qui se mettent en place pour favoriser les disparités de genre dans la société camerounaise.

### **1.8. Définitions des concepts clés**

- **Rapports de genre** se réfère aux différences sociales entre les femmes et les hommes qui sont acquises, susceptibles de changer avec le temps et en fonction des cultures. En sciences sociales, le terme « genre » peut être employé comme synonyme des expressions « rapports sociaux de sexe », « rapports de sexe » ou même « rapports de genre ». Danielle Kergoat définit ainsi les rapports sociaux de sexe : « Le rapport social est, au départ, une tension qui traverse le champ social. Ce n'est donc pas quelque chose de réifiable. Cette tension érige certains phénomènes sociaux en enjeux autour desquels se constituent des groupes aux intérêts antagoniques. En l'occurrence, il s'agit ici du groupe social hommes et du groupe social femmes. Lesquels ne sont en rien confondables avec la bi-catégorisation biologisante mâles/femelles<sup>54</sup> »
- **Infertilité du couple** est définie par l'OMS comme l'incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse au bout d'au moins douze mois de rapports sexuels réguliers, et non protégés<sup>55</sup>. Lorsqu'un couple n'arrive pas à avoir un enfant au bout d'une certaine période des rapports sexuels, on peut donc dire que l'un des partenaires ou les deux souffrent d'infertilité. L'organisation Mondiale de la Santé<sup>56</sup> l'a défini par l'absence de grossesse chez les couples en âge de procréer (femme âgée de 18 à 45 ans) au bout de 24 mois de rapports sexuels réguliers non protégés. L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'infertilité par l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception.
- **La représentation sociale** est un processus d'élaboration perceptive et mentale de la réalité qui transforme les objets sociaux (personnes, contextes, situations) en catégories symboliques (valeurs, croyances, idéologies) et leur confère un statut cognitif permettant d'intégrer les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales<sup>57</sup>.
- **Stratégies** constitue un ensemble d'action coordonnées, d'opérations habiles, de manœuvres en vue de résoudre un problème précis. Il s'agit dans le cadre de cette étude

---

<sup>54</sup> Danielle Kergoat, « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », sous la dir. d'Hélène Hirata, Françoise Laborie, Danièle Sénotier, Hélène Le Doaré, Dictionnaire critique du féminisme, Paris, PUF, 2e éd., 2004, p. 39

<sup>55</sup> Ngo Um Meka.E et al (2016), *Connaissances, Attitudes et Pratiques des Femmes en Desir d'Enfant Vis-à-vis de l'Infertilité à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé ; connaissances, attitudes et pratiques des femmes infertiles vis-vis de l'infertilité à Yaoundé*, Health Sci.Dis; vol 17 (4); p.41

<sup>56</sup> Brzakowski.M et al (2009). *Formation médicale continue, épidémiologie du couple infertile ; Elsevier Masson SAS* p.1

<sup>57</sup> Gustave-Nicholas Fischer, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris : Dunod, 1987, p. 118

de déterminer l'ensemble des comportements adoptés par les acteurs de santé afin de préserver la santé reproductive des populations.

- **Incidences sociales** fait référence aux conséquences d'un phénomène, il s'agit dans cette recherche d'identifier les incidences sociales de l'infertilité que les rapports de genre. Ces conséquences peuvent être positives ou négatives dans la société camerounaise.



**CHAPITRE 2 : LES CONSTRUCTIONS  
SOCIOCULTURELLES DE L'INFERTILITÉ  
SUR LES RAPPORTS DE GENRE**

L'être humain est conçu pour se perpétuer afin que les sociétés continuent d'exister. La construction d'une société est faite à travers l'union entre le sexe féminin et le sexe masculin. De cette union, il ressort un fruit qu'on appelle enfant ; l'arrivée d'un enfant dans une société est toujours la bienvenue. A cet effet, l'absence d'un enfant au sein d'un couple hétérosexuelle est une fatalité pour la société. L'infertilité remet en question la compréhension qu'ont les gens de leur but dans la vie. Les croyances de l'infertilité se construisent au sein des communautés, des familles et créent des formes d'identité au sein de la société. Les perceptions traditionnelles de l'infertilité peuvent intensifier des disparités de genre dans les couples, compte tenu du fait que l'infertilité affecte différemment les deux sexes. C'est pourquoi, nous allons présenter l'émergence du genre et de la famille ; les différentes représentations socio-culturelles de l'infertilité ; les instruments juridiques du genre au Cameroun ; la théorie de la représentation sociale de Serge Moscovici et la théorie de l'influence sociale de Émile Durkheim.

## **2.1 Contexte d'émergence du genre, de la famille**

### **2.1.1 Contexte d'émergence du genre**

Le genre est une construction sociale qui attribue des rôles aux individus en fonction de leur sexe. C'est un concept qui découle des préoccupations philosophiques sur le statut assigné à la femme dans la société<sup>58</sup>. La marginalisation de la femme dans la société a été dénoncée par les féministes, celle-ci a permis l'émergence épistémologique des théories et pratiques que constitue la recherche sur le genre. La notion de genre a été l'objet d'une conceptualisation mettant en exergue un caractère qui ressort la construction sociale et psychologique d'une personne. Ce concept montre une double perspective de revendication et de production de connaissances scientifiques. Le genre est conçu pour décrire les effets subséquents et les déterminants de la structure inégalitaire de la société. La recherche sur le genre vise également à fournir des éléments de stratégies et des actions de correction, pour une société transformée et originelle. Cependant, la recherche féministe et la recherche sur le genre ne sont pas des notions interchangeables mais leur ligne de démarcation est assez ténue<sup>59</sup>. Les pionnières de la légitimation scientifique du genre sont des auteures féministes ; elles ont montré diptyque

---

<sup>58</sup> Touré Marème, (2018), *la recherche sur le genre en Afrique : quelques aspects épistémologiques, théoriques et culturels*, p.1

<sup>59</sup> Touré Marème, (2018), *la recherche sur le genre en Afrique : quelques aspects épistémologiques, théoriques et culturels*, 2018, p.1

« femme » et « genre » au centre des investigations. C'est à travers ces concepts, ces paradigmes que le genre soit inscrit implicitement dans tous les procès.

Depuis 1837, l'apparition du concept féminisme est conçue comme une doctrine qui préconise des droits, du rôle de la femme dans la société<sup>60</sup> cité par Robert (1978) . Le concept genre est utilisé depuis 1980, ce qui a permis d'élaborer des stratégies d'analyse des rapports sociaux de sexe aux fins d'apporter des solutions pour éradiquer la subordination de la femme dans les sociétés. Le genre est un concept théorique qui doit toujours s'accompagner de la pratique, pour se faire, les pionnières du concept se sont données comme objectif de lutter pour l'égalité et la justice sociale. Pour cela, il était question de disséquer les contours du sexisme en s'appuyant sur la dénonciation et le combat des attitudes de discrimination à l'égard du sexe féminin<sup>61</sup>. C'est ainsi que la science sociale s'engage aveuglement à considérer le genre comme une investigation ; ceci est dû à une longue absence des femmes dans la recherche. L'incursion des femmes dans les paradigmes se trouve généralement dans les sciences de développement, ce qui favorise l'élaboration des théories et des pratiques destinées au changement social. Selon Touré, la recherche sur le genre en Afrique est profondément basée sur l'étude de l'institutionnalisation, le vécu et les conséquences multiformes de l'ordre patriarcal qui régit la société en nourrissant l'imaginaire collectif et les représentations<sup>62</sup>. Le genre en Afrique est caractérisé par la position différentielle des femmes et des hommes par rapport au pouvoir, par des déséquilibres structurels qui empreignent la règle sociale, par l'ensemble des mécanismes qui sous-tendent la domination, par l'exclusion et/ou la marginalisation des femmes au sein de l'espace sociétal et les initiatives de développement et par les situations plurielles qui caractérisent la réalité quotidienne des femmes et des hommes. L'étude du genre a permis la prise de conscience des conditions féminines au sein des sociétés ; cette démarche pose des vrais problèmes dont la société est plus intéressée à comprendre et se sent interpellée. Cette recherche a contribué à consolider le constat reconnu comme l'objet de la science, qui est largement lié aux démarches et techniques qui le construisent. Depuis l'adoption en 1945 de la Charte des Nations Unies en faveur de la femme, la question féminine s'impose progressivement dans les préoccupations des chercheurs et des développeurs<sup>63</sup>. C'est un

---

<sup>60</sup>Touré Marème (2018), *la recherche sur le genre en Afrique : quelques aspects épistémologiques, théoriques et culturels*, p.788)

<sup>61</sup> Touré Marème (2018), *la recherche sur le genre en Afrique : quelques aspects épistémologiques, théoriques et culturels*, 2018, p.3

<sup>62</sup> Touré Marème (2018), *la recherche sur le genre en Afrique : quelques aspects épistémologiques, théoriques et culturels*, p.3

<sup>63</sup> CEDAW (2007), *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*



mouvement de construction et de déstructuration qui est enclenché au niveau des rôles de la reproduction, de la production de la gestion des femmes dans la société.

Cependant, selon Touré (2018, p.3), le concept « Femme, Genre et Développement fait l'objet de plusieurs théories qui entretiennent entre elles des rapports de substitution, de complémentarité ou de confrontation<sup>64</sup>. C'est ainsi qu'on assiste à la naissance du concept « Femme et Développement (FeD) » où l'attention portait uniquement sur les femmes. La création de ce concept est partie sur la base de l'exclusion des femmes dans le processus de développement, d'où il avait pour objectif d'intégrer les femmes dans le processus de développement. Les stratégies mises en place pour atteindre cet objectif sont : montage de projets de femmes ; augmentation de la productivité des femmes ; augmentation du revenu des femmes ; renforcement des compétences des femmes au sein du foyer. Par la suite, le concept Femme et Développement a connu des limites dans son appréhension, car on pourrait penser que les femmes n'étaient pas suffisamment impliquées au développement. C'est ainsi qu'on assiste à la création du concept « Intégration des Femmes dans le Développement (IFD) » où les femmes sont intégrées dans tous les secteurs de développement. Cette approche avait également des limites dans la mesure où dans une société remplie d'homme et de femme, la gestion des ressources ne doit pas être juste orientée vers un seul sexe, mais les deux sexes. Car, jusqu'ici, on observe l'intégration des femmes dans le développement sans pour autant impliquer les hommes avec qui elles vivent au quotidien. C'est pourquoi, la perspective « Genre et Développement (GeD) » voit le jour afin de réduire les inégalités entre les hommes et les femmes. Dans cette approche, les relations entre les femmes et les hommes sont au centre du développement ; l'accent n'est plus uniquement mis sur la femme comme le montre les autres approches. Le problème de départ est celui où il existait une inégalité des relations de pouvoir, ceci empêche le développement équitable et la pleine participation des femmes. Les stratégies adoptées par cette approche sont : la transformation des relations et la redistribution des pouvoirs ; l'identification des besoins pratiques formulées par les femmes et les hommes ; la mise en évidence des intérêts stratégiques des femmes ; le renforcement du pouvoir et de l'autonomie des femmes. Les recherches menées par le CODESRIA, l'Institut du Genre, les enseignants d'université ont permis une analyse sur les conditions des femmes dans le monde et une formulation des visions alternatives pour une société plus juste et plus équitable.

---

<sup>64</sup> Touré Marème (2018), *la recherche sur le genre en Afrique : quelques aspects épistémologiques, théoriques et culturels*, p.3

En Afrique, le genre se trouve confronter aux us et coutumes qui régissent les sociétés africaines. Les femmes et les hommes des pays en voie de développement occupent des positions et des rôles différents. A cet effet, on observe l'existence de deux systèmes que sont : le système patrilinéaire qui accorde les pouvoirs aux hommes et le système matrilineaire constitué des femmes. La distinction entre patriarcat et matriarcat est présentée par la différence de traitement entre les hommes et les femmes, il s'agit d'une domination des hommes sur les femmes. Cette domination est perçue dans tous les mécanismes institutionnels et idéologiques (le droit, la politique, l'économie, la morale, la science, la médecine, la mode, la culture, l'éducation, les médias) dans les sociétés africaines. Quant au matriarcat qui sous-tend conférer un pouvoir aux femmes, il n'est pas identifié dans nos sociétés, on n'a pas des femmes comme détentrices du pouvoir ou ayant le contrôle sur le pouvoir ou qui l'exercent à leur propre profit.

### **2.1.2 Contexte d'émergence de la famille**

Le terme famille se réfère à la fois aux institutions juridiques, ainsi qu'au données biologiques. La famille est un groupement des individus qui sont liés par une parenté biologique même si la juridiction délimite la parenté et son orientation. C'est ainsi qu'on peut avoir des liens ancestraux de cousinage en cousinage, ce qui peut être perçu comme une parenté légendaire englobant tout un peuple<sup>65</sup>. Dès lors que l'humanité a reconnu des liens entre un enfant et ses géniteurs, une double parenté se dessine, paternelle et maternelle. C'est pourquoi, les rapports de parenté ne sont pas seulement de nature, mais de culture<sup>66</sup>. La famille est une cellule de base où on observe une construction de la personnalité, un vécu intense des relations de parenté. La famille est un groupement de génération où les individus sont groupés en clan, en village et société. Les villages et les clans sont dirigés par un chef, et ont un patrimoine commun dont ils disposent. Cependant, le père, la mère et l'enfant constituent une famille élémentaire ou nucléaire qui s'insère dans les collectivités plus vastes.

En Afrique, la famille est toujours étendue, celle-ci assure à l'individu une sécurité totale, ce qui lui affermi son caractère, favorise un dynamisme au sein du groupe et enrichi son intelligence. C'est ainsi que le développement de la personnalité est favorisé et renforcer au sein de la famille. Malgré la mort, le groupe familial se trouve toujours vivant, un nouveau père remplace le patriarche défunt. Une population se considère comme une famille dans la mesure où ils partagent les mêmes conditions de vie, les coutumes, les lois, les règles, c'est ainsi qu'ils se considèrent comme des frères et sœurs sans pour autant avoir des liens de parenté. La famille

---

<sup>65</sup> Jacques Binet. (1983), *Nature et limites de la famille en Afrique noire*, OILR.S.T.O.M. Fond Documentaire, p.5

<sup>66</sup> Jacques Binet. (1983), *Nature et limites de la famille en Afrique noire*, OILR.S.T.O.M. Fond Documentaire, p.6

africaine reste la plus large dans ses idéaux et ses aspects communautaires. Dans une famille, on observe un chef de famille et les subordonnés ; l'homme est très souvent le chef de famille, la femme et les enfants sont considérés comme des subordonnés. Dans la société africaine, il existe une différenciation entre les individus ; les hommes ont des activités communes qu'ils partagent en groupe, de même que les femmes. C'est ainsi que l'enfant est socialisé en fonction de son sexe, bien qu'il soit accueilli dans chaque foyer familiale. On observe que les enfants trouvent refuge auprès de n'importe quel foyer, que ce soit du côté maternel ou du côté paternel. Au sein de la famille africaine, il existe une grande solidarité, ceci peut s'observer par une assistance sociale des malades, des impotents, des vieillards<sup>67</sup>.

La famille se distingue du ménage dans le contexte occidental, elle est constituée du père, de la mère et des enfants. Par contre en Afrique la famille se confond au lignage, autrement dit, tous les descendants d'une souche restent liés et essaient d'assurer la permanence du clan<sup>68</sup>. Dans certaines traditions africaines, des rites ancestraux sont pratiqués afin de purifier l'individu qui a renié ou oublié sa généalogie. En Afrique, la juridiction intervient moins en cas de conflit, c'est vers le chef que l'équité est rétablie à travers la justice coutumière. C'est pourquoi le droit coutumier limite l'appartenance d'un individu à une seule branche, soit patriarcale, soit matriarcale ; bien qu'en Afrique, l'enfant appartient à la lignée matriarcale. La polygamie est le régime le plus sollicité en Afrique, car il permet de d'avoir une famille avec de nombreux descendants. C'est pourquoi, il est important d'avoir une progéniture grande afin d'assurer la survie de la généalogie<sup>69</sup>.

L'union entre deux personnes hétérosexuelles est fondée sur la reconnaissance d'être soit un père, soit une mère ; et le fruit de ces derniers est l'enfant. La famille est tellement large au point où on observe des liens de parenté tel que les cousines, les cousins, les nièces, les neveux. C'est ainsi qu'on nomme les enfants de ses frères et sœurs. Ceci montre une multitude de rapport de parentés différentes pour un seul individu dans une société. Selon Engels (1884, p.24), les dénominations de père, enfant, frère, sœur obligent des interactions, ce qui forme une part essentielle de l'organisation sociale. Engels cite dans son ouvrage la définition de la famille par Morgan comme :

*« La famille, dit Morgan, est l'élément actif ; elle n'est jamais stationnaire, mais passe d'une forme inférieure à une forme plus élevée, à mesure que la société se développe d'un degré*

---

<sup>67</sup> Jacques Binet. (1983), *Nature et limites de la famille en Afrique noire*, OILR.S.T.O.M. Fond Documentaire, p.6

<sup>68</sup> Jacques Binet. (1983), *Nature et limites de la famille en Afrique noire*, OILR.S.T.O.M. Fond Documentaire, p.9

<sup>69</sup> Jacques Binet. (1983), *Nature et limites de la famille en Afrique noire*, OILR.S.T.O.M. Fond Documentaire, p.9

*inférieur à un degré plus élevé. Par contre, les systèmes de parenté sont passifs ; ce n'est qu'à de longs intervalles qu'ils enregistrent les progrès que la famille a faits au cours du temps, et ils ne subissent de transformation radicale que lorsque la famille s'est radicalement transformée »<sup>70</sup>.*

C'est ainsi qu'un frère et une sœur ne peuvent pas être le père et la mère d'un même enfant même s'il existait dans les sociétés primitives les hommes polygames avec des femmes polyandres. On observe que ces formes de couples avaient des enfants communs considérés comme des enfants légitimes de ces derniers. Engels distingue trois types de famille que sont : la famille consanguine, la famille punaluenne (elle correspond aux mariages polygames avec les femmes des frères et réciproquement avec les maris des sœurs), la famille appariée et la famille monogamie<sup>71</sup>. La famille consanguine est formée des groupes conjugaux séparés des générations ; les grands-pères et les grands-mères sont entre eux maris et femmes, ainsi que leurs enfants. Dans cette forme de famille, les droits et les devoirs de mariage sont exclus seulement entre ascendants et descendants, parents et enfants. La famille punaluenne est caractérisée par la réprobation du commerce sexuel entre frères et sœurs qui est divisé en deux classes les enfants des frères et sœurs. Dans ce cas, ils n'ont plus de parents communs. Quant à la famille appariée, elle est caractérisée par la division du travail ; l'homme devait procurer la nourriture et les instruments nécessaires ; la femme gardait les objets de ménage. Dans ce type de famille, le droit maternel permettait aux enfants d'hériter de leur mère ; les enfants n'héritaient pas de leur père. Ceci traduit une appartenance filiale maternelle et non paternelle. A la mort du mari, l'héritage de ses biens et troupeaux revenait à ses frères et sœurs, ainsi qu'aux enfants de ses frères et sœurs. Après cette filiation féminine et le droit d'héritage maternel, on observe une apparition de filiation masculine et un droit d'héritage paternel. Le renversement du droit maternel fut la grande défaite historique du sexe féminin, c'est ainsi que l'homme est devenu le chef de famille ; et la femme fut dégradée et asservie au plaisir de l'homme et devint simple instrument de reproduction. L'évolution de la famille appariée a permis la naissance de la famille monogamie. Cette forme de famille est caractérisée par la domination de l'homme, avec le but exprès de procréer des enfants qui hériteront la fortune paternelle. Les mariages sans enfant sont dissous et l'homme a le droit de prendre une deuxième et une troisième femme. C'est ainsi que la femme était asservie à l'homme pour la procréation,

---

<sup>70</sup> Friedrich Engels, (1884), *l'origine de la famille de la propriété privée et de l'Etat*, Edition du Progrès à Moscou, p.26-27

<sup>71</sup> Friedrich Engels, (1884), *l'origine de la famille de la propriété privée et de l'Etat*, Edition du Progrès à Moscou, p.157

du moment où ce rôle n'était pas effectué, elle se faisait remplacer immédiatement par une autre femme pour jouer ce rôle. On observe également que plusieurs frères pouvaient avoir une femme commune, que ceci plaise à la femme ou non, celle-ci pouvait être partagée par plusieurs hommes. A cet effet, la souveraineté de l'homme était marquée par la procréation d'enfants et l'héritage qu'il devait les légués. Engels affirme que le mariage conjugal en Grèce était décrit par l'assujettissement d'un sexe par l'autre, et non la réconciliation de l'homme et de la femme<sup>72</sup>. C'est ainsi qu'apparaît la première division du travail à savoir la procréation chez les femmes. Cette réalité est de plus en plus perçue de nos jours, car l'une de fonctions attribuées à la femme est la procréation, au cas où elle ne remplit pas celles-ci, elle est stigmatisée et discriminée par la société.

## **2.2. Les différentes représentations socioculturelles liées à l'infertilité**

Le genre est une construction sociale qui attribue les rôles différenciés entre les hommes et les femmes. Dans le cadre de la procréation, la femme est celle qui donne naissance au bébé et qui s'occupe de son éducation jusqu'à ce que celui-ci soit adulte. Diop a mené des études sur la maternité des femmes au Sénégal, elle s'est plus intéressée à la maternité qu'à la paternité<sup>73</sup>. Elle s'est appesantie sur la question du genre et de la stérilité, elle a pu définir les différentes constructions diverses sur les représentations de chaque groupe humain. Il ressort de son étude que la question de stérilité et d'infertilité sont moins abordés en Afrique. C'est plutôt l'étude sur la fécondité qui est plus menée dans le contexte africain, car les études montrent que l'indice synthétique de fécondité est très élevé chez les femmes africaines. Cependant, la question de procréation demeure une situation qu'on a l'habitude d'imputer aux femmes. Selon Tabet cité dans Diop, toutes les sociétés occidentales ou africaines qui produisent des idéologies sur les rôles de la femme qui est celui de procréation et de maternité<sup>74</sup>. C'est ainsi que la société porte un regard accusateur lorsque celle-ci ne joue pas ces rôles. Selon Tabet cité dans Diop (2018) précise que les relations amoureuses à la civilisation grecque étaient uniquement orientées à la reproduction ; ceci décrit une représentation de fécondité de la femme<sup>75</sup>. D'après le Dictionnaire des Sciences sociales, les représentations sociales sont bâties autour d'un noyau appelé « schémas cognitifs de base » ou « d'un système central », qui correspondent à quelques

---

<sup>72</sup> Friedrich Engels, (1884), *l'origine de la famille de la propriété privée et de l'Etat*, Edition du Progrès à Moscou, p.50

<sup>73</sup> Fatou DIOP (2018), *Genre et stérilité au Sénégal : la maternité et la paternité en question* ; Institute of Development Studies p.391

<sup>74</sup> Fatou DIOP (2018), *Genre et stérilité au Sénégal : la maternité et la paternité en question* ; Institute of Development Studies p.392

<sup>75</sup> Fatou DIOP (5 juin 2018), *Genre et stérilité au Sénégal : la maternité et la paternité en question* ; Institute of Development Studies, p.393

principes directeurs<sup>76</sup>. Une représentation sociale est l'étude des opinions, des préjugés qui sont à la base perçus par les individus. En d'autres termes, l'individu représente l'objet de sa perception à partir d'un traitement cognitif associé à ses croyances

La perception est un ensemble de mécanisme et de procédure qui permet de prendre connaissance du monde, ceci se fait sur la base des informations élaborées par nos différents sens. Selon Gimenez, « *la perception est un mode de représentation de l'environnement, ainsi qu'un mode de connaissance ; elle se déroule dans l'instant en utilisant des capteurs sensoriels ; c'est finalement une « connaissance immédiate d'origine sensorielle* »<sup>77</sup>. La perception se construit à partir d'un organe de sens qui est la vue, c'est à travers notre vision que nous interprétons l'objet observé. Les étapes de la perception sont : l'étape sensorielle, l'étape figurative et l'étape cognitive. Dans la première étape, la perception est décrite comme une séquence de traitement de l'information allant d'une entrée sensorielle (organe de sens) et d'une sortie cognitive (interprétation du cerveau). Lorsqu'on parle de procréation, elle est très perceptive chez la femme aux vues de sa forme physique. Une femme enceinte présente d'abord des caractères physiologiques très reconnus par la science, ensuite le ventre prend du volume pour permettre le développement de l'enfant. C'est ainsi que l'infertilité est plus perçue chez les femmes comme un problème parce que les caractéristiques de procréation sont visibles chez ces dernières. La deuxième étape est figurative, elle est située au milieu de l'étape sensorielle et l'étape cognitive. C'est le schéma de traitement de l'information après qu'un organe de sens ait perçu l'objet de représentation. Quant à l'étape cognitive, l'objet a un sens lorsqu'il est stocké en mémoire, après être comparé aux autres objets. Cette étape sert d'interprétation de l'objet, celle-ci est d'abord subjective avant d'être comparé à la réalité. Selon Gimenez, l'approche constructiviste décrit la perception comme une construction de la signification<sup>78</sup>. Par conséquent, les individus donnent une interprétation subjective à un objet afin de ressortir sa signification. Pour percevoir, il faut de l'attention, de l'interprétation, de la compréhension et de la mémorisation. L'attention s'effectue par des capacités sensorielles grâce à un stimulus ; le cerveau se charge de comparer le stimulus avec ce qu'il a mémorisé, ensuite il donne une signification et enregistre les nouvelles connaissances. Pour mieux présenter les constructions socio-culturelles de l'infertilité, nous allons décrire les stéréotypes (dimension cognitive), les préjugés (dimension émotionnelle), les discriminations (dimension comportementale) de ce phénomène.

---

<sup>76</sup> Jean François.D. (2013). Le Dictionnaire des sciences sociales ; Editions sciences humaines,p.310

<sup>77</sup> Manuel Gimenez, (1997), *la psychologie de la perception*, collection « domino », Flammarion,p.

<sup>78</sup> Manuel Gimenez, (1997), *la psychologie de la perception*, collection « domino », Flammarion, p.4

### 2.2.1 Les stéréotypes liés à l'infertilité

On peut définir stéréotype comme une représentation simplifiée d'un individu ou d'un groupe humain ; c'est une image préconçue. Le stéréotype se fonde sur une croyance relative aux attributs moraux, physiques et comportementaux, ces éléments caractérisent les individus dans une société. Les stéréotypes permettent aux êtres humains de simplifier les réalités qu'ils perçoivent, soit de façon positive, soit de façon négative. Autrement dit, les stéréotypes peuvent valoriser ou dévaloriser une personne. En Afrique, une femme qui est à la fois épouse et mère est caractérisée par un stéréotype positif ; en revanche, celle qui est juste une épouse sans être une mère est caractérisée par un stéréotype négatif. Les stéréotypes se construisent souvent sur des rumeurs, des informations générales, des histoires, des traditions. C'est ainsi qu'ils peuvent varier d'une société à une autre. La diffusion des stéréotypes s'effectue lorsque les individus rencontrent des problèmes, et surtout lorsqu'il s'agit d'une catégorie de personne. C'est le cas des femmes qui après des années de mariage, n'ont pas encore donné naissance aux bébés ; elles constituent une catégorie de personnes dont la société les considère comme des femmes soient maudites, soient non légitimes. Cependant, les stéréotypes sont véhiculés et entretenus par l'environnement social tel que : la famille, les amis, les médias.

Dans le contexte africain, une femme est utile lorsqu'elle donne naissance à un enfant, c'est ainsi qu'elle obtient un statut social et une valeur au sein de la société. Selon Magezi, chaque nouveau-né est un ancêtre revenu, autrement dit, l'avenu d'un enfant au sein d'une famille est la réincarnation des ancêtres<sup>79</sup>. Le déséquilibre créé au sein d'un couple dans le cas d'une infertilité émane du système patriarcal qui place les hommes dans des positions supérieures aux femmes. La garantie de la femme dans un foyer est la naissance d'un bébé, c'est pourquoi, le mariage et la maternité sont considérés comme une unité. Le fait que ce soit la femme qui tombe enceinte et porte le bébé pendant neuf mois avant d'accoucher laisse facilement croire que c'est la femme qui est responsable de la fertilité<sup>80</sup>. C'est pourquoi, dans le cas d'une infertilité, elle est la première à être indexé et blâmée. Alors que sans relation sexuelle entre un homme et une femme, il n'existerait aucune conception, et aucun bébé. Une considération grande existe auprès d'une femme qui est en période de grossesse ; celle-ci est d'avantage choyée et respectée. Par contre, lorsque c'est l'inverse, cette dernière sera opprimée tout en étant victime des interprétations de tout horizon. En Afrique, lorsqu'une mère jour avec

---

<sup>79</sup> Magezi. E.Baloyi (2017), *caractère genré de la stérilité dans un contexte africain : une étude pastorale africaine*, p.2

<sup>80</sup> Magezi. E.Baloyi (2017), *caractère genré de la stérilité dans un contexte africain : une étude pastorale africaine*, p.3

un enfant, elle guérit de sa maladie ; l'enfant est perçu comme un remède et résout les problèmes de celle-ci. La religion a contribué également à la perception du rôle procréatif de la femme au sein des communautés. Selon Samuel (cité par Magezi, 2017), l'histoire biblique raconte que les femmes stériles étaient perçues négativement, elles subissaient des moqueries à l'époque du patriarcal<sup>81</sup>. Cette moquerie s'est répandue au sein des sociétés africaines grâce au christianisme ; l'église chrétienne a favorisé à cet effet l'oppression contre les femmes stériles. Selon Magezi, l'entrée du christianisme en Afrique a renforcé la domination masculine patriarcale sur les femmes<sup>82</sup>.

Cependant, la majorité des religions africaines considèrent la stérilité comme une honte, une punition du péché<sup>83</sup>. C'est ainsi qu'une femme infertile est considérée comme une honte pour sa famille, et l'entourage pense qu'elle mérite d'être puni à cause de ses péchés. Par contre, il existe moins de stéréotypes négatifs lorsque l'homme est dans une situation d'infertilité ou de stérilité. Dans ce cas, la famille de l'homme l'encourage afin qu'il accorde à sa femme d'avoir des rapports sexuels avec un autre parent, pour qu'elle ne divorce pas et qu'elle puisse avoir des enfants<sup>84</sup>. C'est ainsi qu'une solution est proposée lorsque l'homme est infertile ou stérile ; son épouse fait des enfants en dehors du mariage mais attribue la paternité de ces derniers à son époux. On peut observer une disparité de genre dans le cas où un partenaire du couple est infertile. Lorsque le mari est bien portant et que c'est la femme qui a des problèmes de conception, le mari est sous pression pour maltraiter et abuser de son épouse. Magezi recommande aux couples d'être protecteurs et solidaires envers leurs épouses lorsque cette situation d'infertilité se présente ; et surtout de s'assurer de ces soupçons d'infertilité grâce aux examens médicaux. Elle soulève également l'erreur que commettent beaucoup de prédicateur d'évangile lors de la célébration des mariages à travers ces propos : « soyez féconds et multipliez-vous ». C'est ainsi que l'objectif principal des mariages africains est la procréation, ceci est la première cause du stress et de la stigmatisation chez les nouveaux couples, parce que leur cognition les oblige déjà à construire l'idée d'être parent. Magezi suggère aux communautés chrétiennes de s'associer aux personnels de santé afin d'enseigner aux populations l'origine de l'infertilité ; ceci permettra de déconstruire la perception que les

---

<sup>81</sup> Magezi. E.Baloyi (2017), *caractère genré de la stérilité dans un contexte africain : une étude pastorale africaine*, p.3

<sup>82</sup> Magezi. E.Baloyi (2017), *caractère genré de la stérilité dans un contexte africain : une étude pastorale africaine*

<sup>83</sup> Magezi. E.Baloyi (2017), *caractère genré de la stérilité dans un contexte africain : une étude pastorale africaine* p.3

<sup>84</sup> Magezi. E.Baloyi (2017), *caractère genré de la stérilité dans un contexte africain : une étude pastorale africaine* p.4



individus ont au sujet de l'infertilité. Cette sensibilisation permettra d'éduquer les jeunes sur le phénomène afin de réduire les croyances qui incriminent les femmes.

La catégorisation sociale est une structure abstraite de connaissance qui regroupe les choses qui vont ensemble sur la base d'une cohérence. Elle peut être utilisée comme un outil cognitif qui segmente et classe l'environnement social tout en permettant aux individus d'entreprendre diverses formes d'actions. C'est ainsi qu'elle définit la place de chaque individu dans son groupe d'appartenance par rapport aux autres groupes. Les stéréotypes font partir de la mise sur pied d'une catégorisation, ils sont souvent perçus comme le résultat d'un processus cognitivo-perceptif. Les stéréotypes sont un « ensemble de croyances partagées à propos des caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais aussi des comportements, propres à un groupe de personnes »<sup>85</sup>. Un stéréotype est constitué d'un aspect descriptif et d'un aspect évaluatif ; il comporte à la fois des éléments favorables et défavorables.

### **2.2.2 Les préjugés liés l'infertilité**

Les préjugés constituent un ensemble d'opinions et de croyances sur une personne ou un groupe de personne. Ils résultent d'un processus de catégorisation de classification de l'humanité tout en s'appuyant sur des éléments subjectifs liés à des représentations sociales. Notons que ces éléments subjectifs croisent les éléments objectifs (âge, aspect physique, le statut social, la religion, l'origine) pour affirmer une opinion. C'est ainsi qu'une personne sera jugée sur la base de cette opinion en fonction de son statut social, de son âge et suivant la subjectivité du jugeur. Les préjugés se forment à l'intérieur des groupes, en interaction avec d'autres individus et/ou groupes. Cependant, les croyances dominantes varient suivant les époques, la culture, la religion, les mœurs, l'éducation et la mentalité. On distingue trois formes de préjugés que sont : l'affectivité, la cognition et la motivation. L'affectivité se rapporte à l'attraction ou à la répulsion ; un individu forge ses préjugés suivant l'attraction ou la répulsion vis-à-vis d'une autre personne ou d'un groupe de personne. Quant à la cognition, il s'agit des croyances liées à un groupe. Pour ce qui est de la motivation, on observe une tendance à agir de façon particulière à l'égard d'un groupe.

En Afrique, la fécondité est cruciale pour devenir adulte, ceci favorise un épanouissement émotionnel et une stabilité socio-économique. Cependant, l'incapacité d'avoir des enfants conduirait à réduire le bien-être économique et mental des individus en société. Certaines études ont montré que l'infertilité entraîne un stress psychologique chez les personnes

---

<sup>85</sup> Jean François. D. (2013). Le dictionnaire des sciences sociales ; Éditions sciences humaines. p339

qui en souffrent<sup>86</sup>. Par rapport aux femmes fertiles, les femmes infertiles sont caractérisées par une dépression psychologique. Selon Fledderjohann, les femmes africaines ont tendance à avoir un niveau élevé de dépression comparée aux hommes africains. Les femmes sont plus exposées à une discorde conjugale, à une violence domestique, à l'infidélité et au divorce. Cependant, les hommes et les femmes éprouvent un fort désir d'avoir un enfant, car ceci est un marqueur important de l'identification sexuelle à l'âge adulte. Bien que les hommes soient souvent réticents à faire des tests lorsqu'ils sont dans une situation d'infertilité, l'infertilité masculine est reconnue comme un problème auquel ils sont confrontés. L'infertilité masculine n'est pas souvent très vulgaire comme l'infertilité féminine. Cette disparité entre les sexes peut être due au fait que les hommes ont plus de solution (polygamie, relation extra-conjugale) que les femmes. Car la famille de l'homme s'arrange toujours à trouver une solution pour que cette situation ne soit pas publique. La difficulté à procréer est une source des troubles émotionnels, d'anxiété et d'insomnie tant pour les hommes que pour les femmes.

### 2.2.3 Les discriminations liées à l'infertilité

Selon la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination contre les Femmes (CEDEF) « *la discrimination contre les femmes signifie une distinction, une exclusion ou une restriction fondée sur le sexe qui a pour objet de porter atteinte ou d'annuler la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice des femmes quel que soit leur état matrimonial, sur la base de l'égalité des hommes et des femmes, des droits de l'homme et les libertés fondamentales dans le domaine politique, économique, social, culturel, civil ou dans tout autre domaine* »<sup>87</sup>. Elle résulte de la distinction, de l'exclusion ou de la préférence, fondée sur un motif illicite, et qui a pour résultat de détruire ou de compromettre le droit à l'égalité dans l'exercice des droits et libertés de la personne. D'après Jean, « *la discrimination désigne le fait que, dans la société, certains groupes sont mal traités que d'autres. On parle par exemple de discrimination sexiste ou raciste.* »<sup>88</sup>. En Afrique, l'éducation donnée aux enfants dépend du sexe ; les rôles attribués aux jeunes enfants débutent généralement à l'adolescence. Par exemple, les tâches des femmes sont liées à la production, la transformation, la cuisine et la conservation des aliments. A cet effet, on peut observer une discrimination vis-à-vis du sexe masculin. Cependant, ces rôles évoluent lorsque ces jeunes filles deviennent des femmes, elles sont chargées de procréer et d'éduquer. C'est ainsi que la maternité est au centre du lien social

---

<sup>86</sup> Fledderjohann JJ (2012), « *Zéro n'est pas bon pour moi* » : implications de l'infertilité au Ghana, *Human Reproduction* ; vol.27, N°.5.pp 1383-1390

<sup>87</sup> Anna Zobrina (2009). Glossary of Gender related terms, Mediterranean Institute of gender studies. P.6

<sup>88</sup> Jean François. D. (2013). Le Dictionnaire des sciences sociales ; Editions sciences humaines. P.99.

dans les cultures africaines. En outre, l'identité d'une femme est liée à sa capacité à donner naissance. Selon le Rapport de la Commission sur la santé de la femme dans la Région africaine, le but de la socialisation des femmes est de leur permettre d'accoucher, de servir de sage-femme et d'élever des enfants<sup>89</sup>. C'est ainsi qu'on peut observer une pression culturelle de procréer dans les sociétés africaines chez les femmes, par contre, celle-ci est quasi-inexistante chez les hommes. Autrement dit, dans certaines cultures africaines, à un âge précis, la femme doit déjà faire ses preuves qu'elle peut déjà accoucher avant d'aller en mariage. Lorsqu'une personne souffre d'infertilité, le traitement est individuel en fonction de la cause identifiée. Cependant, la femme est souvent plus blâmée pour l'infertilité, ce qui peut conduire à une perte d'estime de soi et un divorce.

Selon Wilshire et al, 48,5 millions de couples dans le monde étaient infertiles en 2010. L'infertilité affecte tant les hommes que les femmes, de toutes les ethnies et les races<sup>90</sup>. Cette situation est préoccupante dans la mesure où elle peut conduire à la dépression, l'ostracisme et à la discrimination. Les études menées par Wilshire aux États-Unis sur les femmes afro-américaines et les femmes caucasiennes montrent des disparités raciales multifactorielles sur l'infertilité<sup>91</sup>. Autrement dit, les femmes afro-américaines sont disproportionnellement touchées par l'infertilité par rapport aux femmes caucasiennes.

D'après Rosanna, les enfants sont valorisés en Afrique pour des raisons culturelles, économiques et sociales, c'est ainsi que les personnes sans enfants ont peu de valeur et sont considérées comme incomplètes et maudites selon la société<sup>92</sup>. On peut dire que l'infertilité contribue à une absence d'identité d'une femme. C'est pourquoi, les femmes infertiles sont confrontées à des circonstances de vie graves et négatives, des railleries, des insultes, l'isolement social, l'instabilité conjugales, au divorce, la violence conjugale et économique, la détresse psychologique et émotionnelle, la stigmatisation et la discrimination de la part de la famille et de la communauté<sup>93</sup>. Le sexe qui subit plus de dépression psychologique est le sexe féminin, celle-ci est causée par le harcèlement, la violence verbale, le rejet, la stigmatisation de la part du mari et de sa famille. Au Rwanda, les couples qui ne peuvent pas assurer la lignée

---

<sup>89</sup> Rapport de la Commission sur la santé de la femme dans la Région africaine (p.20)

<sup>90</sup> Ashley Wiltshire et al (2019), *connaissances sur l'infertilité et croyances en matière de traitement chez les femmes afro américaines dans une communauté urbaine*, p.1-7

<sup>91</sup> Ashley Wiltshire et al (2019), *connaissances sur l'infertilité et croyances en matière de traitement chez les femmes afro américaines dans une communauté urbaine*, p.2

<sup>92</sup> Ashley Wiltshire et al (2019), *connaissances sur l'infertilité et croyances en matière de traitement chez les femmes afro américaines dans une communauté urbaine*, p.2

<sup>93</sup> Rosanna F.Hess et al (2018), *infertilité, détresse psychologique et stratégies d'adaptation parmi les femmes au Mali, Afrique de l'Ouest : une étude à méthodes mixtes, journal africain de la santé reproductive*, p.3

familiale craignent de ne pas avoir un enterrement honorable. En Afrique, dans le cas d'une infertilité, la famille du mari l'encourage à avoir des relations extraconjugales et/ou à divorcer. En effet, la polygamie est généralement proposée aux hommes dans cette situation ; les femmes subissent les moqueries et les rejets de la famille et de l'entourage. Parfois, les femmes fertiles ne sont pas autorisées à demander de l'aide des enfants des autres femmes. Selon Rosanna, les coépouses de la femme au Nigéria s'arrangent à lui rendre la vie difficile jusqu'à ce qu'elle quitte le mariage<sup>94</sup>. Il existe un sentiment d'infériorité chez les femmes maliennes n'ayant pas encore d'enfant, elles ressentent un vide. Selon le témoignage d'une femme victime de la discrimination de son entourage, elle déclare : « les voisins m'appellent sans enfant et disent : vous n'avez pas donné naissance à un enfant, alors, éloignez-vous de nous. On en a marre que tu sois autour de nous comme ça »<sup>95</sup>.

Les femmes stériles sont généralement stigmatisées tout au long de leur vie ; l'infertilité qui au départ était juste une détresse privée se transforme en une stigmatisation publique et silencieuse<sup>96</sup>. Lorsqu'une femme est infertile, elle est directement jugée par la société d'avoir endommagé ses organes reproducteurs à travers des avortements répétés. C'est ainsi que Dinah soulève un refus aux femmes infertiles de porter les bébés avec l'idée qu'elles peuvent tuer les enfants de la manière qu'elles l'ont fait dans l'utérus<sup>97</sup>. C'est également le cas du refus aux femmes infertiles d'enseigner à l'école du dimanche, avec comme raison qu'elles n'ont pas d'expérience de la communication avec les enfants. Dans certaines sociétés africaines, les femmes infertiles ne sont pas enterrées dans la terre, de peur qu'elles nuisent à la terre, elles sont donc déposées dans la forêt pour être mangées par des animaux sauvages<sup>98</sup>. Dans certains couples, le partenaire masculin est la première source de stigmatisation de son épouse.

### **2.3. Les instruments juridiques du genre au Cameroun**

Une fois que nous avons eu à présenter les disparités en matière de genre, il conviendrait pour nous de citer les différents instruments juridiques qui encadrent les rapports de genre au Cameroun. Pour cela, nous allons débiter par la Convention sur l'Élimination de toutes les

---

<sup>94</sup> Rosanna F.Hess et al (2018), *infertilité, détresse psychologique et stratégies d'adaptation parmi les femmes au Mali, Afrique de l'Ouest : une étude à méthodes mixtes, journal africain de la santé reproductive*

<sup>95</sup> Rosanna F.Hess et al (2018), *infertilité, détresse psychologique et stratégies d'adaptation parmi les femmes au Mali, Afrique de l'Ouest : une étude à méthodes mixtes, journal africain de la santé reproductive, p.8*

<sup>96</sup> Dinah Chelagat & Emily Choge Kerama (2017), *l'infertilité en Afrique : une grande manifestation du genre, la discrimination, IOSR Journal of Research & Method in Education p.2*

<sup>97</sup> Dinah Chelagat & Emily Choge Kerama (2017), *l'infertilité en Afrique : une grande manifestation du genre, la discrimination, IOSR Journal of Research & Method in Education*

<sup>98</sup> Dinah Chelagat & Emily Choge Kerama (2017), *l'infertilité en Afrique : une grande manifestation du genre, la discrimination, IOSR Journal of Research & Method in Education p.2*

formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF) et la Politique Nationale Genre (PNG). Le Cameroun faisant référence à l'objectif 3 des Objectifs de Développement Durables (ODD) s'est appesanti sur la promotion d'une vie saine et u bien-être de tous à tous les âges. Mais l'atteinte de ce problème s'oppose à des problèmes de santé publique tels que l'infertilité. Cependant, le problème d'infertilité étant très perceptible chez les femmes, il existe des conventions pour lutter contre les discriminations faites aux femmes.

### **2.3.1 La Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF)**

Adoptée par l'Organisation des Nations Unies le 18 décembre 1979 par 20 pays, la CEDEF est un outil majeur du droit international en matière d'égalité des femmes et des hommes. Elle nait à la suite des discriminations subies par les femmes, les exclusions, les restrictions et les distinctions fondées sur le sexe. Ces éléments compromettent la reconnaissance, la jouissance des femmes dans leur statut social et matrimonial. Cependant, la CEDEF s'intéresse à trois aspects de la situation des femmes que sont : les droits civiques et le statut juridique ; le droit à la procréation ; les incidences des facteurs culturels. La convention a été signée par la France en 1980 et ratifiée en 1983 ; les recommandations portaient sur l'égalité dans le mariage, les violences contre les femmes, les femmes en situation de handicap. Les principes sur lesquels repose cette convention sont : l'égalité, la non-discrimination et la responsabilité des États. C'est ainsi que dans cette convention, l'éducation familiale et la fonction sociale de la maternité sont des responsabilités communes des hommes et des femmes. Cela revient à dire que les hommes et les femmes ont pour rôle de s'occuper de la procréation et de l'éducation de leur progéniture.

En 1994, le Cameroun a ratifié la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes. Le Cameroun a décidé de prendre part la promotion et à la protection des droits fondamentaux de la femme, et confirmer son engagement à respecter les dispositions de cet instrument. À cet effet, des textes juridiques camerounais ont été traités afin d'intégrer le principe d'égalité entre l'homme et la femme, on peut citer : la constitution révisée du 18 janvier 1996 ; le code du travail ; le code pénal ; le code électoral ; le statut général de la fonction publique. L'adoption par les États parties de mesures spéciales vise à protéger la maternité, c'est pourquoi le Cameroun a mis sur pied une Politique en matière de santé. Cette politique vise l'amélioration de la santé des populations à travers le développement économique et social. Cette politique met l'accent sut le renforcement des mécanismes institutionnels de promotion de la santé de la femme. C'est pourquoi il existe au sein du ministère de la santé,

l'État a mis sur pied une direction familiale de santé familiale qui est chargée de la politique gouvernementale en matière de santé de la reproduction ; de la coordination et de la mise en œuvre des activités relatives à la santé de la reproduction<sup>99</sup>. Au sein de cette direction, il existe la sous-direction de la santé de la reproduction et la sous-direction de la vaccination. L'élaboration de la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) prend en compte tous les aspects de la vie humaine à toutes les étapes, notamment la santé de la femme, de l'enfant, de l'homme, de la personne âgée et de l'adolescent (e). Par conséquent, des programmes tels que : la lutte contre la maladie ; la santé de la reproduction ; la promotion de la santé ; le programme médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels ; le processus gestionnaire ; l'amélioration de l'offre des soins ; le financement du secteur de la santé est défini afin de réduire les inégalités de sexe. Cependant, le programme Santé de la Reproduction a pour objectif d'améliorer l'état de santé des mères et des enfants tout en réduisant d'ici 2010 la mortalité maternelle et infantile.

L'accent de la politique de santé de reproduction est mis sur les femmes enceintes ou encore les femmes fertiles capables de procréer, le programme de lutte contre l'infertilité est inexistant en matière de santé. Notons que les violences s'effectuent également sur les femmes qui ne sont pas capables de procréer, ceci est dû aux normes culturelles qui attribuent à la femme la procréation. Le Cameroun a certes ratifié la CEDEF, mais il n'a pas pris en compte tous les aspects de la celle-ci à savoir : les droits civiques et le statut juridique ; le droit à la procréation ; les incidences des facteurs culturels. Compte tenu du fait que les facteurs culturels et les normes sociales sont un grand frein à la jouissance et à l'épanouissement des droits des femmes. En plus, lorsque la CEDEF met l'accent sur le droit à la procréation des femmes, ceci peut conduire à une forme de représentation sociale selon laquelle la femme est au centre de la création. Ceci épargne l'homme lorsqu'il y'a difficulté de procréation dans le couple ; c'est une autre forme de violences que la femme devra subir de la part de son mari et de sa belle-famille. Les aspects culturels persistent dans la mise en œuvre des politiques de santé et de la CEDEF. C'est pourquoi on peut observer une forte discrimination lorsque la femme ne conçoit pas dans le mariage ou dans le couple. Bien que la CEDEF ait attribué le rôle de l'éducation de la procréation aux hommes et aux femmes, celle-ci n'est pas appliquée sur le terrain. Lorsqu'on regarde les données statistiques de l'Hôpital Gynéco-Obstétricien et Pédiatrique de Yaoundé, les personnes qui se font plus consulter au service de gynécologie sont les femmes. De même,

---

<sup>99</sup> CEDAW, (2007), *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* ; p.42

lorsqu'un couple fait des rapports sexuels sur une période d'un an et n'a toujours pas d'enfant, c'est la femme qui se rend en premier lieu à l'hôpital pour diagnostiquer le problème de conception. Or, la naissance d'un enfant est le fruit d'une union entre l'homme et la femme. Autrement dit, s'il y'a difficulté de donner naissance à un bébé, il serait judicieux que l'homme et la femme aillent se faire consulter. Cette procédure devrait réduire les stéréotypes, les préjugés et les discriminations des femmes au sein de la société.

### **2.3.2 La Politique Nationale Genre**

Le Cameroun s'est engagé à améliorer, à favoriser la participation de la population au développement et à la programmation des actions du gouvernement dans les différents secteurs. Pour cela, il a élaboré une Politique Nationale Genre qui doit intégrer la femme dans les secteurs d'activité. Le document sur la politique du genre est une réponse à la promotion du genre dans la société camerounaise. La volonté du gouvernement camerounais à traduire dans les faits l'égalité de genre, et d'accélérer la croissance économique du pays a permis de mettre sur pied une politique du genre. C'est ainsi que le document a été conçu selon une démarche participative et inclusive. La politique du genre intègre les organisations de la société civile, les partenaires du développement, les départements ministériels. La Politique Genre de la République du Cameroun est un document d'orientation et de référence des interventions du Gouvernement dans le domaine de la promotion de l'égalité et de l'équité entre les sexes. Son objectif est de promouvoir une société égalitaire et équitable entre les hommes et les femmes en vue d'assurer le développement durable. La politique du genre se présente suivant 07 axes que sont : l'amélioration des conditions de vie des femmes ; l'amélioration du statut juridique de la femme ; la valorisation des ressources humaines féminines dans tous les secteurs de développement ; la participation effective de la femme à la prise de décision ; la protection et la promotion de la petite fille ; la lutte contre les violences faites aux femmes ; l'amélioration du cadre institutionnel de l'intégration des femmes au développement.

Les orientations en matière de développement se font à partir des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à savoir la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. En conformité avec la dignité humaine et les droits fondamentaux, la Politique Nationale de Population (PNP) a été actualisée en 2002 pour améliorer le niveau et la qualité de vie de la population, ceci dans le respect des principes de l'égalité et de l'équité entre les sexes. En 2002, la Déclaration de Politique Nationale de Population (DPNP) a été actualisée au sommet du Millénaire de septembre 2000, elle met l'accent sur l'approche Genre comme facteur de développement.

Les disparités et discriminations de genre subsistent dans tous les domaines de la vie nationale tels que l'éducation, la santé, l'économie et l'emploi, la sécurité sociale. Les disparités de genre se situent au niveau du nombre de femme que l'on retrouve dans l'ordre d'instruction (plus d'homme au niveau supérieur que les femmes) ; au niveau régionale (il y'a des régions très scolarisées avec un indice de parité très proche de l'unité et des régions septentrionales moins scolarisées avec cet indice = 0,6). Les inégalités relevées en défaveur des femmes se situent au niveau de la mortalité maternelle persistante et accrue ; un taux d'infection accentué au VIH-SIDA/IST avec la féminisation de la pandémie ; une faible contraceptive. Les violences basées sur le genre sont une réalité où les femmes sont les plus touchées (violence conjugale, mutilation génitale féminine, violences physiques, violence sexuelle, violence émotionnelle, violence psychologique et violence économique). Les discriminations au niveau de l'économie se situe dans la division sexuelle du travail en confinant la femme dans les activités ménagères par contre les hommes exercent dans la vie publique. Au niveau de l'emploi, les femmes constituent 44,5% contre 61,3% d'hommes. L'emploi domestique est plus pratiqué par les femmes que par les hommes, et la plupart d'entre elles sont victimes d'abus (non-respect des tâches assignées, surcharge de travail, insultes, humiliations, harcèlement sexuel, menaces, retards dans le paiement des salaires). Dans la sécurité sociale, les personnes privilégiées sont celles qui travaillent dans le secteur formel. Cependant, nous n'avons que 10% de la population active dans ce secteur. C'est ainsi que les femmes se retrouvent plus dans le secteur informel (55,2%) que le secteur formel (8,0%). Les femmes sont exclues de la possession de la terre, elles ne sont que usufruitières et n'ont pas de contrôle sur ces terres. Ceci dit, elles pratiquent des cultures vivrières pour la famille par contre les hommes exercent des cultures de rente compte tenu du fait qu'ils possèdent la terre.

La question du genre dans le domaine des droits et de la législation s'avère plus rapprocher à la protection des droits de la femme bien que ceci ne garantit pas pour autant d'exercice et la jouissance par la femme de tous ses droits. Nous notons des droits juridiques internationaux spécifiques à la femme comme celui de la déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé adoptée en décembre 1974 ; une autre déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes du 20 décembre 1993 ; la déclaration solennelle sur l'égalité entre les hommes et les femmes en Afrique adoptée en juillet 2004. Les textes législatifs au Cameroun comptent promouvoir le genre à travers la constitution du 18 janvier 1996 qui énonce les droits humains fondamentaux et prône l'égalité entre les femmes et les hommes ; l'ordonnance n°81-02 du 29 juin 1981 portant organisation



de l'état-civil et diverses dispositions relatives à l'état des personnes physiques et au mariage, qui offre à la femme la possibilité d'exercer une profession séparée. Concernant les textes réglementaires, nous avons : la circulaire n°10-7-562/MINEDUC qui permet aux élèves filles suspendues pour cause de grossesse d'être réadmissées en classe après l'accouchement ; la circulaire conjointe n°283/07/LC/MINESEC/MINAS du 14 août 2007 relative à l'identification des enfants handicapés et ceux nés des parents handicapés indigents inscrits dans les établissements publics d'enseignements secondaires à leur participation aux examens officiels. La gouvernance au niveau familial crée des disparités de genre à cause du poids des traditions, de l'ignorance, du manque de confiance chez la femme. C'est ainsi que le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille organise depuis 2005 au respect des droits de la femme et à la protection de la famille, en veillant aux disparitions de toute forme de discrimination à l'égard de la femme ; en facilitant l'emploi de la femme dans l'administration.

## **2.4. Les théories explicatives**

### **2.4.1. La théorie de la représentation sociale de Moscovici**

La théorie de la représentation sociale de Serge Moscovici a vu le jour en 1961 ; elle est devenue une référence en psychologie sociale, en psychologie, en sociologie ainsi que dans d'autres disciplines. L'étude des représentations<sup>100</sup> débute avec les sociologues et anthropologues de renom et renom entre 1830 et 1930 (Philippe, 2015, p.33). Emile Durkheim donne une impulsion théorique et épistémologique de la représentation ; et il fait la distinction entre représentations individuelles et représentations collectives. La conscience n'a pas beaucoup de poids et n'existe qu'à travers la conscience collective qui s'impose aux individus d'une génération à une autre, en se matérialisant par des règles de fonctionnement juridiques, économiques, morales et religieuses<sup>101</sup>. La société contemporaine est plus individualisée et favorable à la constitution des groupes différents sur la base des connaissances, des croyances et des pratiques spécifiques. Toutefois, une société est constituée d'un système de croyances objectives dans sa langue, des institutions et de ses cultures. Moscovici s'est inspiré des travaux de Lévy-Bruhl en intégrant la distinction entre représentation issues de la croyance et celles

---

<sup>100</sup> Philippe de Carlos, (2015), *le savoir historique à l'épreuve des représentations sociales : l'exemple de la Préhistoire et de Cro-Magnon chez les élèves de cycle 3* ; Université de Cergy-Pontoise, Ecole doctorale Droit et Sciences Humaines, p.33

<sup>101</sup> Philippe de Carlos, (2015), *le savoir historique à l'épreuve des représentations sociales : l'exemple de la Préhistoire et de Cro-Magnon chez les élèves de cycle 3* ; Université de Cergy-Pontoise, Ecole doctorale Droit et Sciences Humaines, p.34

issues de la connaissance<sup>102</sup>. La théorie de la représentation sociale s'élabore grâce aux travaux de Serge Moscovici ; ces travaux portaient sur « principes sur la psychanalyse » en 1961. Selon Moscovici, la représentation a pour origine l'individu ainsi que son environnement social, autrement dit, la représentation sociale se construit à partir de la personnalité d'un individu et de son milieu social. L'auteur s'inspire des travaux de Freud, Piaget et de Durkheim pour fonder la théorie des représentations sociales. Cependant, une représentation a deux principaux noyaux à savoir : l'objet et le sujet. Il doit exister une interaction entre l'objet et le sujet, sachant qu'il y'a deux formes de sujet que sont : l'ego et l'alter-ego. L'ego se définit par l'individu lui-même qui construit une représentation ; l'alter-ego décrit le semblable de l'individu qui se représente.

Pour Moscovici, la théorie des représentations sociales est « *une manière d'interpréter le monde et de penser notre réalité quotidienne, une forme de connaissance sociale que la personne se construit plus ou moins consciemment à partir de ce qu'elle est, de ce qu'elle a été et de qu'elle projette et qui guide son comportement. Et corrélativement, la représentation sociale est l'activité mentale déployée par les individus et les groupes pour fixer leurs positions par rapport à des situations, événements, objets et communication qui les concernent* »<sup>103</sup>.

La représentation sociale est un concept situé à l'interface du psychologique et du social, c'est un concept transversal et interdisciplinaire. Pour Roussiau et Bonardi, « *une représentation sociale est une organisation d'opinions socialement construites, relativement à un objet donné résultant de communications sociales, permettant de maîtriser l'environnement et de l'approprier en fonction d'éléments symboliques propres à son ou ses groupes d'appartenances* »<sup>104</sup>. La représentation permet de comprendre et d'agir sur le monde, ainsi donc de construire des expériences individuelles et des pratiques sociales des individus ; cette interaction se fait à travers un objet, l'individu lui-même et ses semblables. Les interactions entre l'individuel et le social se construisent autour des histoires de l'individu (famille, école, médias), ainsi que son système biologique, psychologique et social. Dans la mesure où chaque individu est issu d'un groupe qui a des valeurs, des normes, des idéologies et des expériences pratiques. C'est ainsi que la perception construite par un individu sera fonction de sa culture et sa tradition. C'est ce qui permet la mise en place d'une catégorisation sociale, étant donné que chaque individu appartient à un groupe bien différent des autres groupes.

---

<sup>102</sup> Philippe de Carlos, (2015), *le savoir historique à l'épreuve des représentations sociales : l'exemple de la Préhistoire et de Cro-Magnon chez les élèves de cycle 3* ; Université de Cergy-Pontoise, Ecole doctorale Droit et Sciences Humaines, P.35

<sup>103</sup> Moscovici, S. (1989), « *Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire* » dans Jodelet (D), *les représentations sociales*, Presses Universitaires de France, p.132

<sup>104</sup> Roussieau, N. et Bonardi, C. (2001), *les représentations sociales, état des lieux et perspectives*, Hayen, Pierre Mardaga, p.19

Une représentation émerge à condition que deux processus se mettent en place à savoir : l'objectivation et l'ancrage. Il y'a objectivation lorsque trois phases s'opèrent, ces trois phases sont : déconstruction sociale qui permet à l'individu de faire un tri parmi les éléments relatifs à l'objet ; schématisation structurante pour une réorganisation et une reconstruction du noyau figuratif dans le but de prendre une place importante ; une naturalisation des éléments du noyau qui se matérialisent de manière évidente pour devenir plus objectifs. C'est ainsi que l'objectivation permet de s'appropriier des connaissances et de les intégrer en rapport à un objet. Quant à l'ancrage, il est question d'enraciner socialement la représentation et son objet en l'incorporant dans le système de valeurs du sujet. Philippe cité par Doise, l'ancrage s'effectue à trois niveaux que : psychologique, sociologique et psychosociologique<sup>105</sup>. Au niveau psychologique, il s'agit des variations interindividuelles ; au niveau sociologique, c'est une comparaison entre groupes d'individus en fonction des positions qu'ils occupent dans un ensemble de rapports sociaux ; au niveau psychosociologique, il s'agit d'analyser la manière dont les individus se situent symboliquement par rapport aux relations sociales dans un champ donné.

Toutefois, une représentation sociale a quatre fonctions essentielles que sont : une fonction de savoir ; une fonction identitaire ; une fonction d'orientation et une fonction justificatrice. La fonction de savoir permet d'établir une grille de lecture de l'environnement physique et social pour les individus. Cependant, la fonction identitaire aide à définir et à sauvegarder l'identité, la cohésion de l'individu ou du groupe afin de garder une image positive de son groupe d'appartenance. Ensuite, la fonction d'orientation sert à l'individu d'orienter son comportement et ses pratiques dans la société. Quant à la fonction justificatrice, elle consiste à expliquer et à justifier les actions futures ou passées pour cautionner et préserver une vision du monde chez les individus. Moscovici distingue trois modèles d'étude des représentations sociales que sont : le modèle sociogénétique, le modèle socio-dynamique et le modèle structural. Le modèle sociogénétique est constitué d'une approche anthropologique et historique, il sera question de faire une analyse documentaire et une monographie d'un individu. Quant au modèle socio-dynamique, il s'agit de faire des analyses multidimensionnelles ainsi qu'une analyse factorielle des correspondances. Et le modèle structural est l'ensemble des méthodes pour la formulation des hypothèses centrales pour un repérage systématique de la structure représentationnelle.

---

<sup>105</sup> Philippe de Carlos, (2015), *le savoir historique à l'épreuve des représentations sociales : l'exemple de la Préhistoire et de Cro-Magnon chez les élèves de cycle 3* ; Université de Cergy-Pontoise, Ecole doctorale Droit et Sciences Humaines, p.44

### 2.4.2 La théorie de l'identité sociale (TIS)

La théorie de l'identité sociale est née en 1970 à l'Université de Bristol au Royaume-Uni par Henri Tajfel, dont les études portaient sur la catégorisation et la perception dans le but de comprendre les conflits intergroupes, les préjugés et la discrimination. Elle s'intéresse à l'interaction entre les individus dans un groupe, cette théorie se base sur la conception de soi, des processus cognitifs et des croyances dans des relations intergroupes. La théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner (1979) postule que les individus cherchent à acquérir et maintenir une identité positive, ils se distinguent positivement dans le but de sauvegarder leur groupe par rapport aux autres<sup>106</sup>. Les individus peuvent s'identifier dans un groupe à partir du facteur âge, sexe, statut ; cette catégorisation n'existe que si l'individu est conscient d'y appartenir. A la suite de cette appartenance le sujet se compare et s'évalue par rapport à autrui dans ses opinions, ses attitudes, ses capacités afin d'en ressortir une identité sociale. Cependant cette théorie permet d'expliquer les relations conflictuelles et de coopération entre les groupes sur les aspects de l'identité de soi afin de rendre intelligible certains phénomènes de groupe et d'intergroupe. C'est ainsi que la principale caractéristique de cette théorie est la relation intergroupe car ce qui se passe au sein d'un groupe nous éclaire davantage sur ce qui se passe entre les groupes. Selon Tajfel, les individus frustrés ne peuvent réagir que par des attitudes agressives envers les personnes faibles et différentes parce qu'ils sont plus vulnérables. À cet effet, les personnes infertiles se sentent vulnérables à travers la régression de leur incapacité à se reproduire, ceci peut expliquer un comportement discriminatif à leur égard. Les groupes supérieurs s'appuient sur leurs croyances subjectives et la forme de leur structure (position sociale, stabilité, légitimité, perméabilité et les alternatives cognitives) afin de dominer sur les groupes inférieurs qui se sentiront stigmatisés.

Les travaux menés dans les années soixante de Tajfel et ses collaborateurs portaient sur les relations humaines en termes de rapport intergroupes ; ils cherchaient à expliquer les phénomènes relationnels pouvant exister entre deux ou plusieurs groupes<sup>107</sup>. Ces relations intergroupes sont en lien avec des conflits réels qui décrivent le type de relation pouvant exister dans un groupe à savoir coopératif, conflictuel, compétitif. La Théorie de l'Identité Sociale (TIS) décrit que chaque individu possède deux types d'identités qu'il peut activer en fonction des bénéfices identitaires qu'il perçoit. Autrement dit, un individu intègre s'affilie à un groupe

---

<sup>106</sup> Tajfel, H & Turner, J.C. (1979). « *An integrative theory of intergroup conflict* », dans Stephan Worchel & William Austin (dir), *Psychology of intergroup relations*, Chicago, Nelson-Hall, p.7-24

<sup>107</sup> Tajfel, H., & Turner, J.C. (1986). *The social identity theory of intergroup behavior*. In S. Worchel & W. Austin (Eds), *Psychology of intergroup relations*, 2<sup>nd</sup>ed, Chicago : Nelson-Hall, p.7-24

en mobilisant son identité sociale et cherche à sauvegarder une valence positive de ce dernier. L'obtention de cette identité est construite à partir des comparaisons intergroupes, perceptions, des comportements conduisant à favoriser son groupe au détriment d'un autre. Cette théorie s'inscrit dans une perspective de l'étude des conflits intergroupes, et postule que la seule catégorisation en deux groupes distincts entraîne la discrimination à l'encontre de l'exo-groupe dans le but de différencier son groupe. Les éléments essentiels de la théorie de l'identité sociale sont : la position occupée, les attentes liées à elle et l'identification de l'individu à son rôle. Le statut social et l'évaluation des attentes sont à l'origine de l'identité sociale, ainsi que les exigences qui lui sont liées. Cependant, il existe trois composantes de l'identité que sont : l'identité attribuée, l'identité choisie et l'identité fondamentale. Elle se fait en trois processus que sont : la catégorisation sociale, l'auto-évaluation et la comparaison sociale inter-groupe. La catégorisation est un phénomène par lequel toute personne classe et organise son univers social, selon les critères de ressemblances et de différences afin d'obtenir des points de repères favorisant son action. C'est un outil cognitif qui segmente, classe et ordonne l'environnement social, elle définit également la place de chacun dans la société. En effet, l'identité sociale est la partie du concept de soi d'un individu qui résulte de la conscience qu'à cette personne d'appartenir à un groupe ainsi qu'à la valeur émotionnelle qu'il y attache. C'est ainsi que les individus sont motivés par le besoin de donner du sens au monde social et physique qui les entoure et de renforcer leur estime de soi, ils ont tendance à avoir une identité positive. Mais la valeur de leur identité dépend des mécanismes de comparaisons sociales entre groupe.

Une étude menée par Arthur et al (2010) sur la comparaison entre les femmes infertiles et les femmes fertiles montre qu'il y'a une grande différence de comportements et d'attitude entre les deux groupes<sup>108</sup>. À travers cette étude, le groupe de femmes infertiles ressentent plus de tristesse, les scores de détresse sont élevés ainsi que l'anxiété. De même que les femmes ayant fait une FIV présentaient une dépression générale, bien qu'elles aient pu obtenir un enfant. Les études sur les hommes infertiles iraniens avaient des scores plus élevés sur la dépression et l'anxiété liée aux traits de l'infertilité masculine<sup>109</sup>. Ceci montre une identité négative qu'ont les personnes infertiles envers elles-mêmes. Cependant, Arthur et al (2010) souligne que les femmes subissent plus de stress lié à l'infertilité que les hommes<sup>110</sup>. Par conséquent, l'infertilité

---

<sup>108</sup> Arthur L. Greil et al (2009), *The experience of Infertility : a review of recent literature ; Sociology of Health & Illness* ; Vol.32 N°1 ; pp.140-162

<sup>109</sup> Arthur L. Greil et al (2009), *The experience of Infertility : a review of recent literature ; Sociology of Health & Illness* ; Vol.32 N°1 ; pp.140-162

<sup>110</sup> Arthur L. Greil et al (2009), *The experience of Infertility : a review of recent literature ; Sociology of Health & Illness* ; Vol.32 N°1 ; pp.140-162

est plus pénible pour les femmes que les hommes, d'où la catégorisation sociale liée au sexe et au statut. Ceci accentue les inégalités de genre dans une situation d'infertilité en ce qui concerne les traitements reçus, l'un des groupes est plus affligé que l'autre groupe. D'où la théorie de l'identité positive qui renforce les stigmatisations et les discriminations reçues par les femmes infertiles comparées aux hommes infertiles. C'est ainsi qu'on observe un fort investissement des femmes à vouloir des enfants, ce qui les amène à se faire davantage consulter que les hommes.

En définitive, les constructions socioculturelles de l'infertilité se fondent sur les croyances, les connaissances, les expériences, l'éducation, la religion...etc. Le genre est une construction socioculturelle qui attribue les rôles différents en fonction du sexe. Dans le cadre de cette étude, le rôle de la femme est la procréation dans un ménage, lorsque ce rôle n'est pas réalisé, celle-ci devient victime des discriminations, des stéréotypes et des préjugés. Cependant, l'infertilité touche également les hommes, mais ils sont protégés par la famille et l'entourage et sont moins stigmatisés que les femmes. C'est ainsi que la théorie de la représentation sociale explique que l'individu construit sa personnalité et sa perception à travers les comportements observés dans son environnement ; de même que le vécu et les connaissances contribuent à forger cette personnalité. Quant à la théorie de l'identité sociale, elle stipule que les individus ont tendance à avoir une identité positive de soi et une identité négative des autres. C'est à travers ces deux théories que les rapports genre peuvent être conflictuels ou coopératives. Les familles africaines ont une image africaine lorsque la procréation au sein d'un couple est un succès, c'est ainsi que la difficulté à procréer contribue à renforcer les rapports de domination vis-à-vis de la femme. Le statut de femme en Afrique et au Cameroun ne s'acquiert qu'après que celle-ci ait donné naissance à un bébé, dans le cas contraire, elle sera stigmatisée et frustrée. À cet effet, les constructions socioculturelles influent sur les rapports de sexe auprès des couples.



**CHAPITRE 3 : LES PRATIQUES ET LES  
INCIDENCES SOCIALES DE L'INFERTILITÉ  
SUR LES RAPPORTS DE GENRE**

La reproduction est un phénomène où deux êtres vivants sont à l'origine d'un autre être, celle-ci est étroitement liée à la sexualité et à la génitalité. La vie humaine sur terre existe à travers la capacité des êtres humains à se reproduire. Lorsque l'être humain se reproduit, il donne naissance à un être qui a ses traits de ressemblance avec quelques caractéristiques différentes. On distingue deux formes de reproduction : la reproduction asexuée et la reproduction sexuée. On retrouve chez l'espèce humaine la reproduction sexuée. Dans cette forme de reproduction, on a deux parents qui doivent produire chacun des cellules spéciales appelées gamètes. L'homme produira le gamète mâle et la femme le gamète femelle. Quand les deux gamètes de sexe différent s'unissent, il y'a la fécondation ; autrement dit, l'union de ces deux cellules donnent naissance à un zygote. Cependant, l'absence de cette fécondation peut avoir plusieurs causes provenant soit de l'homme, soit de la femme ou des deux sexes. C'est ce qui peut donner lieu à une infertilité. C'est pourquoi, il serait judicieux de définir ce qu'on entend par infertilité et les formes d'infertilité ; ensuite de présenter les causes, les incidences sociales rencontrées dans le couple ; enfin de décrire les pratiques l'infertilité et la théorie de l'influence sociale d'Émile Durkheim.

### **3.1. Définition de l'infertilité**



**Infertilité** du couple est définie par l'OMS comme l'incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse au bout d'au moins douze mois de rapports sexuels réguliers, et non protégés<sup>111</sup>. Lorsqu'un couple n'arrive pas à avoir un enfant au bout d'une certaine période des rapports sexuels, on peut donc dire que l'un des partenaires ou les deux souffrent d'infertilité. L'infertilité est caractérisée par la difficulté ou l'incapacité d'un couple à concevoir un enfant<sup>112</sup>. L'organisation Mondiale de la Santé<sup>113</sup> l'a défini par l'absence de grossesse chez les couples en âge de procréer (femme âgée de 18 à 45 ans) au bout de 24 mois de rapports sexuels réguliers non protégés.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'infertilité par l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception. On distingue plusieurs formes d'infertilité, il y'a l'infertilité primaire et l'infertilité secondaire. L'infertilité primaire est définie comme l'incapacité d'un couple à avoir un premier enfant. L'infertilité secondaire est la difficulté d'un couple à avoir un autre enfant alors qu'ils ont déjà conçu un ou ont déjà eu une fausse couche. Ce qui signifie que les couples ont pu tomber enceintes au moins une fois, mais qu'ils sont maintenant incapables d'avoir un autre bébé. A cet effet, on distingue deux formes d'infertilité que sont : l'infertilité primaire et l'infertilité secondaire. Toutefois, un homme ou une femme peut souffrir d'une infertilité primaire et d'une infertilité secondaire, c'est-à-dire, qu'un homme ou une femme peut avoir déjà conçu un enfant ou n'a jamais eu un enfant.

### 3.2. Les causes

L'infertilité est causée par de nombreux facteurs qui peuvent être différent ou similaire chez les hommes et les femmes. C'est ainsi qu'on l'attribue souvent à l'avortement, à la sorcellerie, aux anomalies physiques d'origine spirituelle, à l'utilisation de contraceptifs modernes. Toutefois, c'est une maladie qui contribue souvent aux stigmatisations sociales, aux injures, aux préjugés et aux stéréotypes négatives. Les facteurs déterminants de l'infertilité sont : l'âge des partenaires, la durée de l'exposition sexuelle, les organes génitaux normaux, les infections

---

<sup>111</sup> Ngo Um Meka.E et al (2016), *Connaissances, Attitudes et Pratiques des Femmes en Desir d'Enfant Vis-à-vis de l'Infertilité à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé; connaissances, attitudes et pratiques des femmes infertiles vis-vis de l'infertilité à Yaoundé*, Health Sci.Dis; vol 17 (4); p.41

<sup>112</sup> Brzakowski.M et al (2009). *Formation médicale continue, épidémiologie du couple infertile ; Elsevier Masson SAS* p.1

<sup>113</sup> Brzakowski.M et al (2009). *Formation médicale continue, épidémiologie du couple infertile ; Elsevier Masson SAS* p.1

sexuellement transmissibles, le stress environnemental, la culture. Cependant, l'infertilité peut avoir une origine liée soit au sexe masculin, soit au sexe féminin.

### **3.2.1 L'origine de l'infertilité masculine**

Avant de présenter les causes de l'infertilité masculine, nous allons de prime abord décrire le fonctionnement de l'appareil reproducteur masculin. Toutefois, tout corps humain est composé des caractères sexuels primaires, secondaires et tertiaires. Les caractères sexuels primaires sont constitués des organes génitaux primaires où l'homme possède les testicules. Les caractères sexuels secondaires sont composés de : scrotum, épидидyme, déférents, la prostate, vésicules séminales, glandes bulbo-urétrales, pénis. Sachant que le pénis est l'organe d'accouplement chez l'homme, ceci lui permet d'évacuer le sperme produit par les testicules. Les caractères sexuels tertiaires est l'ensemble des hormones telles que : les androgènes, la testostérone (produit par les testicules), les œstrogènes (petites quantités produites par les glandes surrénales). La testostérone stimule et contrôle le développement des caractères sexuels primaires et secondaires. A l'absence des testicules ou d'une maladie des testicules, la testostérone ne sera pas produite et l'homme peut être défini comme stérile. Lors de la puberté, il y'a une stimulation des hormones, ce qui permet la production du sperme contenant les spermatozoïdes. Le pénis est l'organe d'accouplement, c'est lors d'un rapport sexuel que l'homme produit du sperme où à l'intérieur il y'a un million de spermatozoïde qui iront dans les trompes de la femme ; si la femme est en période féconde, l'un de ces spermatozoïdes fécondera l'ovule produit par la femme ; c'est de cette union que sera produit un zygote appelée œuf, qui deviendra plus tard un embryon, puis un fœtus et enfin un bébé. Les facteurs de l'infertilité sont d'ordre biologique, psychologique et culturel.

#### **❖ Facteurs biologiques**

L'infertilité chez l'homme est caractérisée soit par une absence de spermatozoïdes dans le sperme ; soit par une malformation de ces spermatozoïdes ; soit par une insuffisance de spermatozoïdes dans le sperme. En dehors de ces éléments cités, il peut y avoir également des infections sexuellement transmissibles qui peuvent conduire à une infertilité masculine. Parmi ces infections, on peut citer : la gonorrhée, la chlamydia, et la syphilis. Dans le système reproducteur masculin, les problèmes de liquide séminal, faible niveau de spermatozoïde et anomalie au niveau de la forme et du mouvement des spermatozoïdes peuvent entraîner l'infertilité masculine<sup>114</sup>. Parfois, il y'a obstruction de l'appareil reproducteur lié aux infections

---

<sup>114</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2012), *Relever le défis de la Santé de la femme en Afrique*

des voies génitales. Les causes peuvent t'être d'origine hormonale, il s'agit des troubles hormonaux conduisant à des anomalies produites soit au niveau de l'hypophyse, soit au niveau de l'hypothalamus, soit au niveau des testicules. Les maladies comme le cancer peut conduire à un déséquilibre hormonal chez les hommes, ceci est susceptible de conduire à une infertilité. L'infertilité peut être due à une incapacité des testicules à produire des spermatozoïdes. La consommation de stéroïdes anabolisants peut entraîner une anomalie des paramètres spermatiques, comme le nombre des spermatozoïdes<sup>115</sup>. D'autres facteurs tels que : l'âge, le mode de vie, la consommation des psychotropes, et l'exposition aux polluants. Bien que l'andropause est quasi-inexistant chez les hommes, l'âge influence la quantité de spermatozoïde produit par les hommes ; autrement dit, après un certain âge, l'homme peut certes produire des spermatozoïdes mais en petite quantité ou pas de bonne qualité. Dans le mode de vie, il y'a la consommation du tabac, d'alcool excessif, le travail qu'effectue l'homme à longueur de journée. Lorsque ce travail nécessite une position assise de l'homme, ceci est susceptible d'influencer la production des spermatozoïdes. Il y'a également l'exposition aux polluants qui sont toxiques pour l'homme.

Les maladies rencontrées chez les hommes infertiles sont : l'hypogonadisme, l'hyperthyroïdie et l'azoospermie. L'hypogonadisme est un déficit en testostérone associé à une diminution de la production de spermatozoïde. Il peut résulter d'une anomalie des testicules ou d'un trouble de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Quant' à l'hyperthyroïdie, elle peut causer la malformation des spermatozoïdes et réduire également le nombre de spermatozoïde produit par les testicules. Par contre, l'azoospermie est due à une obstruction dans l'appareil reproducteur et/ou une production insuffisante de spermatozoïdes. Cette maladie peut conduire à une stérilité masculine. Elle est caractérisée par une malformation congénitale des canaux déférents et des vésicules séminales ; une éjaculation rétrograde, des troubles sexuels (impuissance sexuelle). Elle se définit comme une absence totale de spermatozoïde dans le sperme. Il existe deux types d'azoospermie que sont : l'azoospermie sécrétoire se caractérise par une absence de production de spermatozoïdes ; une azoospermie excrétoire ou obstructive lorsque l'absence de spermatozoïde est lié à une obstruction des canaux transportant le sperme. Par ailleurs, les traitements contre le cancer (la chimiothérapie ou radiothérapie), le tabagisme,

---

<sup>115</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)* Geneva: WHO.

le surpoids ou les pesticides pour ceux qui travaillent dans l'agriculture pourraient faire partir des facteurs favorisant l'infertilité (Fatou et Diop, 2019)<sup>116</sup>.

#### ❖ Facteurs psychologiques

Les facteurs psychologiques sont liés à l'environnement, on peut citer la pression familiale et de l'entourage. Lorsque le corps est stressé en permanence, ceci est susceptible de causer une infertilité temporaire. Selon Takefman, l'infertilité et son traitement sont liés et génèrent des réactions telles que : l'anxiété, la dépression, l'isolement, des problèmes sexuels, des conflits conjugaux ainsi qu'une faible estime de soi<sup>117</sup>. Ceci revient à dire que l'infertilité peut être d'origine psychologique, en ce sens où le mécanisme biologique peut affecter le mental de l'homme. Cependant, le risque d'infertilité masculine est causé par la culpabilité, la honte, la colère, l'échec personnel, une baisse d'estime de soi, l'isolement. Autrement dit, ces éléments peuvent susciter chez l'homme un dysfonctionnement physiologique et hormonal dans la production du sperme. Il existe également une perte d'appétit sexuel qui impacte la production du sperme. Lorsqu'un homme a une baisse d'estime de soi, ceci peut impacter la production de son sperme. Toutefois, ces facteurs psychologiques sont souvent liés aux facteurs biologiques à travers la consommation des drogues, d'alcool. Compte tenu au fait que ces stupéfiants créent un déséquilibre psychologique de l'être humain, ceci peut impacter le processus de production du sperme. Selon certains psychologues comme Veronica, si 20% des cas d'infertilité restent inexplicables d'un point de vue physiologique, le problème peut être d'ordre émotionnel, et donc en lien notamment avec l'anxiété ou le stress liée à la vie quotidienne ou à l'environnement professionnel<sup>118</sup>. C'est ainsi que le stress peut influencer sur le nombre de spermatozoïde et sur leur mobilité.

#### ❖ Facteurs culturels

Parmi les causes culturelles, nous pouvons citer les croyances traditionnelles et religieuses. Certains individus pensent que l'infertilité est une volonté divine et le fait de ne pas procréer est une punition de Dieu. Ces personnes se culpabilisent pour une mauvaise vie (consommation de drogues, plusieurs partenaires sexuels). En ce qui concerne les croyances traditionnelles,

---

<sup>116</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.1-18 p.5

<sup>117</sup> Janet Takefman (2009), *Problèmes psychologiques liés à l'infertilité masculine*, ©<http://iaac.ca/fr/content/problèmes-psychologiques-liés-à-l'infertilité-masculine>; p.1),

<sup>118</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.5).

l'infertilité serait une expression des personnes jalouses à l'égard de la personne qui souhaiterait enfanter, ceci est décrit comme de la sorcellerie. En dehors de cette origine, il y'a également des croyances liées aux ancêtres. C'est-à-dire, certaines personnes pensent que leur infertilité serait causée par le refus des ancêtres, sous prétexte que ces derniers n'approuveraient pas leurs relations. Le taux de natalité est influencé par des forces socioculturelles, ceci est causé par le déplacement des individus. Autrement dit, la phase de nomade est une période où la natalité chute à cause d'une combinaison d'adaptations comportementales, physiologiques et culturellement enracinées.

### **3.2.2 L'origine de l'infertilité féminine**

Il existe une différence entre les caractères sexuels féminins et masculins ; chez la femme, on a les ovaires qui constituent les organes génitaux primaires. Les caractères sexuels secondaires sont constitués de : la vulve (grandes et petites lèvres, clitoris), l'hymen, vagin, l'utérus, les trompes de Fallope, les mamelles. On constate que la puberté est un élément crucial qui permet à l'adolescente d'acquérir les caractères sexuels secondaires comme l'arrivée des menstruations, le développement des seins. Et ces menstruations se font grâce aux caractères sexuels tertiaires que sont les hormones. Les femmes ont des œstrogènes et la progestérone (produites pas les ovaires) ; les androgènes (petites quantités produites par les glandes surrénales). Les œstrogènes produits par les ovaires permettent la mise en place du cycle menstruel chez la femme. Le cycle menstruel est constitué de trois phases que sont : la phase où la femme saigne ; la période féconde où l'ovule est pondu par les ovaires ; la phase de latence. Chaque femme est soumise à un cycle menstruel qui peut varier de 21 jours à 35 jours. Le cycle débute par une perte de sang qui dure en moyenne 4 à 5 jours et se termine par le début d'une nouvelle perte de sang. L'ovulation se situe entre la période de saignement et la période de latence, elle dure en moyenne 5 jours où le troisième jour est appelé le 14<sup>ième</sup> jour. Lorsqu'une femme veut concevoir avec son partenaire, elle devra entretenir les rapports sexuels pendant ces cinq jours. Le cycle menstruel est la clé de la procréation féminine, même si d'autres facteurs y contribuent à celle-ci. Ces hormones sont à l'origine de la modification du corps humain, c'est à travers que celle-ci que la femme peut produire un ovule ou un gamète féminin. L'union de cet ovule avec le spermatozoïde produit un zygote qui sera un bébé plus tard. Les causes de l'infertilité féminine relèvent des aspects biologiques, psychologiques et culturels.

#### **❖ Aspects biologiques**

Cependant, l'âge est très déterminant pour l'apparition des menstruations, mais également pour la procréation. C'est ainsi qu'une jeune fille de 9 ans qui voit déjà ses menstrues est susceptible de tomber enceinte. Les infections sont généralement à l'origine de l'infertilité, surtout lorsque celles-ci ne sont pas soignées et deviennent chroniques. Certaines de ces infections conduisent à des grossesses extra-utérines, à des cancers ainsi qu'à une vulnérabilité accrue à l'infection par le VIH. Selon le rapport de la commission sur la santé de la femme dans la région africaine, on estime qu'environ une femme sur quatre en Afrique subsaharienne souffre à tout moment des quatre infections mortelles traitables (la gonorrhée, la chlamydia, et la syphilis, la trichomonas). Lorsqu'une femme souffre d'une maladie sexuellement transmissible et que le traitement est tardif, elle est vulnérable biologiquement et peut devenir infertile. En Afrique, la principale cause d'infertilité est liée à l'infertilité, elle représente 85% contre 33% dans le monde. Comme autre cause, nous avons un dysfonctionnement des ovaires et/ou un déséquilibre hormonal. Sur le plan biologique, les anomalies des ovaires, de l'utérus, des trompes de Fallope et du système endocrinien sont les premières causes de l'infertilité féminine (OMS, 2018). Il existe des pathologies tubaires comme obstruction des trompes de Fallope causées par des infections sexuellement transmissibles non traitées qui causent l'infertilité féminine ; de même que les avortements à risque. L'endométriose est l'une des causes très connues chez les femmes dans le cas d'une infertilité. C'est une pathologie gynécologie complexe due à du tissu endométrial ectopique qui peut proliférer et envahir le péritoine, les ovaires voire les organes pelviens (sigmoïde, rectum, cloison, recto-vaginale, vessie). L'endométriose est une prolifération de l'endomètre dans les endroits anormaux du corps féminin (ovaires, péritoine) ; c'est une maladie gynécologique qui se caractérise par une présence hors de la cavité utérine les tissus semblables à celui d'une muqueuse de l'utérus. L'autre pathologie qu'on retrouve chez les femmes infertiles est le syndrome des ovaires polykystiques et la pathologie folliculaire<sup>119</sup>. Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est une maladie hormonale d'origine ovarienne et/ou centrale qui entraîne des troubles de la fertilité, la pilosité et les complications métaboliques (diabète). Cette maladie conduit à une production excessive d'androgènes plus particulièrement la testostérone. Elle se manifeste par les troubles de l'ovulation (cycles irréguliers ou absence de règles) ; une hyper-androgénie (hyperpilosité causée par la production excessive de testostérone, l'acné et les chutes de cheveux) ; l'adiposité excessive qui prédispose les patientes à un risque élevé d'hypertension artérielle et de diabète. Les troubles du système endocrinien sont responsables du déséquilibre

---

<sup>119</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)* Geneva: WHO

hormonal et peut conduire à une infertilité. En définitive, les causes biologiques de l'infertilité sont : les troubles de l'ovulation ; les causes tubaires (infection utéro-annexielle haute) ; l'endométriose pelvienne.

D'autres facteurs susceptibles d'influencer la fertilité de la femme sont : l'âge, le poids et le tabagisme. La fertilité d'une femme est maximale avant 25 ans, elle commence à diminuer dès 26-30 ans, ensuite elle chute après 35 ans pour devenir presque nulle après 45ans. Lorsqu'une femme a un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30, sa fertilité diminue par 4. De même si l'indice de masse corporelle est très inférieur à la normale, ceci entraîne les troubles de l'ovulation. Autrement dit, l'indice de masse corporelle ne doit pas être élevé ou très bas de la normale, car ceci peut conduire à une infertilité temporaire. La consommation du tabac réduit les chances de grossesse de façon dose-dépendante en augmentant le délai moyen pour concevoir, tout en augmentant les risques obstétricaux (risque d'avortement spontané ; grossesse extra-utérine).

D'après certains spécialistes, les causes fondamentales de l'infertilité féminine sont souvent liées à des infections aggravées par des consultations tardives (soit par honte ou par manque de moyens financier), elles représentent la moitié des cas<sup>120</sup>. C'est ainsi qu'au Sénégal, les causes de l'infertilité sont dues aux infections génitales mal traitées ou liées à des avortements pratiqués dans les conditions non sécurisées ; ces causes peuvent conduire à l'obstruction des trompes de la femme (Fatou et Diop). Les avortements mal pratiqués engendrent souvent des complications suite au manque de soins, ce qui peut souvent entraîner une stérilité définitive. D'autres causes sont dues aux troubles du cycle entraînant une anovulation ou dysovulation ainsi qu'un antécédent de chirurgie pelvienne.

#### ❖ Aspects psychologiques

La consommation excessive d'alcool, de drogues peut réduire la fertilité féminine. Le stress est le premier facteur psychologique qui impacte sur l'infertilité féminine, parce qu'elle est susceptible de troubler le système hormonal chez les femmes. Les femmes peuvent stresser au point d'avoir des périodes d'aménorrhées (absence de règles). Tout être humain est sensible aux grandes et aux petites forces de groupe, ainsi qu'aux forces qui sont en nous. Autrement dit, l'équilibre peut basculer d'un côté ou de l'autre côté. La motivation de la

---

<sup>120</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.4

maternité ne réside pas simplement dans le fait d'avoir des sentiments, elle peut être renforcée par la liberté de poursuivre des études supérieures et des carrières.

#### ❖ Aspects culturels

Au Sénégal, certaines personnes assimilent l'infertilité à une malédiction, c'est ainsi qu'on peut observer une fréquentation régulière chez les tradi-praticiens (Fatou et Diop, 2019)<sup>121</sup>. C'est ainsi que les tradipraticiens attribuent la cause de l'infertilité à un mauvais sort jeté par une tierce des personnes ou à la furie des ancêtres/esprits suite à une transgression des lois sociales. Selon Malthus (Christie, 1998, 233), la mobilité entraîne l'infertilité en ce sens où si les nomades s'installent sur une terre non fertile, ils ne seront pas encouragés à procréer<sup>122</sup>. Les éléments tels que l'apparition des premières règles, le retard dans le mariage, une diminution de la fréquence des rapports sexuels, une augmentation du nombre de célibataire, une augmentation des avortements et des infanticides sont susceptibles d'influencer la fertilité de la femme. Les facteurs susceptibles d'influencer la fécondité d'une population sont : la guerre, la pauvreté, la peste, les pratiques d'avortement, l'infanticide et la déviance sexuelle. La sexualité a muté au point où elle ne se limite plus uniquement à la procréation, les changements sociaux ont entraîné une séparation entre le plaisir de l'activité sexuelle de sa fonction reproductive et du droit d'une femme de choisir de ne pas avoir d'enfants. Lorsqu'une société met à la disposition des femmes les opportunités de carrière, ainsi que les possibilités de réussir sur le plan professionnel, le taux de fécondité diminue progressivement ; parce que le couple serait moins disposé à faire des enfants.

### 3.3. Les incidences sociales de l'infertilité sur les rapports sociaux de sexe

Lorsqu'un couple a des difficultés de procréer, cette situation est susceptible de conduire à des conflits permanents dans le couple. Car l'être humain est de nature à se reproduire afin d'assurer une descendance, si ce n'est pas le cas, il existerait de nombreux sentiments négatifs vis-à-vis de l'être humain lui-même, vis-à-vis de la société. Compte tenu du fait que nous sommes dans une société patriarcale, on pourra observer des traitements différents en fonction du sexe. Etant donné que la femme reçoit beaucoup plus de pression en termes de procréation, les incidences qu'elle rencontrera peuvent être différentes de celles-rencontrées par l'homme.

---

<sup>121</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.5

<sup>122</sup> Christie.GL (1998), *quelques aspects socioculturelles et psychologiques de l'infertilité ; reproduction humaine*, vol.13.N°1, p.233



C'est ainsi qu'on pourra dans un premier temps montrer les conséquences dans le couple, ensuite chez la femme, et enfin chez l'homme.

### 3.3.1 Incidences sur le couple

Lorsqu'il s'agit de vivre en couple dans la société africaine, l'homme est généralement considéré comme le chef de la famille. Compte tenu du fait que c'est le système patriarcal qui est prédominant dans certaines sociétés africaines comme au Cameroun. On a tendance à attribuer des rôles bien spécifiques à chaque sexe dans notre société, c'est ainsi que ces fonctions créent une certaine discrimination au sein de la relation. Il a été prouvé que l'infertilité augmente la morbidité psychiatrique, réduit les perceptions positives du mariage, augmente les conflits conjugaux et réduit la satisfaction sexuelle<sup>123</sup> (Fledderjohann, 2012). Par contre, l'avenue d'un enfant dans un couple stabilise généralement les couples. Les couples qui ont les difficultés à concevoir sont en permanence stressés, parce qu'ils accordent beaucoup de temps à la procréation. C'est pourquoi, on peut observer les troubles émotionnels, et des rapports sexuels deviennent des corvées. L'anxiété est un ressenti que vivent les couples au quotidien, ainsi que la solitude, les pleurs, l'insomnie. Les problèmes de santé mentale peuvent avoir comme origine les préoccupations conjugales et la stigmatisation sociale. Les études menées par Fledderjohann auprès des couples désirant avoir des enfants ont donné des résultats suivants<sup>124</sup> :

- Instabilité conjugale : les participantes féminines souffrant d'infertilité secondaires ont exprimé des inquiétudes au niveau de leur couple. Après cette expérience, les femmes se sont attribuée la responsabilité de la procréation parce qu'étant mariées, il y'a une certaine obligation pour elles de procréer ; par contre, l'homme marié ou pas a la possibilité de tester sa fertilité à tout moment. Cependant, le divorce est préconisé lorsqu'il s'agit d'une infertilité masculine. Lors des entretiens, la violence domestique en réponse à l'infertilité a été soulevée par un groupe de femmes infertiles.
- Expériences sexo-spécifiques : les participants souffrants d'infertilité primaire ont mentionné que les hommes subissaient souvent des moqueries, des injures surtout si les difficultés de conception ont été présentées à la communauté. Bien que l'homme soit infertile, c'est la femme qui reste toujours la plus fautive, c'est ainsi que certains hommes deviennent réticents lorsqu'il s'agit des tests d'infertilité. Tout ceci est dû au

---

<sup>123</sup> Fledderjohann JJ (2012), « Zéro n'est pas bon pour moi » : implications de l'infertilité au Ghana, *Human Reproduction* ; vol.27, N°5 p.4

<sup>124</sup> Fledderjohann JJ (2012), « Zéro n'est pas bon pour moi » : implications de l'infertilité au Ghana, *Human Reproduction* ; vol.27, N°5 p5

fait que c'est chez la femme qu'est perçu directement les manifestations physiques de la grossesse. C'est pour cette raison qu'elles sont les premières à faire face aux discriminations sociales. Selon les témoignages de cette étude, les femmes dont les maris sont infertiles cherchent des partenaires extérieurs secrets pour protéger leur statut social ainsi que la réputation du mari. C'est ainsi que la femme garde le secret d'infertilité de son mari, alors que l'inverse est quasi-inexistant chez l'homme. Lors cette étude, la réponse « ne sait pas » était très récurrente lorsqu'il s'agissait d'une infertilité masculine. Lors de cette étude, on observe une grande différence dans les expériences d'infertilité.

- Expériences genres : les participants ont mentionné que les expériences des femmes infertiles étaient qualitativement différentes des expériences des hommes infertiles. Bien que les hommes fussent victimes de moquerie, d'insulte, les représentations sociales et les traitements restent plus négatives vis-à-vis des femmes que des hommes. Et surtout qu'il est plus facile de rejeter la faute sur la femme même si elle n'est pas à l'origine du problème. Bref, on peut observer un déni de la part de l'homme lorsqu'il s'agit d'une infertilité, et une projection du problème sur la femme.

Ces résultats montrent qu'il y'a des traitements différenciés dans le cas d'une infertilité, les individus sont traités en fonction du sexe. La société accorde plus d'empathie et compassion lorsqu'il s'agit de l'homme. Par contre, la femme est susceptible d'être victime de discriminations négatives parce que son corps est conçu pour présenter de façon directe les caractéristiques physiques d'une grossesse. Du coup, un homme infertile n'est pas susceptible d'être reconnu comme tel, parce qu'il ne porte pas de grossesse. Lorsqu'un couple hétérosexuel décide de se vivre ensemble pour fonder une famille, les attentes (procréation) ciblent beaucoup plus les femmes que les hommes. Cependant, les implications négatives (pression, violence, divorce, polygamie) touchent beaucoup plus les femmes que les hommes.

Au Sénégal<sup>125</sup>, les normes sociales mises en avant sont le mariage et la procréation, ce sont des règles fondamentales établies par la société. C'est ainsi que les personnes qui ont les difficultés de procréer sont discriminées, tout ceci se fait dans un stress permanent occasionné par la famille et la communauté. De même que les personnes infertiles sont difficilement acceptables en société, car elles ont du mal à se faire une place au sein de ces normes sociales

---

<sup>125</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.6

établies à la base, elles font souvent objet d'humiliation et d'exclusion. Cependant, la majorité des sociétés africaines considèrent l'enfant comme un contre-don que la femme est contrainte de payer à cause du fait qu'elle est dotée par l'homme. C'est ainsi qu'on peut observer le passage du « désir d'enfant » en « devoir d'enfant », ceci a pour objectif d'honorer son statut social<sup>126</sup>. C'est pourquoi, une femme infertile est plutôt perçue comme une personne coupable, parce que dès la base, la procréation est un devoir social. Les femmes sont plus victimes des injures et de rejet même si c'est l'homme qui est à l'origine du problème. Il existe une différence de traitement face à un problème d'infertilité, les femmes sont plus dévalorisées que les hommes ; elles se sentent honteuses, malheureuses et diminuées au sein de leur communauté.

### 3.3.2 Les incidences sociales de l'infertilité chez les femmes

Les attitudes qu'on observe lorsqu'il y'a infertilité sont : le divorce, l'exhérédation, les mauvaises relations avec leurs beaux-parents surtout lorsqu'il s'agit des femmes. C'est ainsi que certaines d'entre elles subissent des violences physiques de la part de leur mari et de leurs beaux parents. L'infertilité expose la majorité des femmes à la dissolution conjugale, réduit son statut social et sa santé mentale. L'infertilité est très pénible pour les femmes parce que la société l'attribue le rôle de procréatrice. En dehors des stigmatisations dont elles sont victimes, elles rencontrent également des problèmes de santé mentale tels que la dépression, le désir de se suicider, les injures, le refoulement des désirs sexuels. En plus, les femmes vivent dans la solitude, l'inquiétude en permanence, surtout lorsqu'elles n'ont pas le soutien moral de leur conjoint. D'après les études menées par Fledderjohann, une participante a fait le témoignage suivant : « j'ai toujours pleuré, les choses que les gens disent et ce qu'ils font. Quand tu rentres chez toi, tu ne peux même pas dormir (35 ans, infertile sans enfant) »<sup>127</sup>.

L'incapacité à concevoir génère généralement des sentiments de culpabilité, de frustration et un stress émotionnel intense. Surtout qu'en Afrique, la femme est considérée comme la mère de l'humanité, c'est-à-dire, elle donne vie. Lorsqu'elle ne peut pas donner vie, elle aura un sentiment de vide parce qu'elle n'aura pas accompli sa fonction de procréation. Une enquête menée par Rosanna auprès des femmes infertiles montre comme attitudes : l'isolement, la détresse psychologique, les tensions avec son mari, la stigmatisation de la

---

<sup>126</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.6

<sup>127</sup>Fledderjohann JJ (2012), « Zéro n'est pas bon pour moi » : implications de l'infertilité au Ghana, *Human Reproduction* ; vol.27, N°5 p7)

communauté, les critiques de la belle-famille<sup>128</sup>. Une participante a fait le témoignage suivant : « l'infertilité est mauvaise. Je me sens triste. Je me sens abusée même... J'ai peur d'être seule dans ma vie à cause de l'infertilité. J'ai vraiment peur »<sup>129</sup>. On observe également des conflits conjugaux, familiaux et de même avec les voisins. Ces conflits s'accompagnent des paroles blessantes à l'égard de la femme n'ayant pas d'enfant.

Nous notons que les conséquences ne se limitent pas sur le plan financier, car la recherche d'enfant nécessite un coût parfois bien élevé par rapport à ce que la femme gagne. Certaines femmes ont décrit un soutien financier de leur époux dès le départ, mais ces derniers se désengagent généralement par la suite. C'est pourquoi, nombreux font dans les relations extra-conjugales afin de faire des enfants avec des femmes hors du mariage. Les solutions qui s'offrent à la femme lorsqu'elle a des difficultés de procréer sont : le divorce ou la polygamie ; ces solutions lui sont généralement imposées étant donné que c'est elle à l'origine du problème. Si un soupçon au sujet de l'avortement est fait à l'égard d'une femme qui a du mal à procréer, son entourage jugera cela comme une sorte de punition de la part des Dieux pour l'acte posée dans le passé. Lorsqu'une femme n'a pas d'enfant avec son époux, elle n'a pas droit à l'héritage, car après la mort de ce dernier, elle sera chassée du domicile conjugal. Autrement dit, l'enfant est une garantie pour la femme à l'héritage lorsque celui-ci décède. Dans certains cas, la femme infertile doit aller chercher une autre femme pour celle-ci puisse faire des enfants avec son époux ; et pour cela, elle devra lui doter comme la dote se fait généralement, ceci nécessite des moyens financiers (Dinah, 2017)<sup>130</sup>. Et lors de la grossesse, la femme doit assumer jusqu'au bout tous les aspects qui encadrent une grossesse. Ceci est une forme de mariage, mais il s'agit de la femme infertile qui épouse une autre femme afin que celle-ci puisse avoir des relations sexuelles avec l'époux, et avoir des enfants au nom de l'époux.

L'infertilité féminine augmente la probabilité que ses droits humains soient violés et que son pouvoir de négociation au sein de la famille et de la société soit considérablement réduit en raison de son échec<sup>131</sup>. Les comportements adoptés envers les femmes africaines dépendent de leur maternité ; ainsi, elles sont prédisposées à rencontrer des problèmes relationnels et une

---

<sup>128</sup> Rosanna F.Hess et al (2018), *infertilité, détresse psychologique et stratégies d'adaptation parmi les femmes au Mali, Afrique de l'Ouest : une étude à méthodes mixtes, journal africain de la santé reproductive*.9

<sup>129</sup> Rosanna F.Hess et al (2018), *infertilité, détresse psychologique et stratégies d'adaptation parmi les femmes au Mali, Afrique de l'Ouest : une étude à méthodes mixtes, journal africain de la santé reproductive*, p.3

<sup>130</sup> Dinah Chelagat & Emily Choge Kerama (2017), *l'infertilité en Afrique : une grande manifestation du genre, la discrimination, IOSR Journal of Research & Method in Education (IOSR-JRME) e-ISSN : 2320-7388, p-ISSN : 2320-737X Volume 7, p.3*.

<sup>131</sup> Aiyenigba.O.A et al (2019), *Gérer le traumatisme psychologique de l'infertilité ; journal africain de la santé reproductive ; N°2 p.23 -77*

baisse d'estime de soi en raison de l'infertilité. Au-delà des frustrations ressenties par les femmes, elles rencontrent également des troubles psychologiques (anxiété, baisse de la libido, l'insomnie) et les troubles alimentaires. Les souffrances rencontrées par les femmes infertiles donnent des envies de suicide, et entraînent une baisse de productivité économique sur le plan professionnel.

### 3.3.3 Les incidences sociales de l'infertilité chez les hommes

Le vécu de l'infertilité chez l'homme est une tragédie, parce que le système patriarcal définit l'homme par le pouvoir et la puissance. A cet effet, lorsqu'un homme ne parvient pas à procréer, il vit dans un désespoir absolu. Dans nos sociétés africaines, le processus de socialisation consiste à construire l'image de la reproduction à travers les institutions comme la famille, ce processus s'intensifie par le mariage où l'accent est mis sur la procréation. On attribue les fonctions de chaque partenaire lors des mariages institutionnels, et celle de l'homme est le plus souvent le chef de famille. Ceci suppose qu'on attend de lui des enfants dont il a une grande responsabilité, il doit choisir un endroit sécurisé pour sa famille. Et le mot famille est constitué de sa femme et de sa progéniture. C'est ainsi que nous pouvons relayer que la finalité du mariage institutionnel, coutumier et religieux, c'est la procréation qui permet aux lignages de se renforcer, d'assurer leur pérennité et la perpétuation des différentes pratiques traditionnelles. En d'autres termes, il est question d'agrandir la famille à travers une progéniture nombreuse. C'est pourquoi, une incapacité à concevoir est une situation très mal perçue par l'individu ainsi que la société.

Une étude a été menée par Dyer et al (2004) dont l'objectif portait sur le test de connaissances de l'infertilité par les hommes<sup>132</sup>. Il était aussi question de faire participer des entretiens aux hommes infertiles afin qu'ils puissent décrire leur vécu. Au cours de cette recherche, il ressort que très peu d'homme avait une connaissance sur la physiologie et la fertilité humaine. Certains participants ont révélé que les hommes infertiles souffraient de stigmatisation, de violence verbale et de perte de statut social<sup>133</sup>. La majorité des participants ont exprimé avoir une cause de l'infertilité beaucoup plus féminine, et celle masculine était moins connue. Les hommes en général n'aiment pas admettre qu'ils ont un problème, surtout

---

<sup>132</sup> Dyer.S.J et al (2004), « vous êtes un homme parce que vous avez des enfants »: expériences, connaissances en matière de santé reproduction et comportement de recherché de traitement chez les hommes souffrants d'infertilité de couple en Afrique du Sud ; *Human Reproduction*, vol.19.N°4, pp.960-967

<sup>133</sup> Dyer.S.J et al (2004), « vous êtes un homme parce que vous avez des enfants »: expériences, connaissances en matière de santé reproduction et comportement de recherché de traitement chez les hommes souffrants d'infertilité de couple en Afrique du Sud ; *Human Reproduction*, vol.19.N°4, p.960

lorsqu'il s'agit du domaine de la santé. C'est pourquoi, on peut observer une réticence des hommes dans les hôpitaux lorsqu'ils sont directement concernés par une maladie. Dans le cas d'une infertilité, le patient souffrant est susceptible de plus blâmer son épouse même si c'est de lui que vient le problème de procréation. Des hommes souffrant d'infertilité ont exprimé des émotions de tristesse, des sentiments de déprime, de culpabilité, d'exclusion et de cœur brisé<sup>134</sup>. Par conséquent, un homme est aussi affecté par l'absence d'enfant, il est triste et ressent un vide. D'autres hommes ont exprimé des sentiments de colère, de frustration et d'impuissance. Selon le témoignage d'un participant : *« j'ai l'impression que je peux tout faire, peut-être blesser quelqu'un ou des choses comme ça »*<sup>135</sup>. Il ressort dans ces propos beaucoup de colère où il est susceptible de violenter toute personne croissant son chemin. Un autre participant a déclaré : *« vous avez l'impression d'être à moitié un homme »*<sup>136</sup>. Un homme infertile se sent diminué et perd ainsi son statut social dans la société. Les troubles psychologiques sont également observés chez les patients infertiles, ceci crée une instabilité conjugale. Un homme a déclaré qu'il était à un moment donné agressif physiquement envers sa femme, ainsi qu'il a eu une relation extra-conjugale.

Les hommes infertiles souffrent d'un mal-être et présentent une perte d'estime de soi. Ces derniers reçoivent par contre du réconfort, du soutien moral et psychologique de sa famille, ainsi que de son épouse. Les femmes sont susceptibles de souffrir davantage de l'infertilité de leurs époux. Par ailleurs, d'autres partenaires infertiles refusent d'admettre leur situation, ils vivent dans le déni. Ce déni a pour conséquence la consommation d'alcool, un mensonge répété à sa conjointe, une violence physique envers la femme. Autrement dit, c'est la femme qui subit l'incapacité de l'homme infertile à procréer. L'inverse est très loin de pouvoir se reproduire. Les expériences d'infertilité masculine sont différentes des expériences de l'infertilité féminine dans le cadre familial. Lorsqu'il s'agit de l'homme, des conseils sont produits à l'égard de la femme afin que celle-ci puisse accepter l'état de son époux ; la famille de l'homme recommande la femme de patienter, d'encourager son époux. La belle-famille de la femme dont l'époux a des difficultés de procréer a de la sympathie et de l'empathie à l'égard de celle-ci.

---

<sup>134</sup> Dyer.S.J et al (2004), *« vous êtes un homme parce que vous avez des enfants »: expériences, connaissances en matière de santé reproduction et comportement de recherché de traitement chez les hommes souffrants d'infertilité de couple en Afrique du Sud ; Human Reproduction, vol.19.N°4, p.963*

<sup>135</sup> Dyer.S.J et al (2004), *« vous êtes un homme parce que vous avez des enfants »: expériences, connaissances en matière de santé reproduction et comportement de recherché de traitement chez les hommes souffrants d'infertilité de couple en Afrique du Sud ; Human Reproduction, vol.19.N°4, p.963*

<sup>136</sup> Dyer.S.J et al (2004), *« vous êtes un homme parce que vous avez des enfants »: expériences, connaissances en matière de santé reproduction et comportement de recherché de traitement chez les hommes souffrants d'infertilité de couple en Afrique du Sud ; Human Reproduction, vol.19.N°4, p.963*

Cependant, ceci s'observe dans certains cas, parce qu'il y'a des belles-familles qui font plutôt pression à la jeune femme, d'autres s'en vont en l'accusant d'être à l'origine du problème parce que celle-ci a eu des rapports sexuels hors mariage.

Au sein de leur communauté, les hommes infertiles vivaient négativement l'expérience de la maladie. Lors des discussions dans la communauté, les blagues telles que « *échec* », « *vache castrée* », « *mauvais nageur* », « *tir blanc* », « *pénis d'eau* » étaient prononcées à leur égard<sup>137</sup>. Les hommes infertiles sont victimes des injures, des moqueries, ce sont des propos qui démoralisent d'avantage ces derniers. Certains individus moqueurs vont jusqu'à proposer leur aide aux hommes infertiles, mais ceci est une mauvaise plaisanterie. Voici le témoignage d'un participant qui relate la mauvaise blague de ses amis « amenez moi votre femme, je peux le faire pour vous ». Cette forme de moquerie peut engendrer chez l'homme une détresse psychologique, ainsi qu'une envie de suicide, un sentiment d'impuissance et d'inutilité. Au sein de la communauté, on observe une réduction du statut social des hommes ayant les difficultés de procréer, parfois un manque de respect à leur égard. En outre, l'individu a du mal à exprimer son point de vue en public parce que d'autres hommes lui tiennent les paroles telles que «de quoi tu parles, tu n'y connais rien, tu n'as pas d'enfants. Asseyez-vous, seuls les hommes avec les enfants peuvent parler »<sup>138</sup>. Les hommes infertiles sont maltraités par leurs pairs qui ont des enfants, car ceux-ci les perçoivent comme des sous-hommes.

Bien qu'il existe les hommes qui souffrent d'infertilité, cette situation est très rarement évoquée dans les sociétés africaines même s'il est impliqué à 30%, voire 40% des cas. Parce que la conscience populaire pense que la fertilité masculine est indissociable à sa virilité, c'est pourquoi, elle apparaît moins dramatique chez l'homme que chez la femme (Fatou et Diop, 2019)<sup>139</sup>. C'est ainsi que la majorité des femmes reste affectée par l'infertilité parce que la conscience populaire oriente la procréation vers le sexe féminin.

### **3.4. Les pratiques de l'infertilité**

De nos jours, la situation d'infertilité n'est plus perçue comme un réel problème dans les pays occidentaux, parce qu'il y'a des pratiques modernes afin d'aider les couples qui désirent

---

<sup>137</sup> Dyer.S.J et al (2004), « *vous êtes un homme parce que vous avez des enfants* »: expériences, connaissances en matière de santé reproduction et comportement de recherché de traitement chez les hommes souffrants d'infertilité de couple en Afrique du Sud ; *Human Reproduction*, vol.19.N°4, p.964

<sup>138</sup> Dyer.S.J et al (2004), « *vous êtes un homme parce que vous avez des enfants* »: expériences, connaissances en matière de santé reproduction et comportement de recherché de traitement chez les hommes souffrants d'infertilité de couple en Afrique du Sud ; *Human Reproduction*, vol.19.N°4, p.964

<sup>139</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.1-18

avoir des enfants. La médecine moderne et la médecine traditionnelle offre des services aux personnes qui sont en situation d'infertilité en Afrique. Notons que les africains ne disposant pas suffisamment de ressources financières, préfèrent pour la plus part du temps aller vers la médecine traditionnelle. Etant donné que l'infertilité en Afrique est parfois perçue sous l'aspect culturel, ceci conduit à une consultation de manière régulière chez les tradi-praticiens. Toutefois, il existe des politiques en matière de santé qui luttent contre la mortalité infantile et des femmes qui donnent naissance. Pour mieux appréhender ces politiques, on présentera de prime abord les politiques de santé sexuelle reproductive au Sénégal et au Cameroun, ensuite les différentes techniques modernes de procréation et enfin les pratiques traditionnelles et religieuses dans le cadre d'une infertilité.

### **3.4.1 Les politiques de santé sexuelle reproductive**

Une politique se fonde sur la base des problèmes observés auprès des individus, des groupes et des organisations. Elle est établie pour réduire les inégalités entre les individus, pour définir les lois, les règles pour le bon fonctionnement d'un pays. A cet effet, chaque être humain a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale. Toutefois, la politique définit ses buts et ses objectifs afin d'améliorer les conditions de vie des populations. Tous les individus ont le droit de décider du nombre d'enfant qu'ils souhaitent avoir, ainsi que de l'écart entre eux. Avant l'élaboration d'une politique, il faut identifier les valeurs (représentations fondamentales du bien et du mal), les normes (écart entre le réel perçu et le réel souhaité), les algorithmes (relations causales, théorie de l'action), les images (perceptions cognitives). Elaborer une politique consiste donc à construire une représentation, une image de la réalité sur laquelle on veut intervenir. C'est grâce à cette image cognitive que les acteurs organisent leur perception du problème, confrontent leurs solutions et définissent leurs propositions d'action. La politique en matière de santé est une politique sectorielle, elle dépend généralement des subventions du Fond mondial (sida, tuberculose, paludisme) en Afrique. Cependant, la santé regorge plusieurs secteurs parmi lesquels la reproduction. La santé de la reproduction est définie comme un état de bien-être général tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmités (MINSANTE, 2018)<sup>140</sup>. C'est ainsi qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité et capable de procréer

---

<sup>140</sup> MINSANTE (2018), *Normes et Standards en SR/PF au Cameroun*, p.10



quand elle le désire. Pour mieux appréhender la notion de politique, nous allons prendre le cas du Sénégal et du Cameroun.

### **3.4.2 Cas du Cameroun**

Selon les Objectifs du Développement Durable (ODD) 3 et 5 qui portent sur la santé et le bien-être, l'égalité entre les sexes ont été pris en compte pour l'élaboration de la Stratégie Sectorielle de Santé au Cameroun pour la période de 2016 à 2027 (MINSANTE, 2018)<sup>141</sup>. La santé de la reproduction est axée sur la santé maternelle, la santé néonatale et infanto-juvénile. Autrement dit, au Cameroun, elle comporte quatre volets que sont : la santé de la mère ; la santé de l'enfant ; la santé des adolescents et la santé de l'homme. Les innovations en matière de santé reproductive ciblent la santé maternelle, la planification familiale, la santé du nouveau-né et la consultation préscolaire. En fonction du niveau des soins, il y'a des normes sur la matière du personnel, d'équipements, d'activités, de système d'information et de gestion ainsi qu'un rappel des aspects légaux de certaines interventions. En termes de politique de santé, Le Cameroun a mis sur pied une stratégie sectorielle de santé où il a défini des procédures en matière de santé de la reproduction.

#### **3.4.2.1 La politique de santé au Cameroun**

La politique de santé au Cameroun est encore appelée la Stratégie Sectorielle de Santé. Toutefois, une politique a pour objet d'étude les inégalités sociales et la justice sociale. C'est ainsi que le Cameroun a fait l'adoption en 2001 d'un document sur la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS 2001-2010) élaboré en cohérence avec le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Les objectifs de cette SSS sont : réduire du tiers la charge morbide globale et la mortalité des groupes de la population vulnérable ; mettre en place une formation sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) à une heure de la marche et pour 90% de la population ; pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90% des formations sanitaires et des services de santé publics et privés, à différents niveaux de la pyramide. Ces objectifs se présentent suivant 17 axes dont la mise en œuvre s'est faite en 8 programmes et 39 sous-programmes. C'est ainsi que dans le document de la Stratégie Sectorielle de Santé (2009), 5 axes stratégiques ont été retenus à savoir : le renforcement du système de santé ; la vulgarisation de la mise en œuvre du paquet minimum d'activités et du paquet complémentaire d'activités dans le district de santé ; le développement d'un système d'orientation-recours opérationnel ; le renforcement du partenariat dans le secteur ; la stimulation de la demande.

---

<sup>141</sup> MINSANTE (2018), *Normes et Standards en SR/PF au Cameroun*, p.9

Cependant, le Cameroun a adopté les Objectifs du Développement Durables qui sont établies telles que suit : éliminer l'extrême pauvreté et la faim en réduisant de moitié le nombre de camerounais vivant au-dessous du seuil de pauvreté et qui souffrent de la faim ; assurer une éducation primaire pour tous en donnant à tous les enfants les moyens d'achever le cycle d'études primaires ; promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomie des femmes, en éliminant les disparités entre les sexes dans les enseignements primaires et secondaires, et si possible à tous les niveaux d'enseignement ; réduire de deux tiers, la mortalité à la naissance et celle des enfants de moins de cinq ans ; améliorer la santé maternelle, en réduisant de trois quarts la mortalité maternelle ; combattre et stopper la propagation du VIH/SIDA, maîtriser le paludisme et d'autres grandes endémies en inversant leur tendance ; assurer un environnement durable en réduisant de moitié la proportion de la population qui n'a accès à l'eau potable, améliorer sensiblement l'habitat en intégrant les principes de développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle de la déperdition des ressources environnementales ; mettre en place un partenariat pour le développement des technologies de l'information et de la communication et pour l'application des politiques et des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile. Pour l'atteinte des ODD se rapportant au domaine de la santé, le système national de santé est structuré à trois niveaux dont chacune dispose de structures administratives, formations sanitaires et structures de dialogue aux fonctions spécifiques (Stratégie Sectorielle de Santé, 2009)<sup>142</sup>. Ce système s'articule en trois sous-secteurs que sont : un sous-secteur public, un sous-secteur privé et un sous-secteur de la médecine traditionnelle. Le sous-secteur public comprend les structures sanitaires, les départements ministériels ; le sous-secteur privé regroupe les structures sanitaires privées à but non lucratifs (confessions religieuses, associations et organismes non gouvernemental). Quant à la médecine traditionnelle, l'État a mis sur pied des stratégies pour sa promotion à savoir : la création d'un service en charge de la médecine traditionnelle dans l'organigramme du Ministère de la Santé Publique ; l'élaboration d'un cadre juridique en cours d'adoption ; la revitalisation de l'Institut de Recherche Médicale et d'Études des Plantes Médicinales ; l'incitation à l'organisation des tradi-praticiens en associations. Cependant, l'État fait face à certains défis tels que la méfiance entre les tradi-praticiens et les professionnels de la médecine moderne ; la non structuration de la profession ; l'analphabétisme de la plupart des tradi-praticiens ; la mystification des pratiques ; la mystification des pratiques ; l'infiltration de la profession par

---

<sup>142</sup> Stratégie Sectorielle de Santé (2009), p.1-130

de nombreux charlatans. Ces éléments favorisent l'expansion de la médecine moderne, ce qui n'est pas à la portée de tous. Les stratégies visées par l'État sont plus orientées vers des problèmes bien spécifiques, bien qu'on retienne une absence de stratégie dans le cadre de l'infertilité dans le document de Stratégie Sectorielle de Santé de 2001 à 2010.

Selon le MINSANTE<sup>143</sup>, les composantes prioritaires de la santé reproductive sont : la santé maternelle et infantile ; la planification familiale ; la lutte contre les IST et le VIH/sida ; la lutte contre l'infécondité/ l'infertilité et les dysfonctionnements sexuels ; la lutte contre les pratiques néfastes de la santé (l'excision, violences sexuelles et physiques, mariage précoce) ; la santé de la reproduction des adolescents ; la lutte contre les cancers génitaux et mammaires ; la prise en charge de la santé de la reproduction des personnes âgées (ménopause, andropause, sexualité). Au Cameroun, les services de santé de la reproduction constituent les méthodes et techniques qui favorisent la santé et le bien-être en matière de procréation. Il s'agit également d'apporter les soins en matière de santé sexuelle (procréation, IST, VIH/sida...etc.) ainsi que la qualité de vie et des relations interpersonnelles. Les services en matière de santé reproductive se font au niveau communautaire (agent de santé communautaire, pairs éducateurs, communicateurs) ; au niveau des formations sanitaires (médecins, sages-femmes, médico-sanitaire). Cependant, des droits sont établies pour les bénéficiaires de la santé de la reproduction à savoir : l'information, l'accès aux services, le choix ; la sécurité, l'intimité, la confidentialité, la dignité, l'opinion, le confort, la continuité des services. Au Cameroun, la prise en charge de l'infertilité a pour but d'offrir une assistance médico-psycho-sociale aux couples infertiles ; de mener la recherche étiologique appropriée, d'aider les couples en difficultés à assurer leur fonction de procréation. Lorsqu'une personne s'est fait diagnostiquer de l'infertilité, le protocole médical se fait comme suit : interrogation, examens cliniques et paracliniques, counseling, prise en charge des cas ou traitement étiologique. Le tableau suivant décrit en d'autres termes la prise en charge de l'infertilité par niveau :

Tableau N°2 : Activités de prise en charge de l'infertilité par niveau

Activités	Qualification du personnel	Niveau				
		CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
Counseling	ASC, aide-soignant, infirmier, Sage-femme/	+	+	+	+	+

<sup>143</sup> MINSANTE (2018), *Normes et Standards en SR/PF au Cameroun*, p.10

	maïeuticien, médecin généraliste compétent, pédiatre, gynécologue, uro- andrologue, psychologue, pharmacien...					
Exploration clinique	Infirmier, Sage- femme/ maïeuticien, médecin généraliste compétent, gynécologue, uro- andrologue	+	+	+	+	+
Test post-coïtal	médecin généraliste compétent, gynécologue, Biologiste		+	+	+	+
Spermogramme	médecin généraliste compétent, gynécologue, Biologiste		+	+	+	+
HSG  Biopsie d'endomètre/ testiculaire	Médecin généraliste compétent, gynécologue, Radiologue Gynécologue, Pathologiste,			+	+	+
Cœlioscopie diagnostique hystéroscopie	Gynécologue, uro- andrologue				+	+
Dosages hormonaux, monitorage et induction ovulation  Chirurgie  Chirurgie mini- invasive	Biologiste, gynécologue, uro- andrologue  Gynécologue, uro- andrologue  Gynécologue, uro- andrologue			+	+	+

Procréation Médicalement Assistée	Gynécologue, uro- andrologue, biologiste						+
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	---

**Source** : MINSANTE, 2018

Ce tableau démontre une nette évolution de la santé en matière de procréation, ceci nous montre d'avantage que le Cameroun n'est pas resté indifférent au phénomène d'infertilité. Cependant, pour plus de détail, nous allons présenter les différentes structures au Cameroun qui sont spécialisés dans l'infertilité.

### **3.4.2.2 La loi 2022/014 du 14 juillet 2022 relative à la procréation médicalement assistée au Cameroun**

Le Cameroun a mis sur pied en 2022 une loi pour vulgariser la procréation médicalement assistée, cette loi est constituée de neuf (09) chapitres<sup>144</sup>. Le chapitre 1 porte sur les dispositions générales et est composé de 3 articles parmi lesquels l'article 2 déclare « (1) la procréation médicalement assistée est un ensemble de pratiques cliniques et biologiques permettant d'induire une grossesse en dehors de l'union naturelle de l'homme et de la femme, en particulier l'insémination artificielle, la fécondation in vitro, le transfert de gamètes et d'embryons, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons. (2) Elle est destinée : aux couples, dont la difficulté ou l'incapacité à concevoir présente un caractère pathologique médicalement diagnostiqué ; au couples souffrant d'une maladie congénitale grave susceptible d'être transmise à l'enfant ; à toute personne désireuse de faire recueillir et conserver ses gamètes ou tissus germinaux en vue de la réalisation ultérieure d'une procréation médicalement assistée, soit volontairement, soit en raison d'une prise en charge médicale susceptible d'altérer sa fertilité ». Autrement dit, les personnes destinées à la procréation médicalement assistée sont les couples hétérosexuels ayant des difficultés à procréer. Cependant, le chapitre II porte sur les principes directeurs et est composé de 7 articles dont l'article 4 fait référence à ce que la procréation médicalement assistée s'effectue dans le respect de la dignité humaine, de l'éthique et de la déontologie, de la personnalité et de la famille ». En d'autres termes, les personnes qui font recours à la PMA sont protégées par la loi. Quant au chapitre III qui s'intitule « les personnes bénéficiaires de la procréation médicalement assistée » comporte deux articles. L'article 11 déclare « l'homme et la femme demandeurs d'une procréation médicalement assistée, doivent être vivants et âgés d'au moins vingt et un (21) ans. Pour la femme, l'âge limite de recours à la procréation médicalement assistée est fixée à cinquante-cinq (55ans)

<sup>144</sup> Loi N°2022/014 du 14 Juillet 2022 relative à la procréation médicalement assistée au Cameroun

ans.....L'homme et la femme demandeurs d'une procréation médicalement assistée doivent être unis par les liens du mariage. S'ils ne sont pas mariés, leur communauté de vie doit être attestée par un rapport d'enquête sociale dont les modalités sont précisées par voie réglementaire. » Dans cet article, l'âge limite pour la PMA chez les femmes est de 55 ans, et l'une des conditions du couple est le mariage ou une union reconnue par une communauté. On retrouve comme titre au chapitre IV des centres de procréation médicalement assistée, il est constitué de 5 articles. Dans l'article 13, il est écrit « les activités cliniques et biologiques de procréation médicalement assistée ne peuvent être pratiquées que dans des établissements de santé dédiés et suivant les modalités définies par voie réglementaire. » Cet article stipule qu'il y'a des structures spécifiques destinés à faire dans la PMA. Au chapitre V, on retrouve des rapports entre les personnes bénéficiaires et le centre de procréation médicalement assistée composé de 7 chapitres. L'article 19 déclare que « avant toute démarche médicale relative à la procréation médicalement assistée, notamment toute implantation d'embryons surnuméraires ou toute insémination, les porteurs du projet parental et le centre d'assistance médicale à la procréation consulté établissent une convention ». Un contrat de travail est établi entre les porteurs du projet parental et l'établissement qui effectuera les opérations. Dans l'article 23, il est dit « le couple qui, pour procréer, recourt à une assistance médicale nécessitant l'intervention d'un tiers donneur, doit au préalable fournir son consentement écrit au centre de procréation médicalement assistée ». Autrement dit, le couple doit fournir un document qui montre leur consentement éclairé sur la question de PMA. Au chapitre VI, il s'agit du matériel reproductif humain, il est constitué de 11 articles. À l'article 31, il est dit « le recueil des gamètes d'une personne âgée de moins de vingt et un (21) ans ne peut être effectué que dans le cas prévu à l'article 27 ci-dessus, et après assentiment du mineur et autorisation écrite de son représentant légal ». C'est-à-dire, la loi protège les mineurs pour le prélèvement des gamètes, seules les personnes âgées d'au moins de 21 ans. Il est dit à l'article 32 que « le recours aux gamètes d'un même donneur n'est plus autorisé lorsque l'emploi de ceux-ci a abouti à la naissance de deux (02) enfants ». Lorsque les gamètes recueillis ont produit deux enfants, il est interdit d'en procréer d'autres. Le chapitre VII sur les effets de la procréation médicalement assistée sur la filiation est constitué de 4 articles parmi lesquels il est dit à l'article 39 « lorsqu'un enfant a été conçu au moyen d'un don de gamètes par un tiers donneur, celui-ci ne peut exercer aucune action en reconnaissance de paternité à l'égard de cet enfant ». Autrement dit, un enfant issu de don de gamète ne peut pas être reconnu comme enfant légitime de ses géniteurs mais plutôt de ses parents receveurs des dons des gamètes. Dans le chapitre VIII qui porte sur les interdictions, il existe 10 articles parmi lesquels il est dit à l'article 46

« toute insémination par sperme frais provenant d'un don sans examen préalable et tout mélange de spermatozoïdes sont interdits ». C'est-à-dire, tout sperme doit obligatoirement faire l'objet des examens médicaux avant toute insémination. Au niveau du chapitre IX relative aux sanctions, il contient 12 articles dont il est mentionné à l'article 57 « est puni d'un emprisonnement de trois (03) à dix (10) ans, celui qui procède à toute insémination par sperme frais provenant d'un don sans examen préalable ». La loi condamne toute pratique d'insémination sans examen médical. Cette loi s'achève avec le chapitre X portant sur les dispositions transitoires et finales, il est composé de 4 articles dont il est mentionné à l'article 63 « les établissements publics ou privés qui exercent la procréation médicalement assistée, ainsi que leurs équipes, sont tenus de se conformer aux dispositions de la présente loi dans un délai d'un (01) an, à compter de la date de sa date de publication ». Les institutions chargées de pratiquer la procréation médicalement assistée doivent obligatoirement s'acquiescer de cette loi dans un délai d'un an.

#### **3.4.4 Les structures d'encadrement de l'infertilité au Cameroun**

##### **➤ L'hôpital Gynéco-Obstétricien et Pédiatrique de Yaoundé**

L'Hôpital Gynéco-Obstétricien et Pédiatrique de Yaoundé en abrégé HGOPY est issue d'une coopération sino-camerounaise ; c'est un établissement public et administratif, médical, technique, financier et juridique. Il est créé le 24 septembre 2001 et inauguré le 28 mars 2022 par le Président de la République du Cameroun. Les missions de cette institution sont : l'amélioration de la qualité des soins de santé en faveur de la femme, la mère et de l'enfant au Cameroun ; de dispenser des soins gynécologiques, obstétricaux et pédiatriques de qualité ; contribuer à la formation professionnelle et au perfectionnement du personnel technique dans ces domaines ; offrir un champ d'exploration à la recherche médicale dans les domaines de gynécologie, obstétricales et pédiatriques. Les services se font dans l'hospitalisation, la gynécologie, la pédiatrie, l'obstétrique, la maternité, la néonatalogie, la réanimation et la chirurgie. Cette institution est plus ouverte aux femmes, aux mères et aux enfants lorsqu'il s'agit du suivi, du traitement médical, de l'accouchement et d'une intervention chirurgicale ; toutefois, les hommes peuvent se faire consulter mais en externe. Le service de gynéco-obstétrique contient des sous-services suivants : consultations gynécologiques ; consultations obstétricales ; la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et le planning familial ; la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH ; la colposcopie et hystérocopie ambulatoires ; chirurgie obstétricale et gynécologie ; cœlioscopie (chirurgie à ventre fermé) ; cancérologie gynécologie et mammaire. Elle est réputée pour la référence à Yaoundé en matière d'examen sur la gynécologie, bien qu'elle soit beaucoup plus axée sur les femmes, les statistiques de

l'HGOPY montrent que les garçons se font consulter à leur naissance sur la question d'infertilité.

➤ **L'hôpital Gynéco-Obstétricien et Pédiatrique de Douala**

L'Hôpital Gynéco-Obstétricien et Pédiatrique de Douala est inauguré en 2015, est situé dans le quartier Yassa. En 2007, il y'a eu la signature d'un accord de prêt entre le Cameroun et la République de Chine, au cours d'une visite du chef de l'Etat camerounais en terre chinoise ; en 2009, il y'a eu le lancement des travaux réalisés par la société ; en 2014, c'était l'installation des premiers responsables. Les services de l'Hôpital Gynéco-Obstétricien et Pédiatrique de Douala sont : la pédiatrie, la gynécologie, l'obstétrique, la chirurgie pédiatrique, l'ophtalmologie, l'odontostomatologie, l'otorhinolaryngologie, l'acupuncture, la dermatologie, les maladies infectieuses, la biologie clinique, la radiologie et imagerie médicale, les soins infirmiers, l'anatomo-pathologie, le bloc opératoire, la pharmacie.

➤ **Le Centre Hospitalier de Recherche et d'Application de Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH)**

Le CHRACERH (Centre Hospitalier de Recherche) est un établissement public administratif de type particulier à vocation nationale et internationale. Le décret N°2018/508 du 20 septembre (2018, p.3) est mis sur pied pour une réorganisation du CHRACERH, selon l'article 3 de ce décret, le centre est chargé de mener des activités de recherche en matière d'endoscopie et de reproduction humaine ; de dispenser les soins de santé publiques de haut niveau dans les domaines suivants : chirurgie endoscopique (coelioscope et hystérocopie opératoire), la reproduction humaine notamment l'assistance médicale à la procréation FIV, ICSI et tout autre technique équivalente ; la sénologie plastique et reconstructive ; le diagnostic anténatal ; la prise en charge des grossesses à très haut risque. Il a pour mission de garantir à la femme les meilleures conditions de procréation afin de réaliser son rôle d'être mère. Il est aussi question aussi de mener les activités de recherche en matière d'endoscopie et de reproduction humaine. Ce centre a pour objectif de dispenser des soins de haut niveau en gynécologie et obstétrique. Ses multiples missions sont : la chirurgie endoscopie, la fécondation in vitro (FIV), la périurale, la chirurgie plastique et réparatrice ainsi que la reconstruction des appareils génitaux. Le CHRACERH fait également dans les prélèvements des embryons, le



planning familial, les soins intensifs, les urgences, les diagnostics prénataux, la bactériologie et la banque de sang. Le centre est en service depuis 2015 au Cameroun, il a été créé par décret présidentiel en 2011, il est placé sous la tutelle technique du Ministère de la Santé publique et sous la tutelle financière du Ministère des Finances. Après consultation, il y'a une batterie d'examens ; la fécondation in vitro se réalise à un million de franc CFA. D'après son historique, une femme de 62 ans a accouché en 2018 ; en 2016, il y'a eu la naissance des 3 premiers bébé par procréation médicalement assisté. Les services effectués sont les suivants : la chirurgie endoscopie, la fécondation in-vitro, la sénologie.

### **3.4.2 Cas du Sénégal**

Au Sénégal, les chercheurs ont mené une étude sur les itinéraires thérapeutiques des couples infertiles qui sont soient formels, soient informels<sup>145</sup>. Cependant, on peut observer une forte croyance à des solutions religieuses et traditionnelles voire ésotériques dans les cas d'infertilité. C'est ainsi que les patients sont beaucoup enclins à recourir à la médecine traditionnelle que la médecine moderne. Il existe également une habitude culturelle à consulter les guérisseurs lorsque les moyens financiers sont limités, car les soins de la médecine traditionnelle sont coûteuses (multiplicité d'ordonnances, bilans hormonaux, échographies et spermogrammes. Au Sénégal, l'infertilité est perçue sur le plan politique et le plan communautaire.

#### **3.4.2.1 Sur le plan politique**

Les politiques et programmes de santé sont établies dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), la vision politique du Sénégal est donc bâtie sur le principe selon lequel tous les individus bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion<sup>146</sup>. Cependant, la politique en matière de santé vise à améliorer la santé des populations et à réduire la mortalité maternelle et infantile, elle consiste à maîtriser le taux de fécondité afin de prévenir les grossesses à risque et non désirés, et aussi à la prise en charge de l'infertilité et de l'infécondité. Toutefois, il existe une faille dans le système politique en matière d'infertilité, car ceci semble ne pas être réellement considéré comme une priorité en matière de santé. Compte tenu du fait

---

<sup>145</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.7

<sup>146</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.8

que l'Afrique en général et le Sénégal en particulier présente un fort taux de fécondité, la politique en matière de santé de reproduction est beaucoup axée sur les méthodes de contraception. Autrement dit, la politique de santé se préoccupe plus de contrôler et de réduire les naissances. On peut observer un fort investissement sur la planification familiale et l'utilisation des contraceptifs, et un faible investissement sur l'infertilité. A cet effet, l'infertilité n'est réellement pas prise en compte par l'État, car ceci n'est pas une priorité majeure dans sa vision. L'accent est mis sur la lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Le problème d'infertilité au Sénégal est une préoccupation des spécialistes en matière de santé qui tentent de créer les structures médicales spécialisées dans le traitement de l'infertilité, ainsi qu'un laboratoire d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

L'infertilité est un problème dont souffrent les populations sénégalaises, les personnes infertiles font recours à ces structures de santé privées. Néanmoins, ces structures ont des limites en termes de personnel de santé, de matériel, malgré la bonne volonté des spécialistes en matière de procréation. Il y'a également un manque de motivation des prestataires, et le manque de rigueur et d'implication politique de l'Etat dans la prise en charge des patients. C'est ainsi que Fatou et Diop<sup>147</sup> estime que le Sénégal souffre d'un manque de personnel médical qualifié parce qu'il y'a une répartition beaucoup plus dans la région de Dakar. De manière théorique, l'infertilité est prise en charge médicalement par les cabinets privés où les patients peuvent bénéficier de l'écoute et de l'orientation. Cependant, sur le plan opérationnel, la prise en charge de l'infertilité constitue un calvaire pour les couples pour des raisons suivantes :

- Insuffisance des compétences du personnel de santé : les spécialistes de l'infertilité sont peu ou moins formés alors que les gynécologues et les sage-femmes sont les premières personnes vers qui se tournent les individus infertiles. Cependant, ils sont beaucoup plus formés pour les consultations, quant au traitement, il faut des personnes plus spécifiques de l'infertilité. Il y'a également le facteur temps dans la prise en charge de l'infertilité qui décourage les couples qui rencontrent les difficultés de procréation. L'insuffisance des compétences du personnel de santé s'observe lorsqu'un couple qui suit un traitement est référé après six mois de cure.
- La cherté du traitement : le coût du protocole médical de l'infertilité n'est pas à la portée de tous, c'est un grand frein pour l'accès aux soins, ce qui est souvent à l'origine des

---

<sup>147</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.9

inégalités sociales. Fatou et Diop affirment que le traitement de l'infertilité est un véritable casse-tête pour les personnes infertiles, parce que cela nécessite des moyens financiers pour suivre un processus médical. On observe une forte différence dans le traitement de l'infertilité à travers le prix des consultations, le coût des médicaments ainsi des soins médicaux. C'est ainsi que les personnes économiquement nanties ont un accès facile aux cliniques pour une meilleure prise en charge. Par contre, les personnes défavorisées sur le plan financier ont tendance à se s'orienter vers la médecine traditionnelle avec une faible estimation de réussite. La Procréation médicalement assistée existe depuis 1989, mais n'est pas populaire parce que non seulement elle est coûteuse, mais en plus, elle risque de semer le trouble dans les normes reproductives et de filiations au Sénégal. Pour faire une procréation médicalement assistée au Sénégal, il faut prévoir un budget minimum de 2 500 000F CFA, malgré les échecs des traitements, il faut s'attendre à être référé après six mois de prescription<sup>148</sup>.

- L'insuffisance du suivi-psychologique : les patients dénoncent le peu de temps accordé aux consultations, c'est-à-dire, le personnel de santé ne discute pas suffisamment avec les personnes infertiles lors de l'accueil, lors du traitement. Cependant, la prise en charge psychosociale est très fondamentale dans le traitement de l'infertilité. Parfois, le patient a juste besoin d'être écouté, de communiquer et d'être rassuré que de prendre des médicaments.

La gestion de l'infertilité au niveau politique rencontre de nombreuses failles, il sera question de décrire comment les personnes infertiles sont accueillies en communauté.

### 3.4.2.2 Sur le plan communautaire

Au niveau communautaire, le Sénégal a plusieurs formes de pratique en matière d'infertilité. Malgré les limites de l'Etat dans la prise en charge de l'infertilité, il existe des organismes non gouvernementaux, des associations et des organismes de la société civile qui aident les populations dans la gestion de l'infertilité. Le processus de prise en charge communautaire laisse penser que la femme est au centre des problèmes d'infertilité, c'est-à-dire, elle est au milieu et à la fin de toute action<sup>149</sup>. La femme en tant qu'épouse, belle-mère et

---

<sup>148</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.10

<sup>149</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.11

belle-sœur est au centre des stigmatisations, c'est-à-dire, c'est elle qui stigmatise, c'est aussi elle qui est stigmatisée. C'est ainsi que le problème d'infertilité est perçu avant tout comme un problème de femme. La tâche d'inciter les décideurs à mettre l'accent sur les problèmes d'infertilité revient donc aux femmes, pour cela elles doivent cesser de le percevoir comme un sujet tabou. A cet effet, le problème d'infertilité ne doit plus être une affaire de gynécologue, mais une préoccupation de tous. Tant les populations que les personnels de santé doivent s'impliquer afin que l'accent soit mis dans les programmes de santé sexuelle reproductive.

Au sein des communautés, la présence des associations servent d'appui auprès des personnes infertiles à travers l'écoute, l'orientation, le soutien financier dans la prise en charge du traitement. En plus de l'accompagnement des personnes infertiles, il y'a nécessité de sensibiliser les femmes afin de réduire les stigmatisations et les discriminations, ainsi que prévenir l'infertilité. Et pour cela, ces actions doivent être accompagnées des Organismes non gouvernementales, des associations, des organismes de la société civile ainsi que de l'Etat. Cependant, il existe certains défis à relever tels que : la disponibilité du personnel médical ; l'accessibilité financière du service ; la prise en charge psychologique ; la prise en charge de la maladie par l'assurance ; les croyances religieuses ; la mise en place d'un cadre juridique favorable à l'utilisation de la procréation médicalement assistée. La gestion de l'infertilité nécessite des ressources humaines compétentes et suffisantes, pour cela, une politique doit être mise sur pied pour former des spécialistes pour des questions d'infertilité. Pour réduire les disparités de genre, l'Etat doit mettre à la disposition des personnes infertiles les coûts abordables en termes de médicament, de traitement en procréation médicalement assistée, et ceci dans les hôpitaux privés. Une prise en charge psychologique est primordiale pour lutter contre l'infertilité en Afrique, parce qu'il y'a des croyances qu'il faut déconstruire, surtout les accusations qui sont portées vers la femme. Le Sénégal ayant une grande partie de la population musulmane, devrait mettre en place des stratégies pour concilier science et médecine moderne, car les techniques modernes (insémination artificielle, transfert d'embryon, procréation médicalement assistée) sont jugées incompatibles avec les préceptes de la religion islamique. Il est également nécessaire de mettre sur pied un cadre juridique pour vulgariser les techniques modernes du traitement de l'infertilité, afin de faciliter l'accès aux soins et à l'accompagnement psychosocial. L'existence d'une loi sur l'encadrement permettrait également de rassurer les personnes souffrantes sur les pratiques de l'infertilité, de légaliser la procréation médicalement assistée et de rendre plus formelle le protocole médical.

### **3.4.5 Les techniques modernes de procréation**

L'infertilité est un frein à la réalisation de ces désirs de fonder une famille. Les soins attribués aux personnes infertiles sont coûteux, les individus ayant une situation économique précaire, non mariés, sans emploi se sentiront marginalisés face aux techniques modernes de procréation. Les procédures et les traitements modernes se font dans les hôpitaux et les cliniques, ils consistent à faire des lavages vaginaux et utérins, l'insufflation des trompes de Fallope, la prise des pilules et des injections, l'insémination artificielle, l'utilisation des ultrasons et des rayons X. Ces nouvelles techniques de reproduction (insémination artificielle, traitements d'hormones, fertilisation in vitro) se font généralement dans les villes à des prix élevés. Compte tenu du fait que les causes de l'infertilité diffèrent en fonction du sexe, il sera donc question pour nous d'énumérer les différentes causes chez la femme ainsi que chez l'homme pour ensuite présenter le traitement approprié à ces formes.

Takefman décrit l'insémination avec donneur comme technique moderne pour résoudre le problème de l'infertilité<sup>150</sup>. Cette méthode est apparue pour la première fois aux Etats-Unis, c'est une technique très efficace mais qui est traditionnellement mal acceptée par la société. D'autres techniques d'assistance médicale à la procréation sont : la stimulation de l'ovulation ; l'insémination intra-utérine ; la fécondation in-vitro ; l'insémination intra-cytoplasmique de spermatozoïdes ; le don de gamètes ; le don d'embryon.

- Stimulation d'ovulation : En ce qui concerne la stimulation d'ovulation, il existe des médicaments capables d'induire l'ovulation ; encore appelés inducteurs d'ovulation, ils agissent directement soit sur le cerveau, soit sur les ovaires. Le suivi du traitement repose sur les échographies pelviennes et des prises de sang. Cette technique est aussi utilisée comme étape préalable avant de faire une insémination intra-utérine ou une fécondation in vitro, ceci permettra d'obtenir un nombre adéquat de follicules matures. Après stimulation de l'ovulation, il existe un risque élevé de grossesses multiples et de prématurés.
- Insémination artificielle ou insémination intra-utérine : elle consiste à déposer directement dans l'utérus de la femme au moment de l'ovulation le sperme prélevé et préparé au laboratoire chez l'homme auparavant. Pour le faire, il faut une stimulation d'ovulation afin d'obtenir deux à trois follicules matures. Cette technique peut être

---

<sup>150</sup> Janet Takefman (2009), *Problèmes psychologiques liés à l'infertilité masculine*, ©<http://iaac.ca/fr/content/problèmes-psychologiques-liés-à-l'infertilité-masculine> ; p.1-8

pratiquée dans un cabinet gynécologique ou un centre de procréation médicalement assistée, elle s'effectue dans les voies génitales féminines. Elle est pratiquée dans le cas d'anomalies de la glaire cervical, d'altérations mineures du spermogramme et d'infertilité inexplicée.

- Fécondation in vitro : mise au point par les médecins anglais en 1978, elle se déroule en quatre étapes principales que sont : la stimulation de l'ovulation ; la préparation du sperme ; la mise en contact des ovocytes et des spermatozoïdes ; le transfert d'un ou de plusieurs embryons dans l'utérus. En fonction des causes d'infertilité, on peut avoir des traitements variés dans la stimulation de l'ovulation. Après avoir déclenché l'ovulation, les follicules devenus ovocytes sont prélevés par ponction folliculaire sous anesthésie locale ou générale. En ce qui concerne la préparation du sperme, le prélèvement se fait après masturbation ou biopsie testiculaire. Le sperme est ensuite préparé au laboratoire pour reproduire son passage dans les voies génitales féminines. Ensuite, on a la mise en contact des ovocytes et des spermatozoïdes pour que la fécondation ait lieu ; s'il y'a fécondation, un ou plusieurs embryons peuvent se développer in vitro. Cette méthode s'achève avec le transfert d'un ou de plusieurs embryons dans l'utérus ; soit les embryons sont implantés, soit ils sont congelés pour un transfert futur. La fécondation in vitro peut provoquer des effets indésirables, des grossesses multiples, la prématurité des bébés.
- L'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde (ICSI) : cette technique se déroule exactement comme la fécondation in vitro classique avec modification à l'étape de la fécondation. Elle s'effectue comme suit : la sélection des spermatozoïdes de forme normale avec une bonne mobilité ; l'injection d'un spermatozoïde sélectionné directement dans l'ovule à l'aide d'une micropipette. Cependant, il existe un risque de transmettre l'infertilité masculine aux garçons nés par FIV ou FIV-ICSI.
- Les dons de gamètes et d'embryons : les dons s'effectuent généralement auprès des personnes stériles. Et il est possible de pratiquer chez les couples dont l'un des membres est stérile l'insémination intra-utérine, FIV, FIV-ICSI. Dans le cas où c'est l'homme qui est stérile, le don de sperme est effectué pour une insémination intra-utérine ou une FIV chez son épouse. Dans le cas où c'est la femme qui est stérile, le don d'ovocyte permet de réaliser une fécondation in vitro ou une FIV-ICSI. Le sperme s'obtient après masturbation au laboratoire qui est ensuite congelé jusqu'à son utilisation. Quant aux ovocytes, ils sont prélevés après une stimulation de l'ovulation et une ponction folliculaire, ils sont directement utilisés ou congelés jusqu'à leur utilisation. Cependant,

les couples désirant faire des enfants peuvent directement avoir accès aux dons d'embryons produit à partir des gamètes anonymes.

### 3.4.6 Les pratiques traditionnelles et religieuses

Certaines personnes pensent que l'infertilité est liée aux coutumes ancestrales, ces croyances expliquent les raisons pour lesquelles les patients (es) souffrants (es) d'infertilité se réfèrent chez les marabouts. À cet effet, il y'a des cérémonies et rites qui sont effectués auprès des individus infertiles afin que ceux-ci reçoivent la bénédiction de leurs ancêtres. Selon Rosanna, les femmes maliennes utilisent la foi personnelle et des pratiques religieuses comme solution à l'infertilité<sup>151</sup>. Une femme musulmane de 25ans, souffrante d'une infertilité secondaire a déclaré « le guérisseur écrit des mots du coran et le nom d'Allah sur une ardoise, puis la lave. Et je bois l'eau afin d'avoir une enfant »<sup>152</sup>. Cette femme utilise comme stratégie la foi religieuse afin de pouvoir tomber enceinte. Cependant, certaines femmes infertiles demandent des prières dans leur église d'appartenance.

Des méthodes traditionnelles sont aussi reconnues lorsqu'il s'agit des maladies comme l'infertilité, compte tenu du fait qu'elle soit liée à certaines croyances culturelles. On va observer des sacrifices et des rites pour des personnes souffrantes d'infertilité, de même que l'utilisation des médicaments à base de plantes (racines, écorces d'arbres, branches) en Afrique. Le traitement se fait suite aux consultations tradi-praticiens, il s'agissait d'infuser les boissons chaudes, de se purger pour faire le nettoyage intérieur. Selon Rosanna, une patiente d'infertilité déclare : « *j'habitais trop loin de l'hôpital pour essayer la médecine de l'homme blanc. Nous faisons tous les médicaments Bambara. Certains sont cuits et lavés et je bois. Certains sont mis dans un poulet ou un bœuf et cuits puis mangés. Some est un médicament dans une corde qui est attachée autour de votre taille* »<sup>153</sup>. On relève ici que les facteurs qui peuvent amener les patientes à se tourner vers la médecine traditionnelle est la difficulté d'accès aux hôpitaux, d'accès aux soins et un manque d'information suffisante sur la maladie. Certains guérisseurs traditionnels utilisaient sur les patients des herbes afin de nettoyer leur sang.

Le traitement du tradi-praticien diffère de celui de la médecine moderne en ce sens où les coûts chez les tradipraticiens sont uniques. Selon Fatou et Diop, la consultation

---

<sup>151</sup> Rosanna F.Hess et al (2018), *infertilité, détresse psychologique et stratégies d'adaptation parmi les femmes au Mali, Afrique de l'Ouest : une étude à méthodes mixtes, journal africain de la santé reproductive, p.10*

<sup>152</sup> Rosanna F.Hess et al (2018), *infertilité, détresse psychologique et stratégies d'adaptation parmi les femmes au Mali, Afrique de l'Ouest : une étude à méthodes mixtes, journal africain de la santé reproductive, p.10*

<sup>153</sup> Rosanna F.Hess et al (2018), *infertilité, détresse psychologique et stratégies d'adaptation parmi les femmes au Mali, Afrique de l'Ouest : une étude à méthodes mixtes, journal africain de la santé reproductive, p.10*

traditionnelle au Sénégal varie entre 25F et 1000FCFA ; c'est un prix abordable pour les populations n'ayant pas suffisamment de ressources financières<sup>154</sup>. A cet effet, les femmes infertiles font d'abord recours à ces pratiques traditionnelles avant de se rendre dans les hôpitaux où les prix commencent à partir de 5000FCFA dans le secteur public et 10000FCFA dans le secteur privé. Toutefois, le facteur polygamique incite souvent les croyances chez les femmes infertiles, car elles auront tendance à porter une accusation vers l'autre épouse d'être à l'origine de son infertilité. Ceci favorise les consultations chez les tradi-praticiens. Surtout que les femmes faisant recours habituellement à la médecine traditionnelle ont un niveau d'instruction très faible ou analphabètes. La culture sénégalaise est beaucoup plus orientée vers la médecine traditionnelle, parfois ce sont les parents ou les proches qui après avoir obtenus des résultats positifs chez un tradi-praticien font la publicité de ce dernier auprès des personnes qui sont dans le besoin. La médecine traditionnelle recommande différentes méthodes et produits dans le traitement de l'infertilité tels que la science botanique (feuilles, racines ou écorces d'arbres) et la science mystique (amulette, bains sacrés...) d'après les recherches menées par Fatou et Diop (2019, p.7). Bien que les ressources financières soient limitées, certaines personnes infertiles préfèrent la conjonction de la médecine traditionnelle et moderne, et les traitements s'additionnent ou se chevauchent jusqu'à l'obtention du résultat souhaité.

Les études menées par Rietmann (2008) au Kenya montrent que les parcours thérapeutiques se différencient des individus ainsi que de la motivation de la consultation<sup>155</sup>. Il note qu'également que les facteurs suivants : l'âge, le statut social, le coût économique, le niveau d'éducation, la profession, la famille, l'entourage ont une grande influence sur la démarche thérapeutique dans le cas d'une infertilité. Lors des consultations chez les tradipraticiens, les personnes infertiles ont recours à différentes stratégies de manière simultanée. Les premiers remèdes sont composés des breuvages et d'onctions ; les croyances orientent les personnes infertiles vers les sages-femmes traditionnelles qui sont dotées de pouvoir surnaturel<sup>156</sup>. Les individus qui ont des problèmes de santé reproductive sont souvent victimes des abus verbaux et psychologiques dans les centres de soins biomédicaux en raison du lien fait entre ces problèmes et la promiscuité. Par contre, les consultations auprès des sages-

---

<sup>154</sup> Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; p.7

<sup>155</sup> Michelle Rietmann, (2008). *Le vécu de l'infertilité chez les luo entre tradition, modernité et réalité médicale*, maison d'édition ou de publication d'article, p.1-117

<sup>156</sup> Michelle Rietmann, (2008). *Le vécu de l'infertilité chez les luo entre tradition, modernité et réalité médicale*, maison d'édition ou de publication d'article, p.1-117



femmes traditionnelles sont souvent rudes mais compatissantes envers les femmes désirantes avoir des enfants, c'est pourquoi, elles sont le plus souvent sollicitées. Selon Rietmann (2008), certaines patientes font recours à la prière à l'aide des églises ; ces prières sont orientées vers le don de fertilité accordé à Dieu<sup>157</sup>. Toutefois, la polygamie reste une solution privilégiée pour les hommes, le choix peut se faire par l'épouse dans sa propre famille. Étant donné que les constructions sociologiques sur la dot de la femme tournent autour de la procréation. C'est ainsi que la femme infertile prendra une parente proche pour second épouse à son mari, celle-ci ne sera plus dotée puisque la première femme a été dotée et n'a pas enfanté. Parfois, la femme infertile est soumise à des stigmatisations et des discriminations, elle se retrouve contrainte à retourner dans sa propre famille.

Les incidences de l'infertilité s'observent dans le couple, chez la femme et chez l'homme. Dans ces incidences, les personnes infertiles ont une perte d'estime de soi, se sentent rejetées, frustrées, stigmatisées. La société contribue à ces incidences à travers les représentations sociales faites au sujet de la femme et au sujet de l'homme. Car, en Afrique, une femme est reconnue comme telle lorsqu'elle a pu procréer ; et un homme est reconnu comme tel lorsqu'il peut avoir une progéniture. À cet effet, les incidences sont néfastes tant pour l'homme que la femme. Néanmoins, les femmes sont plus affectées et plus discriminées que les hommes parce qu'être capable de procréer se perçoit physiquement sur son ventre, par contre l'infertilité ne peut pas s'observer physiquement chez l'homme. Les pratiques effectuées dans le cadre de l'infertilité sont d'ordre médical, traditionnel et religieux. Les pratiques médicales se font dans les hôpitaux spécialisés dans la procréation, mais restent coûteuses et ne sont pas à la portée des prix des personnes démunies. Ces pratiques sont généralement encadrées par des politiques qui ne sont pas suffisamment vulgarisées. Par conséquent, les personnes infertiles ont tendance à se tourner vers les pratiques traditionnelles parce qu'elles sont moins coûteuses par rapport à la médecine moderne. Quant aux pratiques religieuses, les personnes infertiles sont plus obligées de s'y faire parce que leur croyance, c'est Dieu qui donne l'enfant. Les incidences sociales liées à l'infertilité renforcent les rapports de domination et de conflit au sein des couples en difficultés de procréer. De même que les pratiques contribuent aux disparités de genre dans les sociétés africaines et camerounaises.

---

<sup>157</sup> Michelle Rietmann, (2008). *Le vécu de l'infertilité chez les luo entre tradition, modernité et réalité médicale*, maison d'édition ou de publication d'article, p.1-117



## **PARTIE II : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE, PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

La deuxième partie de ce mémoire portera sur la méthodologie de la recherche, interprétations des résultats et discussion. Dans cette partie, le chapitre 4 présentera la méthodologie de recherche, le chapitre 5 parlera de la présentation et l'analyse des résultats, et au chapitre 6 l'interprétation des résultats et discussion.



**CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE LA  
RECHERCHE**

La méthodologie est un ensemble de « *procédés et de techniques mis en branle pour répondre à une question de recherche, tester les hypothèses et rendre compte des résultats* »<sup>158</sup>. Elle est l'élément qui sous-tend une étude dite scientifique qui consistera à décrire la méthode et les différents outils de collecte mis en place dans le cadre de la recherche sur les rapports de genre et les représentations sociales de l'infertilité. Dans le cadre de cette étude, son usage nous aidera à présenter et à justifier le choix de notre site de recherche, de la population, de l'échantillon et de l'échantillonnage, de la méthode, des outils de collecte des données, de la technique d'analyse et de la présentation des résultats.

#### **4.1 Description de la méthode d'étude**

La méthode est une étape importante dans le cadre de la rédaction de cette étude, elle explique la manière dont la recherche sera conduite. Elle permet également de répondre aux questions de recherches formulées à la base en rapport avec le sujet de recherche. La question principale est de savoir si l'infertilité conjugale influence sur la structuration des rapports de genre. L'hypothèse est formulée comme suit : l'infertilité conjugale influence sur la structuration des rapports de genre. Et l'objectif de cette étude sera d'identifier l'influence de l'infertilité conjugale sur la structuration des rapports de genre. Pour atteindre cet objectif, les outils quantitatifs et qualitatifs seront mobilisés. L'approche qualitative sera axée sur le guide d'entretien, celui-ci portera sur des thèmes pour ressortir les facteurs de risques de l'infertilité, les typologies d'infertilité, la durée d'observation pour établir le pronostic de l'infertilité, les politiques élaborées en cas d'infertilité, les recommandations thérapeutiques et les difficultés rencontrées lors du traitement. Ces thèmes s'adressaient aux personnels de santé, plus précisément les gynécologues. Toujours dans en restant dans le contexte, un autre guide d'entretien était adressé aux personnes en âges de procréer, les thèmes portaient sur : les représentations sociales de l'infertilité, le vécu quotidien de l'infertilité, le regard de la société sur les personnes souffrantes de l'infertilité, l'itinéraire thérapeutique en cas d'infertilité, les

---

<sup>158</sup> Fonkeng, E.; Chaffi, S. & Bomda J. (2014). *Précis de méthodologie de recherche en sciences sociales*. Yaoundé-Cameroun : ACCOSUP, p83.

incidences sociales sur le couple en cas de persistance d'infertilité. Quant à l'approche quantitative, le questionnaire dans le cadre de cette étude permettait d'évaluer les connaissances des participants sur la question d'infertilité.

Cette étude fait appel à deux approches, l'approche quantitative et l'approche qualitative en appoint. Ceci permettra de ressortir la pertinence des résultats et de répondre aux questions spécifiques de recherche. La recherche quantitative, elle analyse le lien, entre les variables (sexe, âge...etc.), elle est plus complexe lorsque les caractéristiques du répondant sont mesurées au moyen de tests destinés à mettre en évidence différentes dimensions.

#### 4.2 Procédures et critères des participants de l'enquête

Pour notre enquête, le choix de nos participants s'est fait de façon aléatoire. Le guide d'entretien directif était effectué auprès des spécialistes en gynécologie obstétricien et des personnes en âge de procréer. Quant au questionnaire, la technique d'échantillonnage est l'échantillonnage probabiliste, qui permet de sélectionner les participants au hasard. L'échantillonnage aléatoire consiste à ce que chaque élément de cet échantillon ait la même probabilité d'être choisi que tous les autres éléments de la population cible. Les tableaux suivants décrivent les participants dans le cadre de la recherche.

Tableau N°3 : Récapitulatif sur les participants (es) du personnel de santé

<b>Participants (es)</b>	<b>Gynéco 1</b>	<b>Gynéco 2</b>	<b>Gynéco 3</b>	<b>Gynéco 4</b>
Age	35 ans	44 ans	41 ans	48 ans
Sexe	Masculin	Masculin	Masculin	Féminin
Situation matrimoniale	Célibataire	Marié	Marié	Mariée
Grade	Gynécologue obstétricien	Gynécologue-obstétricien	Gynécologue obstétricien	Gynécologue obstétricien
Année d'expérience	5 ans	7 ans	6ans	10 ans
Structure d'exercice de la profession	Cabinet médical Saint-Etienne	Hôpital Central de Yaoundé	Hôpital Central	Hôpital Gynéco-Obstétricien et Pédiatrique de Yaoundé
Nombre d'enfants	3	4	4	4
Ethnie	Massa	Bakossi	Bayangui	Bassa
Religion	Catholique	Chrétien	Catholique	Chrétienne

Le tableau ci-dessous décrit les caractéristiques sociodémographiques des gynécologues rencontrés.

Source : par nos soins

Tableau N°4 : Récapitulatif sur les participants de sexe masculin

<b>Participants</b>	<b>Part 1-H</b>	<b>Part 2-H</b>	<b>Part 3-H</b>	<b>Part 4-H</b>	<b>Part 5-H</b>
Age	34	20	36	40	38
Sexe	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin

Situation matrimoniale	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Mariée	Célibataire
Niveau d'étude	Master	Master	Licence	Baccalauréat	Master
Situation socio-professionnelle	Entrepreneur	Etudiant	Infirmier	Sans emploi	Informaticien
Ethnie	Bamiléké	Bulu	Bamiléké	Bamiléké	Bamiléké
Religion	Catholique	Adventiste	Catholique	Catholique	Catholique
Fratric	2/4	2/2	2/5	5/6	1/3
Nombre d'enfant	0	0	0	3	0

Le tableau ci-dessous décrit les caractéristiques sociodémographiques des hommes rencontrés.

Source : par nos soins

Tableau N°5 : Récapitulatif sur les participantes

Participants	Part 1-F	Part 2-F	Part 3-F	Part 4-F	Part 5-F	Part 6-F	Part 7-F
Age	27	33	40	30	30	30	40
Sexe	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin
Situation matrimoniale	Célibataire	Mariée	Mariée	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Célibataire
Niveau d'étude	Master	Probatoire	Probatoire	Licence	Master	Master	Probatoire
Situation socio-professionnelle	Sans emploi	Gestionnaire	Esthéticienne	Comptable	Etudiante	Etudiante	Coutière
Ethnie	Bulu	Bamiléké	Bamiléké	Bamiléké	Bamiléké	Ewondo	Douala
Religion	Catholique	Catholique	Catholique	Catholique	Protestante	Pentecôtiste	Témoin de Jéhovah
Fratric	9/9	7/7	2/5	6/6	7/3	2/5	2/2
Nombre d'enfant	0	2	2	1	0	1	0

Le tableau ci-dessous décrit les caractéristiques sociodémographiques des femmes rencontrées.

Source : par nos soins

Tableau N°6 : Statistiques des variables sociodémographiques

Variabiles	Effectifs (N)	Pourcentage
<b>Age</b>		
Moyenne = 32,41		
Ecart-type = 7,929		
Minimum = 19		
Maximum = 76		
<b>Sexe</b>		
Masculin	52	52,0
Féminin	48	48,0

<b>Situation matrimoniale</b>		
Célibataire	54	54,0
Union libre	15	15,0
Marié (e) ou l'ayant été	31	31,0
<b>Statut socioprofessionnel</b>		
Élève	2	2,0
Étudiant(e)	27	27,0
Travailleur (se) secteur informel	34	34,0
Agent de la fonction publique	16	16,0
Entrepreneur	21	21,0
<b>Niveau d'étude</b>		
Primaire	0	0
Secondaire premier cycle	0	0
Secondaire second cycle	0	0
Supérieur premier cycle	25	25,0
Supérieur second cycle	41	41,0
Supérieur troisième cycle	34	34,0
<b>Région d'origine</b>		
Extrême-Nord	3	3,0
Nord	1	1,0
Adamaoua	1	1,0
Nord-ouest	1	1,0
Ouest	61	61,0
Est	1	1,0
Centre	20	20,0
Sud-ouest	0	0,0
Littoral	6	6,0
Sud	6	6,0
<b>Avez-vous des enfants</b>		
Oui	52	52,0
Non	48	48,0
<b>Nombre d'enfant</b>		
Moyenne = 3,57		
Écart-type = 2,656		
Minimum = 0		
Maximum = 11		
<b>Religion</b>		
Islam	7	7,0
Christianisme	78	78,0
Ancêtre	6	6,0
Autres	9	9,0

<b>Comment appréciez-vous votre santé</b>		
Très mauvais état	0	0,0
Mauvais état	0	0,0
Etat médiocre	0	0,0
Etat moyen	14	14,0
Assez bon état	32	32,0
Bon état	39	39,0
Très bon état	15	15,0

Le tableau ci-dessous décrit les caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant été soumis au test sur la connaissance de l'infertilité.

Source : par nos soins

Dans cette enquête, 100 participants ont répondu au questionnaire dont l'âge moyen est de 32 ans. Au total, 52 hommes et 48 femmes ont répondu au questionnaire sur les connaissances de l'infertilité. En ce qui concerne la situation matrimoniale, 54 participants et participantes sont célibataires, 15 sont en union libre et 31 sont mariés ou l'ayant été. Le statut socio-professionnel montre qu'il y'a 2 élèves, 27 étudiants, 34 travailleurs du secteur informel, 16 agents de la fonction publique et 21 entrepreneurs. Au cours de cette enquête, 52 participants et participantes ont répondu avoir des enfants contre 48 n'ayant pas d'enfants, les personnes ayant des enfants ont en moyenne 3 enfants. A propos de la religion des participants et participantes, 7 pratiquent l'islam, 78 pratiquent le christianisme, 6 font des pratiques ancestrales et 9 autres croyances.

### **4.3 Matériels et Procédures de collecte des données**

Le matériel est l'ensemble des objets utilisés pour mener à bien cette recherche, la procédure est la manière dont nous avons agi pour collecter les données numériques des participants.

#### **4.3.1 Matériels de collecte des données**

Dans le cadre de cette recherche, nous avons travaillé avec les personnels de santé plus précisément les spécialistes en gynécologie obstétricien, ainsi que les hommes et les femmes en âge de procréer. Dans le cadre de cette étude, deux outils de collecte de données ont été mis en œuvre. Le premier outil était le guide d'entretien pour l'approche qualitative et le questionnaire pour l'approche quantitative.

##### **➤ Le guide d'entretien**

L'entretien de recherche est une technique de collecte de données informatives qui permet de récolter plusieurs éléments tels que : l'avis, l'attitude, les sentiments, les représentations de la personne interrogée. L'entretien permet d'instaurer un échange au terme duquel



l'interlocuteur exprime ses perceptions et ses expériences par rapport à un phénomène le chercheur facilite la collecte pour éviter trop de dispersion de son vis-à-vis et aura accès à des ressentis authentiques et profonds Il existe trois types d'entretiens de recherche que sont : l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien non directif. Dans le cadre de cette étude, l'entretien semi-directif a été mis en place pour collecter les informations nécessaires à cette recherche. L'entretien semi-directif encore appelé entretien qualitatif ou approfondi est fondé sur les interrogations assez ouvertes et généralement formulées. Le guide d'entretien est un ensemble de thème que l'enquêteur aborde avec les participants au cours de ses entretiens, ceci permettra au chercheur de comprendre d'avantage le phénomène étudié. Ledit guide est un outil de collecte de donnée dans l'approche qualitative, l'enquêteur devra faire suivre les différentes thématiques aux participants. Et ceci fera l'ordre des données collectées auprès des personnes cibles de la recherché. Comme personne cible dans le cadre de l'infertilité, les personnels de santé pour l'appareil génital seront interviewés ; ainsi que toute personne en âge de procréer. C'est ainsi que deux types de guide ont été élaboré pour mieux comprendre les représentations sociales de l'infertilité sur les rapports de genre. Le premier guide d'entretien concerne l'infertilité, les facteurs et la démarche clinique pour les personnes infertiles. Quant au deuxième guide d'entretien, il soulève les constructions socioculturelles de l'infertilité ainsi que les incidences rencontrées chez les couples où l'infertilité se vit. A cet effet, Le premier guide élaboré se présente comme suit :

➤ **Le questionnaire**

Le matériel quantitatif dans le cadre de cette étude portait sur l'échelle de Likert décrit dans l'article « connaissance sur l'infertilité et croyances en matière de traitement chez les femmes afro-américaines dans une communauté urbaine » développé par Ashley Wiltshire et al. Cette échelle a été testé dans 79 pays parmi lesquels les États-Unis. L'objectif des chercheurs était d'évaluer les croyances sur les connaissances de l'infertilité et le traitement spécifiquement chez les femmes Afro-Américaines en milieu Urbain à Atlanta, en Géorgie. Autrement dit, il était question d'établir un niveau généralisé de connaissance et découvrir des schémas de croyances uniques au sein de cette sous-population à utiliser comme base pour une intervention éducative, ainsi qu'un outil pour aider à façonner les soins optimaux des patients. Le questionnaire élaboré dans le cadre cette recherche est constitué de 24 items en deux parties. La première partie portait sur les représentations de l'infertilité et comportait 13 questions dont 6 questions sur les connaissances de l'infertilité, 3 questions sur les croyances positives de l'infertilité et 4 questions sur les croyances négatives de l'infertilité. Quant à la deuxième partie, elle consistait à recueillir les informations sociodémographiques des répondants et répondantes.

Ce questionnaire vient compléter la compréhension sur la pensée populaire de l'infertilité auprès des participants

#### **4.3.2 Procédures de collecte des données**

##### **➤ Le guide d'entretien**

Pour réaliser la collecte des données qualitatives, la prise de contact s'est effectuée auprès des gynécologues et des autres participants pour obtenir un rendez-vous. Une fois que les participants ont accepté le rendez-vous, les raisons de la rencontre étaient précisées avec la présentation de l'autorisation de recherche. Parce qu'il fallait se rassurer de l'endroit de l'entretien afin de réduire les bruits lors de l'entretien. Lors des entretiens, des notes étaient prises en dehors de l'enregistrement. La collecte des données s'est effectuée auprès des gynécologues ainsi d'autres personnes en âge de procréer. Le premier guide d'entretien était adressé aux gynécologues dans le but de comprendre le phénomène d'infertilité, parce que d'aucun ne pense que c'est culturel. En dehors des gynécologues, il était question de comprendre la perception qu'ont les Camerounais sur l'infertilité, ceci a été accompagné par le questionnaire. L'enquête s'est déroulée dans la ville de Yaoundé dans deux hôpitaux et un cabinet médical auprès des gynécologues. Après obtention d'une autorisation de recherche que la descente sur le terrain a eue lieu. La première descente s'est effectuée au Cabinet Médical Saint-Etienne avec la rencontre d'un gynécologue-obstétricien. La seconde descente a eu lieu à l'Hôpital Central de Yaoundé avec la rencontre de deux gynécologues Obstétriciens. La troisième descente a eu lieu à la faculté de médecine auprès d'une femme gynécologue obstétricienne. Pour continuer la collecte des informations, on s'est rendu au CHRACERH pour déposer un dossier de collecte d'information, ainsi qu'à l'Hôpital Gynéco-Obstétricien et Pédiatrique de Yaoundé. L'Hôpital Gynéco-Obstétricien et Pédiatrique de Yaoundé nous a remis certaines données statistiques sur les consultations gynécologiques. Après avoir finir de collecter les informations auprès des gynécologues, le collecte s'est poursuivie auprès des autres participants (es). Au total, il y'a 18 participants (es) pour l'approche qualitative, dont 4 gynécologues ; 5 participants et 7 participantes.

##### **➤ Le questionnaire**

Cependant, le questionnaire s'est effectué à base des contacts du téléphone, accompagné d'une recommandation de partager autant que possible les liens dans plusieurs groupes WhatsApp. Ensuite, le questionnaire s'est déroulé en ligne. Il a été élaboré dans Google form et envoyé par mail, à des numéros et groupes WhatsApp pour remplissage du formulaire. L'enquête s'est effectuée dans la ville de Yaoundé Au total, il y'a eu 101 participants sur le

questionnaire. Les enquêtes se sont déroulées de la période de février 2022 jusqu'en juin 2022. Pour la première partie, les réponses devaient se faire par deux propositions « vrai ou faux », le répondant/la répondante devrait cliquer sur une réponse au choix. Quant à la deuxième partie, il était question de faire des propositions de réponses et les répondants devaient choisir en fonction de ce qui lui correspondait.

Les difficultés rencontrées lors de la collecte étaient d'ordre temporel (disponibilité des certains participants), la difficulté à pouvoir faire remplir le questionnaire auprès des enquêtés de manière physique. Ainsi que la sensibilité du sujet dans la mesure où certaines personnes étaient réticentes à aborder le sujet d'infertilité. C'est pourquoi, il y'a un entretien inachevé faute de la réticence de la participante.

#### **4.4 Techniques d'analyse des données**

Les données collectées seront analysées par des outils, pour le guide d'entretien, il s'agira de faire une analyse de contenu des discours des répondants et répondantes, pour le questionnaire, il s'agira d'utiliser le logiciel IBM-SPSS version 24.

##### **4.4.1 L'analyse des données qualitatives**

En premier temps, l'approche qualitative se fera à travers une analyse de contenu. La technique d'analyse de contenu est un procédé qui a pour but de mettre en lumière de façon objective, du sens implicite que regorge un texte, un discours, les résultats des tests psychologiques, le contenu des entretiens qui ont été transcrits. Il sera question de faire une étude horizontale en identifiant des caractéristiques communes générales des perceptions sur l'infertilité. L'analyse des données qualitatives procède par codification des participants pour respecter le code d'éthique et de déontologie. Pour les gynécologues, la codification se présente comme suit « gynéco » ; et quant aux autres participants (es), elle se présente ainsi : « part-H (sexe masculin) ; part-F (sexe féminin). Les données qualitatives sont des données non numériques qui une technique d'analyse différente de l'approche quantitative. Compte tenu que l'analyse de contenu est la méthode la plus répandue pour étudier les interviews qualitatives, c'est elle qui sera utilisée dans le cadre de cette étude. Elle consiste à retranscrire les données qualitatives, à formuler une grille d'analyse, à coder les informations recueillies et à les traiter. L'analyse de contenu cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de façon objective. D'après Andreani et Conchon cité dans Berelson (1952), l'analyse de contenu est « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du

contenu manifeste de la communication »<sup>159</sup>. Il s'agit de la transformation d'un discours en texte oral en texte. L'analyse de contenu s'effectue en trois étapes que sont : la retranscription des données,

- **Retranscription des données** : il s'agit de faire l'inventaire des informations recueillies tout en les mettant sous forme d'écrit. Le texte encore appelé verbatim représente les données brutes de la recherche. Ces données seront analysées, décrites et évaluées en détail par rapport au phénomène de l'infertilité.
- **Codage des informations** : il est question de décrire, de classer et de transformer les données qualitatives brutes en fonction de la grille d'analyse. C'est un processus lourd et minutieux qui est fait à la main et pour lequel il n'existe aucun système automatique. Le codage à utiliser dans cette étude est un codage ouvert qui consiste à la lecture ligne par ligne des données pour les généraliser ; à la recherche d'ensemble similaire, au classement et aux comparaisons ; et au codage sélectif des idées centrales et répétitives. L'unité d'analyse sémantique permettra de ressortir les idées clés énoncées par les interviewés. Cette technique reprend les thèmes du guide d'entretien qui sont repartis en fonction des préoccupations et des objectifs de l'étude assimilés aux unités d'analyse.
- **Traitement des données** : il consiste à étudier le sens des idées émises ou des mots des participants. Il s'agit d'un processus de classement des caractéristiques, des causes, du contexte et des conséquences du phénomène de l'infertilité.

#### **4.4.2 L'analyse des données quantitatives**

Quant aux données quantitatives, le logiciel IBM-SPSS version 24 à servir d'outil d'analyse des données statistiques à travers l'utilisation des tests statistiques en rapport avec les sciences sociales. Les variables sociodémographiques sont recueillies en termes de chaque modalité de réponse (numérique, binaire, chiffrée), et les pourcentages dépendent des fréquences. Par exemple pour la variable sexe, le logiciel va additionner ceux qui ont validé la réponse une pour le sexe féminin, et deux pour le sexe masculin. Pour les réponses chiffrées, le logiciel va donner la fréquence de chaque réponse ainsi que son pourcentage. Ensuite la somme des moyennes des items ainsi que leurs écart-types nous permettra de déterminer les scores sur les connaissances de l'infertilité. Une fois les scores moyens obtenus, les tests de corrélation permettront d'étudier la relation qui pourrait exister entre deux variables quantitatives, elles

---

<sup>159</sup> Andreani JC, Conchon F (2003), « *Les Méthodes d'évaluation de la Validité des Enquêtes Qualitatives en Marketing* », Congrès des Tendances du Marketing, Novembre p.8

varient entre -1 et 1. La corrélation est positive lorsque les deux variables varient dans le même sens et avec une intensité similaire ; la corrélation est négative lorsque les deux variables les deux variables varient dans deux sens opposés et avec une intensité similaire. La corrélation est forte lorsque les variables sont dépendantes l'une de l'autre. La corrélation est faible lorsque les variables sont indépendantes l'une de l'autre. Ainsi que le test de Student à échantillon indépendant pour vérifier l'égalité des variances des échantillons. La suite de l'analyse se fera avec l'ANOVA à un facteur dans le but de vérifier la condition de normalité, c'est-à-dire si la variable se distribue normalement dans les ensembles parents, et aussi de vérifier si le test d'homogénéité des variables possède la même variance que les ensembles parents.

La méthodologie dans le cadre de cette recherche est de type mixte, il s'agit de l'approche qualitative et de l'approche quantitative. L'approche qualitative permet de mieux comprendre comment les représentations socioculturelles de l'infertilité se mettent en place pour influencer sur les rapports sociaux de sexe. Quant à l'approche quantitative, elle permet de compléter l'approche qualitative avec l'échelle sur le test des connaissances de l'infertilité.



**CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET  
ANALYSE DES RÉSULTATS**

Le chapitre trois de cette étude porte sur la présentation et l'analyse des résultats obtenus après la collecte des données. Il sera question de ressortir la signification des résultats, tirer des conclusions, évaluer les implications et formuler les recommandations en ce qui concerne les recherches futures. A cet effet, la première partie est intitulé synthèse des résultats ; ensuite l'interprétation des données et enfin la discussion des résultats incluant des implications et perspectives de cette recherche.

### **5.1 Présentation des résultats**

Les résultats ont été collectés à l'aide d'entretiens semi-directifs après de 16 participants dans l'approche qualitative et 100 participants dans l'approche quantitative. En ce qui concerne l'approche qualitative, il s'agit de 4 gynécologues obstétriciens, 7 femmes et 5 hommes qui ont accepté de prendre part à l'étude. Au niveau de l'approche quantitative, 52 hommes et 48 femmes ont rempli le questionnaire.

#### **5.1.1. Présentation des données qualitatives :**

G-1 est un homme âgé de 35 ans d'origine Massa. Il travaille au cabinet médical Saint Etienne dans la ville de Yaoundé, père de 3 enfants et a une expérience de 5ans dans la gynécologie obstétricien. C'est un homme célibataire de religion catholique qui travaille avec les couples qui rencontrent les problèmes d'infertilité.

G-2 est un homme marié, âgé de 44 ans et qui a 4 enfants. Il exerce dans la gynécologie depuis 7ans, d'origine Bokossi, il consulte à l'hôpital Central de Yaoundé et il est chrétien.

G-3 est un homme âgé de 41 ans qui exerce sa profession à l'hôpital Central de Yaoundé avec 6 ans d'expérience dans le domaine de la gynécologie obstétricienne. Il est marié et il a 4 enfants. Il est d'origine Bayamgui et pratique la religion catholique.

G-4 est une femme mariée et âgée de 48 ans avec 4 enfants. Elle travaille à l'hôpital gynéco-obstétricien-pédiatrique de Yaoundé, elle a 10 ans d'expérience dans le domaine de gynécologie obstétricien. Elle est chrétienne et d'origine Bassa.

P-1-H est un homme âgé de 34 ans et célibataire. Il est d'origine bamiléké et de religion catholique. Il a un master et est entrepreneur. Il n'a pas d'enfant et est née d'une fratrie de 4 enfants dont il est le deuxième.

P-2-H est un homme de 20 ans avec comme statut célibataire. Il est étudiant de master 2 à l'Université de Yaoundé I. il est d'origine Bulu et de religion adventiste. Il n'a pas d'enfant et le deuxième né d'une fratrie de 2 enfants.

P-3-H est un homme de 36 ans, d'origine Bamiléké. Il est d'obédience catholique et n'a pas d'enfant. Il est célibataire et à une licence. C'est un infirmier qui est deuxième né d'une fratrie de 5 enfants.

P-4-H est un homme âgé de 40 ans, marié et père de 3 enfants. Il a un baccalauréat et est sans emploi. Il est d'origine bamiléké, il pratique la religion catholique et est le cinquième né d'une fratrie de 6 enfants.

P-5-H est un homme âgé de 38 ans, célibataire et a un master en informatique. Il est informaticien comme profession, d'origine bamiléké et pratique la religion catholique. Il n'a pas d'enfant et est le premier né d'une fratrie de 3 enfants.

P-1-F est une femme âgée de 27 ans, elle est célibataire. Elle étudiante en master 2 à l'Université de Yaoundé I, elle est sans emploi. Elle d'origine Bulu, pratique la religion catholique. Elle est la neuvième née d'une fratrie de 9 enfants.

P- 2-F est une femme âgée de 33 ans, mariée et à un probatoire comme diplôme le plus élevé. Elle est gestionnaire et d'origine bamiléké. Elle pratique la religion catholique, elle est la septième d'une fratrie de 7 enfants, elle a 2 enfants.

P-3-F est une femme mariée, âgée de 40 ans. Elle a le niveau probatoire et exerce le métier d'esthétique. Elle est d'origine bamiléké et pratique la religion catholique. Elle est née d'une famille de 5 enfants et occupe le rang de deuxième, elle a 2 enfants.

P-4-F est une femme âgée de 30 ans, elle est célibataire et à un niveau licence. Elle occupe la profession de comptable, d'origine bamiléké et pratique la religion catholique. Elle est sixième d'une fratrie de 6 enfants, elle a un enfant.

P-5-F est une femme âgée de 30 ans avec un statut de célibataire. Elle est étudiante en master 2 à l'Université de Yaoundé II, d'origine bamiléké et pratique la religion protestante. Elle est septième d'une fratrie de 9 enfants et n'a pas d'enfant.



P-6-F est une femme célibataire, âgée de 30 ans. Elle est étudiante à l'Université de Yaoundé II, d'origine éwondo, elle pratique la religion pentecôtiste. Elle est deuxième d'une fratrie de 5 enfants et elle est mère d'un enfant.

P-7-F est une femme d'origine douala, elle est âgée de 40 ans et a un statut de célibataire. Elle pratique le métier de coutière et est témoin de Jehova. Elle est deuxième d'une fratrie de 2 enfants, elle n'a pas d'enfant.

Tableau N°7 : Légende des codes de transcription.

<b>Code de transcription</b>	<b>Signification du code de transcription</b>
<b>G</b>	Gynécologue
<b>1, 2, 3, 4, 5, 6</b>	Numérotation des gynécologues et des participants
<b>P</b>	Participants
<b>F</b>	Féminin
<b>M</b>	Masculin

Tableau N°8 : Transcription du discours des gynécologues sous forme de verbatim

G 1	Q 1	<p>« D'accord .... Dont, pour ce qui est de des facteurs de risque de l'infertilité, ce sont des facteurs de risque généralement bien identifiés dans la population générale. Le plus souvent, c'est quand on rencontre, les facteurs de risque dépendent de, des femmes, qui n'ont pas encore, une femme qui n'a pas de, qui n'a pas encore eu de grossesse à un certain âge. Selon le terme consacré, on dit les primipares âgées, primipares âgées ce sont les femmes qui ont plus de 30ans, qui n'ont jamais porté de grossesse. Le seul fait d'avoir plus de 30ans et n'avoir jamais porté de grossesse, ça diminue la fécondité. La fécondité qui est la chance de tomber enceinte par cycle, ça s'est de manière naturelle parce que le stock d'ovule de follicule diminue, voilà. Bon et puis, il y'a également l'obésité, ça c'est les pathologies que la personne peut présenter comme l'obésité. L'obésité est un facteur de risque d'infertilité parce qu'une femme obèse à tendance à libérer plus d'œstrogène, et l'œstrogène peut agir comme une sorte de, une méthode de contraception. Donc ça peut diminuer la fécondité dans cette situation. Dont en dehors de l'obésité comme pathologie, on peut avoir une hyperthyroïdie, c'est une pathologie de la thyroïde, le simple fait d'avoir une pathologie thyroïdienne, ça peut impacter sur la fécondité. Et il y'a également l'hyper-prolactinémie, l'hyper-prolactinémie c'est la sécrétion anormale ; la prolactine est une hormone sécrétée par le cerveau qui agit sur les seins. Ça inhibe l'ovulation, une femme qui a un problème d'hyper-prolactinémie quel qu'en soit la cause, elle peut être prédisposée à l'infertilité. Il y'a également les syndromes poly-kystiques, la particularité des syndromes poly-kystiques, c'est que les follicules de la femme ont une taille anormalement plus, dont ont une taille petite et inférieure à la normal. Dont du coup ces follicules qui ont une taille anormale vont libérer beaucoup d'estrogènes et l'organisme assimile cela comme si c'était une méthode de contraception. Dont du coup, ça ça entraîne souvent les troubles d'ovulation, les femmes ont souvent les problèmes de l'infertilité. Bon ça s'est souvent l'un des facteurs de risque. Mais on peut avoir des femmes qui ont cette pathologie qui peuvent tomber enceinte. Mais parmi elles, on retrouve beaucoup qui ont des problèmes d'infertilité, voilà pourquoi je dis, ça ce sont des facteurs de risque qui peuvent dissocier des causes qu'on peut bien identifier. Voilà, dont je ne sais pas si j'ai répondu à la question... »</p> <p>« Voilà, et l'infertilité peut être primaire ou secondaire. Primaire ça veut dire que la femme n'a jamais eu de grossesse, et le couple n'a jamais eu à procréer. Secondaire ça veut dire c'est une femme qui faisait des grossesses avant, et à un moment donné, ça veut dire que, et là on parle d'infertilité secondaire. Voilà, et chaque type d'infertilité à ses causes, je ne sais pas s'il faut les énumérer aussi ? Oui alors, souvent dans l'infertilité primaire, c'est-à-dire une femme qui n'a jamais eu d'enfant, qui n'a jamais conçue. Dans le le, les causes féminines, ça peut être généralement des malformations génitales, une femme qui a des malformations utérines, voilà. Ou bien des ovaires, qui n'ont pas de follicules de bonne qualité, voilà pourquoi je parle souvent des ovaires micro-polytiq, c'est une pathologie bien connue... Les deux peuvent avoir des problèmes, dont les mêmes causes là, voilà pourquoi ça peut être d'origine mixte. Et il y'a des causes inconnues, les deux peuvent avoir des problèmes, on ne peut identifier aucune cause chez les deux, mais les deux peuvent avoir des problèmes à procréer ; mais le pourcentage souvent c'est moins de 10%. Oui oui les causes inconnues... Parce que rapport sexuel pendant la période féconde n'est pas égale à grossesse, parce qu'il y'a ce qu'on appelle la fécondabilité. La fécondabilité est la chance de tomber enceinte par cycle. Oui, elle est de 25% »</p>
	Q 2	« C'est 12 mois ».
	Q 3	<p>« la démarche pour un problème d'infertilité n'est pas différente de la consultation classique, c'est un couple qui vient consulter et puis, qui dit que eux ils sont là pour un problème de conception, il n'arrive pas à concevoir. On recherche dans les antécédents, dont les facteurs de risque et les causes, dont les antécédents. On enquête d'abord sur le déroulement du cycle menstruel, est ce que le cycle menstruel se déroule normalement pour essayer de voir, est ce que c'est un problème hormonal. Parce que généralement le problème hormonal impacte sur le déroulement du cycle menstruel. Pour une femme qui a un cycle normalement long ou bien qui saigne de manière anormale ainsi de suite, là on va investiguer que ça peut-être un problème hormonal... pour bien faire des, s'ils ne sont pas disponibles, il faut faire les rapports sexuels ciblés pendant la période féconde. Dont on les éduque pour qu'ils déterminent, pour qu'ils essaient d'identifier la durée de de, d'identifier pendant la période féconde, de faire les rapports sexuels pendant la période féconde. Et également chez l'homme, on cherche les antécédents chez l'homme, est ce qu'il a eu des enfants avant. Est-ce que c'est son, sa première relation, est ce qu'il a eu une relation avant. Est-ce que dans l'autre relation, il a eu des problèmes de conception, ou d'infection. Ou s'il a</p>

		<i>eu à faire des examens comme le spermogramme, et le spermogramme, est ce que ça avait déjà identifié le problème, ou bien il est un fumeur, parce que ça ce sont les facteurs de risque... »</i>
	<b>Q 4</b>	<i>« non, l'hôpital ou bien le gouvernement ?, il y'a une démarche à suivre à suivre, il y'a un accompagnement ».</i>
	<b>Q 5</b>	<i>« Faire les bilans et les suivis, et il n'y'a pas un accompagnement particulier le genre prise en charge psychologique sauf si c'est maintenant c'est à l'appréciation du gynécologue s'il pense que c'est, il faut une prise en charge psychologique parce que le problème souvent, les problèmes de couples, il y'a souvent des pressions familiales.... Dont le plus souvent, quand c'est comme ça, nous on rassure d'abord le couple, parce que le stress, j'ai même omis de le dire, le stress est un facteur de risque qui retarde... C'est Dieu qui donne, c'est en fait, c'est ça. Dont le plus souvent c'est, ce sont les cas d'exceptionnel où il faut vraiment un accompagnement psychologique. Ce sont des cas très exceptionnels parce que le plus souvent, c'est souvent quand le gynécologue essaie à son niveau ça passe. Mais sinon, il n'y 'a pas de facilité particulière, mais non ... ».</i>
	<b>Q 6</b>	<i>« oui le plus souvent c'est les résultats, ça dépend de l'étiologie, ça dépend de l'étiologie. Mais les étiologies qui donnent le fil à retordre, c'est souvent les étiologies dues aux trompes, aux pathologies tubaires, aux trompes qui sont bouchées... ».</i>
	<b>Q 7</b>	<i>« bon pour les couples que j'ai eues à suivre jusque-là, la stabilité du couple est souvent perturbée quand c'est la femme qui a un problème. Quand c'est souvent, quand on a identifié que c'est la femme et que l'homme n'a pas de problème, le plus souvent, le couple peut se désagréger plus tard, parce que l'homme aura tendance à dire que je peux chercher une autre femme plus tard. Le plus souvent, mais quand c'est c'est l'homme la femme a tendance à soutenir l'homme. La femme a tendance à soutenir l'homme, mais j'ai eu à suivre des couples où c'est l'homme qui a des problèmes, mais la femme était prête à aller chercher dehors. J'ai eu aussi certains cas comme ça, où la femme dit que docteur, est ce que si je pars chercher dehors, ça peut. Bon j'ai dit que maintenant, ça sera difficile parce que l'homme lui sais que c'est lui, sauf si lui il sait que, qu'on essaie de traiter l'homme. Voilà, si c'est un cas traitable et là, on peut d'abord le suivre, mais on n'encourage pas ça... »</i>
<b>G 2</b>	<b>Q 1</b>	<i>« déjà l'infertilité est, et il y'a des facteurs masculins, il y'a des facteurs féminins, et puis il y'a des facteurs entre qui concernent les deux individus dont on ne maîtrise pas. Voilà, donc du côté féminin, l'un des plus grands facteurs des risques c'est l'infection, les antécédents d'infection. D'autres facteurs de risque c'est des anomalies du cycle qui peuvent avoir des rapports avec, en fait qui entraînent des anomalies d'hormone, dont des anomalies des cycles qui peuvent, dont pour certains on ne connaît pas la cause. Voilà, comme le syndrome des ovules micro-poli-kystiques, facteur de risque toujours côté femme, c'est l'obésité, la femme qui a un poids, qui, en fait qui a un indice de masse corporelle anormale au-dessus de 30, c'est aussi la femme qui est trop maigre.... »</i> <i>« non non, l'infertilité secondaire chez nous, c'st caractérisé par l'histoire de la femme, si elle a déjà eu à avoir des grossesses avant. Et puis maintenant, elle n'arrive pas à avoir des grossesses, on dit secondaire. Primaire ça veut dire que cette femme n'a jamais été féconde, c'est-à-dire que oui. Maintenant, parfois quand on a un couple, on peut parler de primaire ou secondaire chez un couple, parfois leur histoire à deux... non non, l'infertilité secondaire chez nous, c'est caractérisé par l'histoire de la femme, si elle a déjà eu à avoir des grossesses avant. Et puis maintenant, elle n'arrive pas à avoir des grossesses, on dit secondaire. Primaire ça veut dire que cette femme n'a jamais été féconde, c'est-à-dire que oui. Maintenant, parfois quand on a un couple, on peut parler de primaire ou secondaire chez un couple, parfois leur histoire à deux... »</i>
	<b>Q 2</b>	<i>« pour définir déjà l'infertilité, c'est 12 mois »</i>
	<b>Q 3</b>	<i>« la démarche clinique, est ce que un ovule, est ce qu'il y'a des éléments qui montrent que elle a un problème au niveau de son bas ventre ? Voilà...de préférence avec le couple, il arrive parfois que l'homme est très occupé. On ne peut pas attendre le plus souvent on a plus besoin de l'homme, dès qu'on a examiné s'il vient, on l'examine. Mais parfois chez l'homme, rien que son spermogramme pet dire l'essentiel... ».</i>
	<b>Q 4</b>	<i>« non, je suis pas au courant... ».</i>
	<b>Q 5</b>	<i>« c'est en fonction des cas, la première des choses, c'est qu'à partir de l'évaluation clinique des examens, on a un seul diagnostic. Et c'est en fonction maintenant du diagnostic qu'on adopte une approche. Oui, maintenant si on a identifié la cause, si c'est une cause qu'on peut traiter on traite. Si c'est une cause qu'on ne peut pas traiter, on essaie de contourner la cause... ».</i>

	<b>Q 6</b>	<i>« c'est difficile à évaluer, plusieurs, oui parce que on oublie les anomalies et parfois c'est difficile de connaître même tout. Parce que parfois ça marche, vous ne revoyez plus la personne, vous ne les renvoyer plus mais ça a marché. Parce que très souvent, il y'a des gens qui quittent de loin, après ils rentrent là où ils habitent, quand elle tombe enceinte parfois vous n'attendez plus. Parfois c'est quelques années, il y'a une femme qui m'a appelé dernièrement pour dire que après le traitement de la dernière fois, elle me rappelle mais elle a perdu la grossesse ç deux semaines de grossesse. Il y'a eu un problème, un souci et l'enfant est mort dans le ventre, elle est allée dans un centre, on a nettoyé et pis après maintenant, parce que je vais recommencer. Dont il y'a des situations comme ça...».</i>
	<b>Q 7</b>	<i>« bien sûr, les difficultés ne manquent pas, il y'a comme j'ai dit, il y'a parfois l'homme refuse de venir, il y'en a qui refuse même de faire le spermogramme, il dit que mon spermogramme est normal, on explique à la femme. On dit que c'est important, que c'est important. Dans certaines situations et si on peut traiter la femme, on donne son traitement. Et elle a, elle part se débrouiller avec son mari, on lui dit clairement que, tant qu'on a pas les données du monsieur, on est limité, oui c'est ça... oui, ça dépend, parfois si on se situe à un certain niveau, il peut avoir certaines choses qui manquent. Mais très souvent la grande décision c'est au niveau des patients, avoir les moyens pour faire les examens. Il y'a plusieurs patients comme vous demandez les examens, parce que l'infertilité coûte cher...»</i>
<b>G 3</b>	<b>Q 1</b>	<i>« il y'a les facteurs de risque masculin et féminin, le facteur de risque masculin, c'est, ce sont des oreillons, les infections aux oreillons, il y'a les infections sexuellement transmissibles... chez la femme, il y'a aussi les infections sexuellement transmissibles, on peut avoir les mêmes infections gynécologiques comme je viens de citer là, chlamydia, mycoplasme, syphilis, gonoque.» « il y'a l'infertilité primaire, il y'a l'infertilité secondaire. L'infertilité primaire ça veut dire que ni l'homme ni la femme n'a jamais eu une conception... l'infertilité secondaire, ça veut dire la femme a déjà eu un enfant avant de commencer à chercher une autre grossesse, bon qui n'arrive pas à aboutir »</i>
	<b>Q 2</b>	<i>« minimum 1an, il faut au moins suivre un couple qui ont des rapports sexuels régulièrement, qui a régulièrement ça veut dire deux à trois rapports sexuels par semaine pendant au moins un an.»</i>
	<b>Q 3</b>	<i>« d'abord, on fait d'abord le bilan infectieux, démarche clinique c'est d'abord d'éliminer s'il y'a des infections entre le couple. Après maintenant, on regarde le spermatozoïde pendant qu'on regarde le spermogramme chez l'homme, chez la femme on regarde le bilan ovuligique, dont on veut voir est ce que les trompes sont ouvertes ou pas. Et on s'assure sur l'ovulation a lieu effectivement, dont on fait les tests d'ovulation pour voir si c'est positif ou pas. Et ensuite si on se retrouve que tout est normal morphologiquement chez la femme, et puis on suit maintenant chez l'homme. Logiquement on va faire l'échographie testiculaire pour voir si l'homme n'a pas de problème comme l'hématocèle, l'hydrocèle qui peuvent jouer un rôle important pour la spermatogénèse... »</i>
	<b>Q 4</b>	<i>« : généralement il y'a une politique élaborée pour l'infertilité et il y'a des examens, les bilans qu'on demande d'habitude et qu'on trouve peut-être que la femme a un problème, on peut passer à l'opération, on peut faire l'opération pour arranger les trompes, pour s'assurer que les trompes passent bien. Il y'a des bilans radiologiques pour voir si les trompes passent bien, la radio des trompes. Et le bilan du spermogramme, dont tout ça est élaboré dans l'hôpital...»</i>
	<b>Q 5</b>	<i>« parfois quand on se trouve coincé, par exemple qu'on trouve peut-être que la dame a des problèmes au niveau des trompes, on doit arranger chirurgicalement par chirurgie. On peut proposer l'anuscopie. Bon c'est vrai qu'on n'a pas ici dans l'hôpital mais on a déjà fait une commande pour la colonne des cellules. On espère par grâce, par la grâce du seigneur que ça sera disponible peut-être l'année prochaine”</i>
	<b>Q 6</b>	<i>« des résultats positifs n'est ce pas, oui. il y'a plusieurs patients que tu suis et qui suivent les conseils et tout, il se trouve enceinte.</i>
	<b>Q 7</b>	<i>« ehh, la difficulté qu'on rencontre dans les couples, la plus part du temps c'est l'homme qui dit qu'il n'a pas de problème, dont c'est difficile de trouver l'homme venir à l'hôpital pour se faire consulter. C'est quand il commence à vieillir qu'il se dit mais, et il a essayé 1 2 3 4 petites amies la dehors. Ça n'a pas donné, là lui seul il se présente lui seul. D'abord, parfois il ne vient même pas avec sa femme, il se présente toute seule. Dont c'est de cette manière qu'il se présente, et quand par exemple que un couple peut normal qui ont commencé une relations. La plus part du temps, c'est l'homme qui dit à la femme va d'abord te faire examiner ainsi de suite. Et on va voir, dont c'est rare, mais la plus part du temps. Il y'a quelques fois c'est la manière de faire...”</i>

<b>G 4</b>	<b>Q 1</b>	<p>« L'infertilité du couple a des facteurs multiples, il y'a les facteurs féminins, les facteurs masculins. Chez les femmes en premier lieu c'est les complications des infections qui sont à l'origine de, de l'infertilité, mais il y'a les causes ovulaires c'est-à-dire que les anomalies de l'ovulation, il y'a les malformations de l'appareil génital et chez l'homme il y'a des anomalies de, de du spermogramme, il y'a des complications des infections également, voilà. Globalement c'est ça. Il y'a les anomalies génétiques aussi que ce soit chez l'homme que ce soit chez les femmes, les anomalies chromosomiques...»</p> <p>« Infertilité primaire, infertilité secondaire. Infertilité primaire ça veut dire qu'une femme n'a jamais eu de grossesse, elle n'a jamais eu d'enfant et infertilité secondaire ça veut dire qu'elle qu'elle a d'abord eu un enfant et puis elle cherche en avoir d'autres et puis ça ne vient plus... »</p>
	<b>Q 2</b>	<p>« Plus l'infertilité est longue, plus le pronostic est défavorable, c'est à dire plus c'est difficile de la prendre en charge. D'abord l'infertilité se définit comme l'impossibilité pour un couple d'avoir un enfant au bout d'une année de rapports sexuels réguliers fécondants, bien conduits. Donc après un an quand un couple n'a pas d'enfant c'est une infertilité. Et donc plus les années passent, plus c'est difficile...»</p>
	<b>Q 3</b>	<p>« Ça dépend de l'étiologie. Quand c'est une étiologie infectieuse on soigne, quand c'est on soigne l'infection et puis on laisse, et puis on on fait on expose le couple à la la la grossesse, quand c'est des anomalies, en fait quand c'est des anomalies qu'on peut corriger on les corrige et puis on essaye la procréation de manière naturelle. Quand les moyens naturels ne suffisent pas on passe à la procréation médicalement assistée. Voilà qui est un accompagnement de deuxième niveau et voilà donc c'est ça la démarche. »</p>
	<b>Q 4</b>	<p>« Politique nationale, politique, il y'a des protocoles médicaux pour la prise en charge de l'infertilité. Politique nationale je ne je ne sais pas, mais récemment on n'a à l'assemblée nationale du Cameroun il y'a environ deux semaines on a il y'avait le projet, il y'a un projet qui a été discuté sur la qui avait un lien avec la procréation médicalement assistée. Je crois que si vous vous renseigné vous allez avoir l'information. »</p>
	<b>Q 5</b>	<p>« Non les protocoles sont tellement variés, les médicaments sont tellement variés, la prise en charge est tellement vaste, il y'a les médicaments qu'on donne pour cela, il y'a des traitements chirurgicaux, il y'a des des combinaisons thérapeutiques. Donc il n'a pas un médicament pour que je vous dise que tel médicament est utilisé pour la prise en charge, ça dépend de l'origine. Si vous avez une trompe bouchée tous les hormones qu'on va vous donnez ne vont rien changés. Donc c'est en fonction de la de l'anomalie qu'on va détecter »</p>
	<b>Q 6</b>	<p>« Oui, oui, oui il y'a les oui oui dès il y'a je vous ai dit qu'il y'a plusieurs paliers de traitement comme il y'a plusieurs paliers de diagnostic. Parfois un bon conseil dire aux gens comment avoir des rapports fécondants suffit, par ce qu'il y'a des gens qui ne, qui n'en savent rien. Donc parfois l'éducation suffit. Parfois la prise en charge des infections résout le problème. Parfois la correction de certaines anomalies sur le plan chirurgicale suffit. La procréation médicalement assistée avec tous ses protocoles et tous ses moyens disponibles par ce que c'est un spécialité à part de la gynécologie. »</p>
	<b>Q 7</b>	<p>« D'abord les couples ne viennent pas d'emblée, très peu de couples viennent ensemble, en général on envoi d'abord la femme en éclaireur pour aller voir si c'est elle le problème, oui donc. C'est un sujet tabou, c'est un sujet tabou en Afrique. L'infertilité c'est comme un échec pour le couple de ne pas pouvoir faire l'enfant. Donc en général la femme vient parfois quand on demande au couple de venir certains viennent d'autres sont carrément radicaux, ils ne viennent pas et ça peut prendre ça fait partir des lenteurs à la prise en charge des couples infertiles. Ça peut prendre des mois, des années pour réussir à convaincre un conjoint de venir à l'hôpital... »</p>

Tableau N° 9 : Transcription du discours des participants sous forme de verbatim

<b>P-1-H</b>	<b>Q 1</b>	<i>« Bon je pense que l'infertilité est le fait de ne pas pouvoir procréer et ça , ça crée souvent des blocus quoi, psychologiques donc, ça rend certaines personnes parfois même aigris hein, à cause de ça... non, non, non, non, non, non parce qu'en Afrique, l'africain a l'africain aime, je peux dire quoi, la famille généralement, donc lorsqu'un homme prend pour épouse une femme, la première chose, l'objectif premier c'est de faire des enfants, c'est pas parce qu'on veut vivre ensemble, non ! C'est de faire des enfants. Non ça ne rentre pas dans notre culture, pas du tout...je t'ai dit, parce qu'on aime la famille, généralement, quand tu vois un couple africain qui n'a pas d'enfants, ils ont généralement beaucoup de problèmes. La pression de la belle-mère, de la famille, le regard d'autrui sur eux, non ça ce sont les généralement on traite d'impuissant, et si par mégarde tu portes main sur un enfant, on va te traiter de tous les noms»</i>
	<b>Q 2</b>	<i>«ah ! Les gens qui vivent dans cette situation sont généralement frustrés, beaucoup même frustrés, et tellement frustrés que d'autres se perdent dans les croyances ou bien dans des maraboutages, des trucs que hors normes, juste parce qu'on a besoin de chercher l'enfant. Donc ces gens qui vivent dans l'infertilité sont vraiment pour eux, bon pour eux c'est, en Afrique généralement hein, parce que je parle de l'Afrique, parce que si c'est le monde, ce sera autres choses, je parle de l'Afrique généralement car pour, c'est comme s'ils n'ont pas de vies ; un peu ça. Parce qu'à chaque fois, quelqu'un viendra toujours leur rappeler cela... non ! L'infertilité n'est pas une malédiction. C'est je veux dire quoi, ça arrive, ça peut être une maladie. Ce n'est pas une malédiction, ça peut être une maladie qu'on peut soit soigner, soit trouver des voix de contournements...».</i>
	<b>Q 3</b>	<i>« : j'ai déjà dit que quand tu es en situation d'infertilité, la société te rappelle ça chaque fois, que on te traite généralement d'une personne ; bon quand tu n'es pas en puissance de procréer, c'est un peu comme si tu étais je peux dire quoi, bon tu ne vaux pas grand-chose quoi, même si tu as l'argent, quand les gens vont te regarder, ils vont dire : « tu vois, il a beaucoup d'argents mais il n'a même pas d'enfants. Donc les gens te traitent toujours comme si tu es le dernier, dans ce cas-là...»</i>
	<b>Q 4</b>	<i>« bon, à ce que je sache, le couple c'est deux personnes, le couple c'est deux personnes déjà, et la probabilité que ces deux personnes soient infertiles, ne soient pas fertiles au même moment, c'est, faible ! généralement soit c'est la femme, généralement soit c'est l'homme. Donc, selon moi, la meilleure des choses c'est d'aller faire les examens, dialoguer et trouver qui fait problème et la science fera le reste... ».</i>
	<b>Q 5</b>	<i>« ah ça chauffe souvent aux bouts des lèvres, tu vois ?... attends, quelqu'un va te dire ah : « ta femme n'arrive pas à concevoir hein, il faut la mettre dehors hein, tu prends ... » et non loin de ça, tu auras des gens qui viendront t'intoxiquer : « ah ! quand elle était jeune, elle a fait si, elle a fait tel nombre de divorce donc d'avortements pardon, donc généralement, c'est le divorce qui prime, parce que, la famille de l'homme parce que généralement en Afrique, on rejette trop le problème de l'infertilité, on rejette souvent trop sur la femme, donc on pense toujours que c'est la femme qui est infertile, bon ! ...Et parfois, pour mieux voir certains jouent aux malins, comme je disais tout à l'heure, ils partent concevoir pour venir dire que c'est ton enfant, généralement, la deuxième fait souvent ça, avec les conseils de x ou y ; elles partent concevoir pour venir dire que c'est ton enfant, raison de plus pour mettre la première dehors... ça revient à la même chose, parce que j'ai dit le cas où c'est la femme, c'est ce qui se passe, tu n'arrives pas à concevoir, maintenant, dans le cas où c'est remarqué que c'est l'homme, tu vois, ça devient compliqué, or, dans le cas où ça devient compliqué parce que tu n'arrives pas à enceinter ta femme, ou tes femmes, mais dans le cas où c'est la femme et que réellement dit, tu as enceinté la deuxième, ça veut dire qu'on se rend compte que l'infertilité c'est chez la femme, c'est difficile que, ça devient très difficile pour cette dernière parce qu'elle se retrouve face à un problème qu'elle va affronter chaque jour, comment ma coépouse a pu enfanter moi j'ai pas pu enfanter ? oui ! et là, elle se retrouve sous pression, donc la pression qu'elle a c'est qu'elle veut aussi enfanter comme sa coépouse, maintenant il faut se jeter dans les produits pharmaceutiques pour ceux qui sont fortes mêmes, et certaines se jettent dans des histoires d'église. ».</i>

P-2-H	Q 1	<p>« ce sont des filles qui ont fait de mauvaises choses dans leur jeunesse...même aussi masculin, il y a des garçons qui gardent souvent des feintes populaires qu'on disait souvent étant petits que les garçons qui se masturbent-là vont être infertiles demain, un truc comme ça... non, puisque dans les coutumes même il y a les stimulants pour augmenter la pour rechercher la fertilité des hommes, les stimulants pour augmenter même la force comme on dit souvent la force de frappe des hommes. Donc je ne pense pas que c'est à cause d'une coutume qu'on rend quelqu'un infertile, je ne suis pas sûr que quelqu'un ait été infertile par rapport à une coutume, je peux même dire que d'habitude quelqu'un dont on constate l'infertilité, c'est vrai il sera un peu stigmatisé mais de l'autre côté au niveau de la coutume on fait tout et pour tout, il boit de ces potions bizarres à gauche et à droite, tout ça parce qu'il doit retrouver la fertilité, surtout chez nous les peuples du Sud où on a souvent des cas de personnes où il y a eu une période où il y avait une grosse infertilité là dans la région du dans le bassin du Congo tout tout tout là... »</p>
	Q 2	<p>« bon, moi personnellement je n'ai pas connu des personnes infertiles mais je pense que pour des personnes infertiles qui sont mariées par exemple, c'est un peu une frustration, là ça donne libre cours par exemple aux familles de pratiquement obliger le mari à avoir une seconde femme, parce qu'il faut absolument avoir un enfant, bon je crois avoir un exemple de personne infertile, j'ai quelqu'un qui sa femme est infertile, ils ont dépensé beaucoup d'argent en médecine moderne pour trouver a solution mais elle avait un problème avec ses trompes si je me rappelle bien, et elle a laissé libre cours à son de faire un certain nombre d'enfants à l'extérieur et de les ramener à la maison, donc je crois qu'ils a fait trois enfants dehors, il les a ramené, et elle s'occupe comme mère, mais je ne sais pas je n'ai pas rencontré ouvertement la femme pour connaître sa position psychologique mais le monsieur, j'ai vu sa détresse contre le long combat contre l'infertilité de sa femme. »</p>
	Q 3	<p>« bon, chez les hommes je peux dire, les paroles, dans les c'est vrai que j'ai dit que je ne fréquente pas, je n'ai pas beaucoup fréquenté les personnes infertiles mais je pense que les paroles qui sont parfois échangées avec ces personnes c'est une fois que l'infertilité est déjà constatée, c'est du genre oh ! : « demi homme, homme faible hommes sans postérité », et c'est vrai que pour les hommes c'est un peu plus mitigé, parce qu'on va dire, bon si c'est qu'il arrive à avoir de l'argent, si c'est qu'il arrive à être socialement apte, il n'y a pas de soucis, c'est maintenant le village, qui vont, qui va lui apporter un enfant, donner même tout son nom à l'enfant même, c'est un cas, car je me rappelle d'une histoire de ma mère, une histoire que ma mère me racontait, donc, une femme qui a eu, qui est infertile qui a eu trois enfants, donc son oncle lui a donné un enfant, sa cousine lui a donné un enfant, et un oncle éloigné lui a donné un enfant, et tous les enfants là portent son nom exactement. C'est chez les Bafia je veux dire que c'est chez les Bafia c'est une façon de reconnaître qu'une dame a été infertile, tous les enfants qu'on lui donne portent son nom, exactement, c'est-à-dire sans changer, le même nom, même prénom, donc je peux dire que c'est peut-être une forme de stigmatisation, mais aussi, chez les femmes aussi, il y a cette pensée sociale que le seul rôle de la femme c'est de produire les enfants, et lorsqu'elle n'arrive pas à jouer ce rôle, c'est elles qui sont vraiment les plus exclus, je peux dire, oui, les plus exclus. Et ils sont beaucoup qui je ne peux pas dire, bon je n'ai pas de chiffres mais ils je peux dire qu'ils sont certaines qui vont se tourner vers je ne sais pas moi, la prostitution. Parce que l'attente d'une prostituée socialement parlant c'est d'assouvir le désir sexuel, mais elle n'a pas ce désir de fonder une famille c'est juste là. Donc, peut-être il faut faire une étude dans ce secteur pour voir combien de filles prostituée sont infertiles mais je me dis que c'est peut-être un point. »</p>

<b>Q 4</b>	<p>« est composé de la molécule même qui fait réduire les maux de ventre dans les jeunes pousses de goyaviers, or imagine les feuilles de goyaviers, les jeunes feuilles de goyaviers ont aussi d'autres molécules qui sont importants pour d'autres éléments, donc moi je me dis les questions, les questions d'infertilité, on se tourne beaucoup plus, c'est dans ce sens qu'on a vraiment majeure de figée entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne pour pouvoir atteindre des résultats ; et on parle de même des médecines dites holistiques qui bon, sérieusement, pour moi, l'itinéraire, les itinéraires thérapeutiques ont été pendant longtemps très divers, c'est-à-dire il y a ceux qui se tournent entièrement vers la médecine traditionnelle, tradi-praticiens, il y a ceux qui se tournent essentiellement vers la médecine moderne, et je peux dire que dans la nouvelle approche, dans la nouvelle vision des problèmes d'infertilité, on va beaucoup plus rencontrer même au niveau des tradi-praticiens des personnes qui échangent avec la médecine moderne, parce qu'on s'est rendu compte, puisque les éléments produits dans la médecine moderne sont souvent tirés dans extraits de plantes et tout et dans la médecine moderne sont beaucoup plus holistiques parce qu'il y a ce parce qu'il y a ce je vais dire quoi, il y a ce mélange, il y a ce mélange d'éléments, je peux partir d'un exemple simple, les feuilles de goyaviers, on a l'habitude d'utiliser les feuilles de goyaviers, traditionnellement quand tu as mal au ventre, tu mâches les jeunes pousses de goyaviers, et c'est tout. Maintenant dans la médecine moderne on va te prendre un médicament qui quittent d'un problème d'infertilité pour arriver à un traitement général peut-être le foi, le cœur et tout, on traite de façon générale ta façon de vivre et d'après certains, ça marche. Il y a des gens qui ont été, on peut dire guérit du début d'infertilité par ça. »</p>
<b>Q 5</b>	<p>« je me dis ça va dépendre, non seulement de la culture, mais aussi de de comment ils sont impliqués dans un couple ; je prends un exemple simple, une femme... un chef épouse comme première femme, une femme infertile, c'est le chef, il doit avoir un héritier, il va prendre une deuxième femme pour avoir des enfants, mais c'est pas pour autant que la première femme ne reste pas la première femme ; c'est vrai que c'est l'autre qui a donné des enfants mais la première femme pour certaines cultures elle va toujours rester celle qui gouverne le navire, et même pas seulement dans certaines cultures mais aussi dans certaines façons de penser, c'est vrai à l'intérieur de ce de cette grande polygamie, il y aura souvent de petits pics du genre : « la femme sorcière, la femme infertile ci c'est quoi ? » mais c'est vraiment mitigé, ça c'est vraiment ma vision que je vois culturellement, c'est vrai d'autres personnes vont dire que cette femme doit être exclue, elle sera ceci, elle sera cela ; mais la femme n'est dans un couple déjà officiel et mariée, une femme infertile peut toujours avoir sa place, elle peut toujours avoir sa place...oui ! la polygamie d'autres cas que j'ai présenté pour cet oncle-là, la femme accepte qu'il prenne des enfants qu'il fasse des enfants à gauche à droite, maintenant, ils s'arrangent à ce que ils s'organisent, ça dépend ça dépend de l'entente du couple, c'est pour ça que je disais que le deuxième facteur c'est l'entente du couple ; il y a des couples qui vont dire mieux on se sépare, tu dois avoir tes enfants, d'autres vont dire bon, on va adopter les enfants, ou d'autres vont dire bon, on va aller au village, on va prendre un enfant au village qui va être mon enfant. Oui, ça existe ; je crois une amie à ma mère qui n'a pas d'enfants, là c'est un cas que j'ai suivi, une personne avec qui j'ai grandi, c'est vrai ça fait longtemps on ne s'est pas vu. Elle, elle a été infertile si je me rappelle bien, et elle a adopté un enfant qu'on avait au ministère des affaires sociales, par la procédure sociale, une enfant qu'on avait abandonné au niveau de Messassi, elle l'avait adoptée une fille là, et ils ont grandi comme ça et c'est maintenant que ça devient un peu que la réalité commence un peu à tomber vers la fille que on l'a adoptée, adoptée parce que sa mère a pris du galon et tout et les gens du village veulent s'accaparer des biens de la femme, ses frères et sœurs, ses frères et cousins veulent s'accaparer des biens de la femme alors qu'elle a légalement l'enfant mais comme c'est pas son enfant de son ventre, c'est les gars du village ne veulent pas entendre, ils veulent récupérer les familles... »</p>
<b>Q 1</b>	<p>« l'infertilité pour moi c'est l'incapacité de de concevoir et de faire des enfants, ouais, ça peut être du côté de l'homme ou du côté de la femme, c'est un peu ça, difficultés à concevoir, faire des enfants. »  « Non, l'infertilité n'a rien à voir avec les traditions, ou les coutumes. Bon, ou sauf si comme on dit, nous sommes dans un contexte africain où il y'a des des blocages que les uns et les autres peuvent faire par pour cause de jalousie, sinon scientifiquement ça n'a pas de rapports, ça n'a pas de liens directs avec ce critère... »</p>



Q 2	« leurs émotions, ils peuvent éprouver de la frustration, la frustration, le rejet de la société ou de la belle-famille si on peut dire ainsi ; que ce soit la belle-famille du côté de l'homme ou de la femme, donc beaucoup plus des frustrations et des rejets ; tels les sentiments qui peuvent animer les personnes en situation d'infertilité... ».	
Q 3	« la société déjà perçoit les personnes en situation d'infertilité comme des incapables si on peut dire, donc dans la mesure où ils ne sont pas normaux, il y a des choses qui ne va pas avec eux ; donc ils sont quelques fois la risée de la communauté »	
Q 4	« bon, les stratégies peuvent s'établir sur plusieurs points, déjà la première stratégie, il y a la stratégie médicale, on va chez des médecins, des spécialistes, et on fait des examens, des check-up on essaye de voir qu'est-ce qui peut être à l'origine, et s'il y a des solutions, les solutions seront mises en œuvre pour pouvoir palier à cette difficulté. L'autre aspect également de la, la »  « la stratégie généralement que la famille recommande au couple c'est dans un premier temps, déjà de trouver des voies et moyens comme j'ai dit précédemment dans le domaine médical pour voir s'il y a des solutions ; dans un deuxième temps si on n'arrive pas à avoir des solutions après plusieurs essais, généralement on sollicite à ce que peut être le couple fasse des adoptions. Pour essayer de ramener l'harmonie dans le couple...si au bout de quelques années, l'option de prendre une seconde épouse ou concevoir dehors ne n'est pas acceptée par le couple, généralement la famille propose la séparation ; que chacun puisse aller de son côté et continuer sa vie »	
Q 5	« généralement la conséquence majeure c'est le rejet...oui ! Des frustrations énormes au point où des idées noires peuvent traverser l'esprit de la femme et commettre des trucs irréparables, des gestes irréparables. Donc le gros là c'est le rejet, la frustration... » « bon, l'incidence sociale pour l'homme n'est pas aussi grave si on peut dire ; n'est pas aussi complexe parce qu'on se dira non, si on essaye ici avec celle-ci ça ne donne pas, on a encore la chance d'essayer avec d'autres ; et si on se rend compte au finish que c'est l'homme qui est le problème, c'est pas vraiment, la gravité n'est pas aussi pareille que celle de la femme ; certes intérieurement il se dira qu'il ne pourra pas assurer sa descendance, il n'aura pas de progéniture ; donc il sera il verra qu'il y a un manque, et sur ce, avec le regard extérieur, avec le regard des de la société, également il sera frustré ; il y aura beaucoup de remords, il se posera milles et une questions ...oui ! C'est la polygamie est plus mise en avant ; parce que si dans un couple, si déjà la base les deux s'aiment été se respectent, et qu'ils tiennent vraiment à avoir des enfants, c'est généralement une des options qui est la plus mise en avant, hors-mi l'option d'adoption ; généralement cette option-là qui est un peu plus mise en avant au lieu d'arriver à la séparation, si c'est vraiment avéré que c'est du côté de la femme le souci...»	
P-4-H	Q 1	« pour moi, l'infertilité c'est déjà comme un mythe, donc pour moi, je me dis que l'infertilité vient d'un karma ; genre peut-être, c'est une punition divine pour moi, donc je ne peux pas expliquer ça scientifiquement parce que chaque personne qu'on accouche, que ce soit un homme ou une femme doit normalement avoir des enfants... voilà exactement c'est lié aux traditions et même parfois aux - à certaines pratiques mystiques »
	Q 2	« pour ceux que je connais la majorité quand tu es avec la personne, ils se sentent faible en fait ; ils se sentent pas abandonné mais faible comme si c'était un handicap ; donc sans le dire, on le constate, le comportement n'est pas comme celui de quelqu'un qui est fertile quoi »
	Q 3	« pour moi, les paroles venant de la société déjà commencent par la famille ici quand dans la famille il y a un cas de ce genre, la personne doit être plutôt protégée ; pas encouragée, parce qu'on sait que encourager alors que ça ne pourra jamais arriver, protéger et peut être faire que cette personne pense à autres choses et positiver, pour moi c'est ça »

Q 4	<p>« pour moi, pour les personnes que je connais, les stratégies soient certains se replient vers l'église, d'autres, bon j'en connais plusieurs, d'autres parfois se disent en allant voir les marabouts ou bien les sorciers ou bien quoi là, ça va marcher. Mais la majorité se replie à l'église, mais la majorité maintenant se contente de faire autre chose pour oublier totalement dans leur vie cette situation ... »</p> <p>« ...Qu'on peut bien vivre sans avoir une progéniture, donc toujours en train de pousser même la personne à se marier, parce que certaines personnes disent qu'ils ne peuvent pas aller chez un homme ou chez une femme si ils ne peuvent pas faire des --- s'ils ne peuvent pas procréer... »</p>
Q 5	<p>« quand il s'agit d'un homme, c'est plus compliqué, parce que la famille de la femme va toujours vouloir qu'elle quitte le mariage, c'est plus compliqué chez l'homme. La famille maintenant de l'homme, ne va que l'encourager, encourager leur belle fille que bon, voilà comme tu es arrivée, il faut rester mais la famille de la femme va tout faire pour que leur fille quitte de là...»</p> <p>« : lorsqu'il s'agit d'une femme maintenant, l'homme, quand il aime déjà sa femme, qu'elle puisse faire ou pas, la majorité d'hommes conservent conservent leurs femmes ; et aussi, c'est aussi vice versa, même avec la pression de la famille, c'est pour ça que c'est mieux de gérer ça en couple avec son épouse seulement ...»</p>
Q 1	<p>« je pense que l'infertilité est l'infertilité c'est en fait, je vois l'infertilité comme disons quoi, est-ce que c'est une maladie, oui c'est une maladie, une maladie, une maladie, une maladie qui peut avec le traitement de la médecine être surmontée. Mais je ne vois pas ça comme une fatalité hein, je ne vois pas ça comme une malédiction...cause de l'infertilité n'est-ce pas les foyers sont brisés comme si c'était en fait comme si c'était une malédiction, c'est-à-dire que quand on dit que quelqu'un est infertile n'est-ce pas une malédiction, il a peut-être, n'est-ce pas son père, son grand-père a fait quelque chose de mauvais et c'est sa punition. Ouais voilà c'est ça le terme : punition ; non moi je dis que c'est c'est une maladie mais qui ne doit pas être considérée comme une punition, qui peut être surmontée, même si elle n'est pas surmontée ça ne doit pas être une fatalité...»</p>
Q 2	<p>« oui ils sont traumatisés, ils sont traumatisés, ils sont traumatisés, parce que c'est très mal vu dans la société africaine hein, c'est très mal vu, c'est très mal vu dans la société africaine, c'est très mal vu »</p>
Q 3	<p>« je veux dire c'est ce que j'ai dit, je vais redire la même chose, un homme n'est pas considéré comme un homme ; ouais, tu peux avoir tout l'argent du monde, un jour quelqu'un va te dire même si tu as tout l'argent du monde, tu es. Ouais, tu es impuissant c'est ça que je dis, tu as déjà du entendre ça, quand on dit que un homme est impuissant il y a beaucoup, il y a beaucoup, il y a beaucoup de comment dire ça, beaucoup de légendes il n'est pas capable de satisfaire sa femme... »</p>
Q 4	<p>« non moi je suis je pense il n'y a que la religion, non la religion est importante mais avant tout et en premier lieu un médecin qu'il faut voir ; aujourd'hui, avec le progrès de la médecine il y a beaucoup de choses qu'on peut faire et qu'on ne faisait pas avant et les populations ne sont pas assez informées, les populations ne sont pas assez informées, il y a déjà le CHRACERH par exemple, le CHRACERH pour les femmes en les femmes qui ont une difficulté pour procréer, même les femmes qui ont déjà dépassé la ménopause hein, il y a eu des cas de femmes qui ont dépassé la ménopause qui ont accouché au CHRACERH ...»</p>
Q 5	<p>« je ne sais pas si, quel est le pire des cas, le divorce ou l'infidélité hein, ou bien les deux mêmes... oui, l'homme sera incité à aller voir ailleurs. Mais je pense aussi à ce niveau-là, les examens prénuptiaux comptent beaucoup hein, les examens prénuptiaux comptent beaucoup. Les examens c'est moi je pense que c'est c'est fondamentale hein, dès le départ vous faites les examens pour savoir lequel a les problèmes et puis tu peux dire que bon, moi je ne m'engage pas parce que, c'est ton droit, c'est ton droit, là vous n'êtes pas encore engagés ; oui, idem aussi pour les cas c'est vrai... »</p> <p>« c'est aussi déstabilisant pour le couple hein, c'est aussi déstabilisant pour le couple, c'est déstabilisant pour le couple parce que l'homme va ressentir comme une faiblesse par rapport à la femme, oui, je suis avec ma femme mais je ne peux pas procréer, je ne peux pas avoir d'enfants parce que je ne peux pas procréer, donc l'homme va être rabaisé par rapport à la femme et ça peut et l'homme peut devenir violent bon bref... l'homme sera rabaisé et ça va déstabilise le couple. Sans compter aussi, sans aussi compter le, les les ce que les gens vont dire dans l'entourage, ce que les gens vont dire dans l'entourage, moi je connais des, j'ai suivi des séries où l'homme part faire le test d'abord lui-même... »</p>

Tableau N°10 : Transcription du discours des participantes sous forme de verbatim

P-1-F	Q 1	« l'infertilité c'est le fait de ne pas pouvoir accomplir le plus grand mystère divin qui est de la procréation quoi, et de façon générale c'est un sujet qui qui nuit, je vais dire ça comme ça, qui nuit vraiment les personnes concernées parce que ce n'est pas facile à vivre du tout ; surtout quand on sait que parce qu'il y a infertilité et infertilité, il y a il y a les types où on peut te dire que tu as l'infertilité primaire, tu n'as jamais accouché et peut être c'est lié à un problème de santé, l'infertilité secondaire, tu as quand déjà eu un enfant mais les chances, les autres chances-là ne te sourient pas ; mais l'autre infertilité là que tu ne connais ni retard, ni rien aucune idée vraiment de de comment une personne qui est enceinte peut se ressentir ou parlant des hommes, une personne qui a engrossé une femme peut se sentir ; c'est insupportable, c'est insupportable, je ne sais même pas comment expliquer ça mais c'est quelque chose » « c'est inconcevable dans nos traditions, parce que quand on voit une femme ou un homme qui n'arrive pas à procréer on se dit peut-être que c'est une malédiction. Peut-être que une malédiction qui est liée à la lignée donc des aïeux, qui se répercutent sur nous, et soit c'est lié à toujours une malédiction liée peut-être à une mauvaise hygiène de vie, peut-être les filles, tu as de multiples partenaires ...»
	Q 2	« ...Donc la culpabilité en fait, on se pose trop de questions et des fois, on se renferme parce qu'on se dit : « ah ! Parce qu'on a tout essayé » ; remèdes ceci, bois ça, tu bois, vas à l'hôpital, tu fais ceci mais jusque-là, pas de solutions donc c'est difficile. C'est des personnes généralement soit qui se renferment... parce que tu n'as plus confiance en toi-même et tu te dis que comme tu n'as plus confiance en toi à cause de ce problème aucun partenaire ne fera pareille donc mieux vivre ta vie une place, tu sais dans ton cœur que non là où je suis là, ma situation tel tel est ainsi ; mieux je vie ma vie comme ça...»
	Q 3	« non, c'est un très mauvais regard hein, c'est un regard de jugement quoi, pour moi le mot fard là c'est un regard de jugement. Les gens portent un mauvais jugement sur toi, sans toutefois savoir les causes, les raisons qui te poussent ou alors qui t'ont mises dans cette situation-là, ça n'intéresse pas leur vie la société ; on porte toujours un mauvais jugement...»
	Q 4	« ...il y a grand-mère qui faisait souvent un petit truc là, je vais faire ! Du coup tu te lances dans quelque chose dont tu n'as pas la maîtrise, tu bois un remède tu ne sais pas ce que ça va traiter exactement dans ton dans ton organisme et du coup certains remèdes peuvent créer des complications encore ; donc comme la médecine moderne est déjà là, parfois c'est mieux de d'abord faire un tour chez les spécialistes, maintenant quand on te dit que tu souffres de telle chose, tu peux faire un rapprochement avec soit les remèdes de la médecine moderne, soit un rapprochement avec les remèdes de la médecine traditionnelle parce qu'il y a des choses qui concernant l'infertilité ça se traite très facilement à l'indigène...».
	Q 5	« les incidences sont fatales, des fois, on va dire ça quoi, si peut-être gérable, c'est quand... on a tout cherché, on a eu tous voies et moyens mais on a rien, aucun des partenaires n'a un problème mais ça ne vient pas. Là on peut se dire que sur le plan médical, personne n'a un problème donc personne ne peut accuser l'autre que non c'est toi le problème ; maintenant on va rester là et dire que mais si ça n'arrive pas, ça veut dire quoi, est-ce que, est-ce que, est-ce que, est-ce que qu'on se pose des questions, maintenant la majorité de ces questions-là sont souvent liées à la culture ; le problème de malédiction revient... C'est la séparation, une fois, ou alors c'est le désordre ; chacun va essayer d'aller chercher essayer ailleurs pour dire que non c'est toi qui es le problème, c'est comme ça qu'on va faire du n'importe quoi et ramener encore du n'importe quoi à l'intérieur donc dans les couples... » « est-ce que l'homme est infertile ? je dis, je demande ça dans dans le sens général ; l'homme ne conçoit pas ça, ça ne passe pas dans la tête de l'homme qu'il est infertile, l'homme sait que c'est lui le coq, et il sait que tout chez lui doit être à merveille ; donc pour lui là, on monte on descend il va te dire qu'il n'a pas de problèmes, '' c'est difficile hein, et généralement quand ce cas arrive même si c'est l'homme le problème on va toujours porter un regard négatif sur la femme... » « on commence à dire que je demande hein qu'est-ce qui se passe là-bas, depuis là on attend on attend on attend c'est quoi, la fille-là a quel problème ? Peut-être pendant que les gens se posent des questions-là, tu es en train de bagarrer dans ton foyer à vouloir convaincre ton partenaire que non, moi j'ai déjà tout fait, je n'ai rien ; toi aussi viens aussi on part '' faire '' le gars te dit que niè si tu insistes encore, ça devient un autre sujet donc chez la femme ça va très vite, je ne sais pas pourquoi c'est comme ça, ou peut-être »
P .	Q 1	« eh pour moi l'infertilité c'est quand une femme ne peut pas avoir d'enfants. c'est biologique. non, pas du tout, les deux côtés»

	<p><b>Q 2</b> « les femmes prennent généralement ça mal, les hommes aussi. parce que la pression de la famille, le plus souvent c'est la famille qui pose ce problème. Parce que du côté de la famille, la femme, on regarde généralement la femme, c'est elle qui n'arrive pas à donner, à enfanter. On ne voit pas le côté de l'homme. Généralement c'est la femme qu'on accuse plus jusqu'à ce qu'on aille faire les examens, l'homme accepte de faire les examens aussi. C'est là où on constate que c'était lui le problème. Et généralement, les femmes sont frustrées....»</p>
	<p><b>Q 3</b> « il y'a des gens qui comprennent ça facilement, qu'une femme peut ne pas enfanter, ce n'est pas de sa faute. Mais certains gens pour eux, c'est que peut-être tu as eu à faire des avortements. Ils ne savent pas vraiment, ils ne connaissent pas ta vie, mais ils te jugent facilement. Mais il y'a des gens qui te comprennent aussi facilement... généralement, le plus souvent ce sont les femmes qui se moquent beaucoup des...oui, femmes stériles, tu ne peux pas avoir d'enfant, monte sur la table je vois aussi pendant une discussion entre voisine. Tu n'as pas d'enfant les petits mots comme ça qui ehh. Tu ne peux même pas donner un petit bonbon à l'enfant de la voisine, non ne donne pas, femme stérile, ne donne pas ces choses à mon enfant. Par accoucher ta part, tu ne peux pas toucher mes enfants, les enfants n'ont pas le droit de se balader chez la voisine, femme stérile. Beh c'est comme si c'était quelque chose qui était collé à ta peau dont il fallait qu'on évite, un peu une maladie...»</p>
	<p><b>Q 4</b> « selon moi, le mieux c'est d'aller à l'hôpital, l'homme et la femme. Le couple doit se faire examiner, faire tous les examens possibles, oui. Et s'il peut être pourra leur bénir, rire... Et pour ceux qui aillent chez les, pour ceux qui partent chez les marabouts, les mamans ont souvent l'habitude de dire ah, on peut aller là-bas, une femme qui fait les remèdes, elle peut te faire accoucher. Tous ces trucs-là, tu sais quand tu es quand tu te trouves impuissant face à certaines situations, oui tu fais recours à tout et n'importe quoi. Si tu peux trouver la solution là-bas... »</p>
	<p><b>Q 5</b> «la première chose c'est le divorce d'abord. oui, parce que tu ne peux pas avoir d'enfant, je ne peux pas rester avec toi, en Afrique on ne conçoit pas qu'on peut vivre en deux et ne pas avoir d'enfant... »  « oui l'homme, il aura tendance à aller voir ailleurs pour avoir une propriétaire. Et la femme est frustrée, parce qu'elle ne peut pas voir d'enfant. La femme propose souvent d'adopter mais généralement c'est adopté dans la famille, prendre les enfants des sœurs, des deux et vivre avec eux. Et si l'homme est d'accord, il y'a aussi l'entourage, on dit à l'homme, mais toi tu peux faire l'enfant, tu peux prendre une deuxième femme... »  « quand, rire quand l'homme est infertile, généralement, il a plus peur que la femme aille voir ailleurs non divorce non. Parce que les hommes supportent, quand un homme aime plus ans le couple, oui et que s'il est stérile et la femme est fertile, il aura peur que la femme demande le divorce non. Et dans certains cas, si les deux s'entendent et qu'ils s'aiment vraiment, il y'a des choses qu'on ne dit pas »</p>
P-3-F	<p><b>Q 1</b> « moi personnellement je pense que de plus en plus, les femmes souffrent de l'infertilité. De plus en plus, en fait les femmes souffrent de ce mal, de l'infertilité. Moi personnellement, je me dis qu'il y'a plusieurs facteurs qui sont cause de l'infertilité. Notamment les MST, je ne sais pas si je peux aussi citer les différents, les différents, les différents nourritures que nous consommons vu que maintenant, comment je veux dire ça. Voilà les différentes nourritures que nous consommons par rapport aux , par rapport à l'utilisation des engrais qui peuvent aussi être cause de, qui peuvent affecter en fait l'organisme de la femme. Nous avons également les problèmes de santé tels que les myomes, et tout se multiplie aussi au quotidien puisqu'on en parle beaucoup. De prime à bord, je pense qu'il y'a déjà ces différents facteurs qui font en sorte que dans nos sociétés aujourd'hui, on en parle beaucoup beaucoup »  « non, moi je pense que c'est beaucoup plus biologique »</p>
	<p><b>Q 2</b> «si je me met à la place d'une femme par exemple qui est infertile, je pense qu'elle souffre de moins en moins. Oui, moi je pense vraiment que les femmes souffrent de moins en moins psychologiquement. Elles souffrent de moins en moins, vu qu'elles l'opportunité d'adopter des enfants. Vu aussi que tellement c'est répandu. Dont ce n'est plus comme avant à l'époque quand une femme n'arrivait pas à procréer, c'était, je ne sais pas, elle était rejetée. Elle était abandonnée, elle était chosifiée et tout et tout. Dont de plus en plus aujourd'hui, les femmes gèrent mieux leur infertilité... ».</p>

	<p><b>Q 3</b> «certes que la société à un regard négatif vis-à-vis de ces femmes infertiles. C'est pour cette raison que je disais que à un moment donné, qu'elles sont malgré que c'est plus trop, c'est plus trop tabou vu le nombre de femme qui, vu la gravité en fait de ce phénomène-là. Ou encore de cette situation, je pense que la société aujourd'hui n'a plus beh, n'a plus trop, tellement tendance à rejeter ces femmes-là. Dont, du coup, avec de nouvelles méthodes, si, plus ou moins bien, on essaye un peu de gerer cette situation-là.»</p>
	<p><b>Q 4</b> « ok, les différentes stratégies, en fait après avoir consulté les médecins, après avoir consulté les médecins, quand peut-être au. A la suite peut-être du traitement ça ne, ils n'ont pas de résultats, en fait ehh, je pense que pour beaucoup, ils adoptent les, ils passent à l'adoption»</p>
	<p><b>Q 5</b> « non, moi je pense plus tôt que de moins en moins, quand l'h depuis là nuit des temps, quand le problème c'est l'homme, je pense qu'on en parle presque pas. On en parle presque pas. Puisque le regard est toujours sur la femme étant donné que c'est elle qui donne la vie... »</p>
P-4-F	<p><b>Q 1</b> « bon, d'abord on sait que l'infertilité c'est le fait pour soit une femme, soit un homme de ne pas pouvoir concevoir, ou de ne pas être apte à concevoir. Bon, déjà c'est un phénomène déjà très récurrent, suite, on peut dire suite peut-être aux mœurs, au temps qui sont en train de changer. Parce que de nos jours on se rend compte que même jusqu'aux jeunes. Tu vas trouver des jeunes de 25 ans qui se retrouvent stériles comme ça. On ne sait pas pourquoi, cela peut-être dû à des pratiques d'innocences. Parce que je ne pense pas comme dit certains médecins, je ne pense pas que certaines personnes peuvent naître stériles, il y'a toujours un facteur»</p>
	<p><b>Q 2</b> «hum beaucoup de tristesse hein. oui, beaucoup, parce que j'en connais qui en souffrent vraiment, j'en connais une à Douala, une à Yaoundé ici. Vraiment, elles ont déjà atteint l'âge de 37ans, elles ont tout essayé, en dehors de l'insémination. Parce qu'elles n'ont pas les moyens pour se faire l'insémination, celle qui est à Yaoundé ici, chaque fois qu'elle porte, ça sort. Oui, elle peut avoir un retard de un mois, après ça sort. Celle qui est à Douala, elle n'a jamais eu de retard, elle n'a jamais eu, dire que retard. Le truc qu'on dit un mois, tu as un retard de un mois, elle n'en a pas eu. C'est beaucoup de souffrance... »</p>
	<p><b>Q 3</b> « ah les mêmes paroles non, femmes stériles, c'est elles qui ont cherché, ohh. Il faut voir ce qu'elles ont fait dans leur vie, ohhh il faut, toutes ces stigmatisations-là, oui...»</p>
	<p><b>Q 4</b> « bon ça dépend des croyances...de tout un chacun, tu vois un peu non ? ça dépend des croyances de tout un chacun. Il y'a en qui vont dans la médecine, il y'a en qui vont dans la tradition, il y'a en as qui vont dans les églises. Tu vois un peu on, mais toujours est-il que lorsque tu ne sais pas ton problème, lorsque tu ne sais pas l'origine de ton mal et de ton problème, tu ne peux pas te faire soigner. Il faut d'abord connaitre de quoi tu souffres, parce tu te tournes vers la tradition, oui il y'a les gens qui vont témoigner. Il y'a en qui vont dire qu'ils se sont tournés vers la tradition et ils ont eu des résultats...»</p>
	<p><b>Q 5</b> « hum, comme d'habitude, ils vont la chasser, il dit qu'il faut le divorce, qu'e que c'est elle qui a mangé ses enfants dans le ventre, rire rire. Nous sommes en Afrique non. On va dire que non, c'est elle la fautive... non, on lui demandera de supporter...où au cas contraire, on va lui dire, tu dois faire un enfant avec le frère de ton mari. On va l'imposer cela disant que c'est l'enfant de son mari pour couvrir la stérilité de l'homme. On va lui imposer cela...»</p>

P-5-F	Q 1	<p>« l'infertilité ! Qu'est-ce que je pense de l'infertilité ?---- pour ma part, l'infertilité, l'être humain ne naît pas infertile. Voilà ! Mais le devient face aux effets de la société, quand je parle de la société je parle en fait de l'environnement dans lequel il grandit, dans lequel il vit ; pourquoi, parce que biologiquement parlant, lorsque l'être humain naît, il y a un ensemble de systèmes qui est formé, à l'intérieur de son organisme c'est-à-dire qu'il est prédisposé à avoir des hormones, il est prédisposé à avoir un cœur qui bat, bref tout le fonctionnement des organes génitaux. Mais quand je parle maintenant du fait que c'est la société qui agit qui cause en fait cette infertilité c'est dans le sens sur le plan alimentaire par exemple, le fait de mettre des engrais chimiques, nous ne connaissons pas l'impact des engrais dans l'organisme ; c'est-à-dire cela a un impact que l'on le veule ou pas... dans une certaine mesure nous sommes en Afrique, dans le contexte africain on a souvent cette tendance à attribuer en fait comment je vais dire ça, sachant que la fertilité de la femme est un maillon sur lequel on manipule très généralement pour l'atteindre, c'est-à-dire de par les couches de nuit et bien d'autres, et de même par ses cycles parce que lorsque nous nous on se garnit et nous déversons un peu nos garnitures un peu de partout ... : voilà ! On peut à travers cela utilisé pour pouvoir t'atteindre ; à plus forte raison une femme enceinte ; quand une femme enceinte est enceinte, dès que quelqu'un est au courant il est susceptible de prendre simplement son sous-vêtement et lui faire perdre un enfant...»</p>
	Q 2	<p>« ... il y a une frustration ; il y a une frustration due au fait que l'environnement dans lequel ils vivent, les doigte en fait, c'est-à-dire ils sont pointé du doigt par rapport au fait qu'ils n'arrivent pas à procréer...»</p>
	Q 3	<p>« ...généralement les paroles les plus blessantes sont femme infertile, on te traite de femme infertile, femme sans cœur, femme inapte, pour les hommes aussi c'est inapte, homme faible, parce que c'est généralement ça on les traite d'hommes faibles c'est-à-dire tu n'es pas capable de fournir un travail parce que généralement on dit l'enfant c'est le fruit d'un travail bien fait, malheureusement quand on ne voit pas d'enfants on a l'impression que l'homme est faible dans tous les sens, et ça cause vraiment des frustrations, je voyais encore un film il y a quelque temps sur une chaîne de télévision, un monsieur qui était très riche, il était très riche dans une famille bamiléké, il s'était marié... un homme faible, une femme vide comme on a souvent tendance à dire, c'est comme si tu n'avais pas d'ovaires, c'est comme si tu n'avais pas d'utérus, tu es vide ; ce sont des paroles parfois très blessantes.»</p>
	Q 4	<p>« ...la première action c'est d'aller vers son conjoint, d'abord son conjoint parce que avant tout c'est d'abord toi et moi ; la famille là vient après. Nous prenons des décisions ensemble, quand vous allez décider, que ce soit l'adoption, parce qu'il y a plusieurs méthodes, dans les services sociaux généralement on propose plusieurs méthodes, même dans les services de centre de santé... soit le monsieur peut te dire, moi je propose que tu peux aller faire un enfant dehors, on a eu --- moi j'ai entendu des cas pareils où l'on te dit ; la femme a l'autorisation d'aller faire des enfants dehors, elle n'informe pas le partenaire qui est dehors, seul la mère sait qui est le père de l'enfant, elle et son mari, on se comprend ?...»</p>
	Q 5	<p>« ... les conséquences dans ce genre de cas c'est que, l'homme, même s'il est attentionné il n'est plus autant attentionné. Parce que la difficulté même réelle, il faut en fait le dire, c'est l'homme le problème parce que la difficulté même réelle c'est l'homme le problème à tous les niveaux, tant au plan même de l'éjaculation. Parce que si lui-même n'est pas rassuré que ses spermatozoïdes fonctionnent normalement, c'est pas toi qui va venir le rassurer... les conséquences les plus prévisibles c'est que quand l'homme va faire comme ça il va s'en aller dehors, il va chercher un enfant dehors. Et s'il ne t'aime pas il va vouloir ramener cet enfant à la maison et là les conflits vont s'installer et plus encore quand il interpelle sa propre famille à l'intérieur, ta belle famille est capable de te mettre à la porte, nous avons tous vu l'histoire de belle-mère. »</p> <p>« ...il ne sera plus productif parce qu'il sera toujours en train de penser pourquoi je n'arrive pas à faire d'enfants. Pourquoi ceci ? Pourquoi Dieu ne m'a pas fait ceci ? Pourquoi, pourquoi ? Parce que quand il sait qu'il est infertile, déjà il va sombrer, pour lui à sera une faiblesse parce que l'homme n'a pas la même force que la femme... mais l'homme est susceptible de sombrer parce que face à son impuissance il comprend qu'il n'a rien, c'est-à-dire que c'est comme si tu étais vide, c'est comme si tu étais une boîte qui... . Tu ne seras plus rentable, tu seras seulement aigri envers la société ; dès que quelqu'un va t'adresser la parole pour toi c'est comme si on te la société t'énervait seulement... oui parce que s'il estime que je divorce avec toi, qu'est-ce qui me fait croire que la femme que je vais prendre là va aussi procréer ... quand la femme a généralement aimé, elle reste solidaire avec son mari ; quand elle a généralement aimé, tout dépend...»</p>



	Manquant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	te										
Moyenne		32,4 1	1,77	1,52	3,27	5,09	5,77	1,48	5,55	2,17	3,57
Ecart-type		7,92 9	,897	,502	1,136	,767	1,825	,502	,914	,682	2,656
Minimum		19	1	1	1	4	1	1	4	1	0
Maximum		76	3	2	5	6	10	2	7	4	11



## 5.2. Analyse descriptive des résultats

L'analyse descriptive des résultats se fera sur le plan qualitatif et quantitatif.

### 5.2.1 Analyse des résultats qualitatifs

L'analyse des résultats reposera sur l'analyse de contenu d'Omar Aktouf (1987, 1992) qui est une technique de traitement des données. Elle consistera à recenser, classer des occurrences des indicateurs d'une dimension dans un corpus afin de ressortir les indicateurs pertinents des représentations sociale, des pratiques et des incidences sociales au Cameroun. Lors de cette analyse, il sera question de ressortir une grille d'analyse des données, la technique de dépouillement des données et ensuite l'analyse de contenu des participants.

#### 5.2.1.1. Grille d'analyse des données

La grille d'analyse des données permet d'obtenir un aperçu des représentations de l'infertilité, les facteurs, la démarche clinique, les incidences sociales dans le couple. Pour les deux types de participants, un code correspondant est attribué pour les modalités, il s'agira des lettres romaines et des chiffres de manière crescendo.

- (\*) occurrences
- (0) si la réponse ne cadre pas avec la question ou est absente
- (1-5) si la réponse attribuée à la question se répète

**La cotation dans la grille se présente comme suit :**

- **0** : correspond à l'absence d'indicateur des concepts clés ;
- **1** : correspond à la présence d'un fait relatif à l'indicateur s'il est plus ou moins proche des concepts ;
- **2** : correspond à la présence d'un fait relatif à l'indicateur s'il est faiblement proche des concepts clés ;
- **3** : correspond à la présence d'un fait relatif à l'indicateur s'il est moyennement proche des concepts clés ;
- **4** : correspond à la présence d'un fait relatif à l'indicateur s'il est toujours proche des concepts clés ;
- **5** : correspond à la présence d'un fait relatif à l'indicateur s'il est parfaitement proche des concepts clés.

Chaque élément de la grille est analysé au regard des discours issus des entretiens selon le tableau ci-dessous :

Tableau N°12 : Grille d'analyse des données collectées auprès des gynécologues

N°	Thèmes	Code	Fréquence d'apparition					
			0	1	2	3	4	5
1	Les facteurs de risques de l'infertilité	A 1						*
	Typologie d'infertilité	A 2						*
2	La durée d'observation du couple pour définir le pronostic d'infertilité	A 3						*
3	Démarche clinique en cas d'infertilité	A 4				*		
4	Politiques publiques élaborées en cas d'infertilité	A 5		*				
5	Recommandations thérapeutiques en cas d'infertilité	A 6				*		
6	Résultat clinique	A 7					*	
7	Difficultés rencontrées dans la gestion du couple	A 8				*		
	De la famille	A 9		*				
	En termes de matériel pour le traitement	A 10			*			

Tableau N°13 : Grille d'analyse des données collectées auprès des participants (es)

Thèmes	Code	Sous-thèmes	Code	Fréquences d'apparition					
				0	1	2	3	4	5
Représentations sociales de l'infertilité	B 1	Pensée populaire de l'infertilité	B.1.1		*				
		Culture et infertilité : normes, traditions, us et coutumes	B.1.2		*				
		Croyances de l'infertilité	B.1.3				*		
Vécu quotidien de l'infertilité soit les concernés/soit les proches du concerné	B 2	Sentiments /émotions	B.2.1						*
		Ressenti/éprouvé	B.2.2						*
Regard de la société sur les personnes en situation d'infertilité	B 3	Les paroles prononcées envers les personnes en situation d'infertilité	B.3.1					*	

		la perception de la société sur un couple en difficulté de procréation	B.3.2					*	
Itinéraire thérapeutique en cas d'infertilité	B 4	<b>Quelles sont les stratégies mises sur pied par le couple ? La famille du couple ? Le réseautage</b>	B.4.1				*		
		<b>Quel moyen employé par le couple ? La famille ? (Traditionnel, médecine, religion)</b>	B.4.2					*	
Les incidences sociales sur le couple en cas de persistance d'infertilité	B 5	Quelle procédure employée lorsqu'il s'agit de la femme en situation d'infertilité ? /De l'homme en situation d'infertilité ?	B.5.1					*	
		Après tous les efforts déployés sans succès/les itinéraires thérapeutiques, qu'est ce qui suit : le divorce ? La polygamie ? La solidarité ?	B.5.2					*	

### 5.2.1.2. Technique de dépouillement des données

Tout d'abord, le recueil des données consiste en la transcription des interviews enregistrées au cours des échanges. Cette transcription était suivie de la sélection de certains éléments des discours sur la base des faits saillants et des préoccupations dominantes. Ensuite, la deuxième étape consistait non seulement à sélectionner certains éléments des discours mais aussi, définir les codes qui devaient être affectés auxdits éléments des discours. La troisième et dernière étape, consistait à traiter les données. Le but étant de corroborer ou de réfuter nos objectifs de départ. Par ailleurs, la transcription de nos interviews a été faite par nos soins. Cela permet ainsi de noter mot pour mot, tout ce que dit le répondant sans en changer ni le texte, ni les hésitations, sans interpréter et sans abréviations. Cependant, il faut noter que les discours hors sujet ne sont pas transcrits, car il s'agit de pauses que les participants se donnent pour se

détendre. Les interviews en fait, tel que nous l'avons déjà précisé, durent en moyenne 30 minutes.

### 5.2.1.3. L'analyse de contenu des participants

Cette partie se propose de présenter les résultats des discours des répondants selon les thèmes de l'étude. En effet, la présentation descriptive des résultats repose sur des thèmes adressés au personnel de santé (7) et ceux adressés aux participants(es) (5) :

- **Thèmes du personnel de santé**

- **Les facteurs de risques de l'infertilité ; typologie d'infertilité**

Pour aborder le terme infertilité chez les participants et les participantes, il était judicieux d'avoir des connaissances nécessaires sur les causes et les types d'infertilité. C'est la raison pour laquelle un rapprochement auprès des personnes qui travaillent sur l'appareil génital a été effectué ; il s'agissait plus particulièrement des gynécologues. A cet effet, il en ressort plusieurs facteurs de l'infertilité à savoir l'aspect biologique, l'aspect psychologique, l'aspect culturel et d'autres causes inconnues. Parmi les facteurs biologiques, nous pouvons citer les infections sexuellement transmissibles (IST) « G2 : *c'est aussi les antécédents d'infections sexuellement transmissibles* » ; l'obésité « G1 : *L'obésité est un facteur de risque d'infertilité parce qu'une femme obèse a tendance à libérer plus d'œstrogène, et l'œstrogène peut agir comme une sorte de, une méthode de contraception. Donc ça peut diminuer la fécondité dans cette situation* » ; les anomalies liées au cycle et aux hormones « G2 : *D'autres facteurs de risque c'est des anomalies du cycle qui peuvent avoir des rapports avec, en fait qui entraînent des anomalies d'hormone, dont des anomalies des cycles qui peuvent, dont pour certains on ne connaît pas la cause* » qu'on peut retrouver chez les hommes et chez les femmes « ». D'autres facteurs comme l'âge « G4 : *mais l'âge oui. La fertilité diminue au fur à mesure que l'âge avance. Forcément l'âge est à une grosse part de responsabilité* » ; le type de travail « G2 : *Maintenant, c'est aussi les hommes qui ont le côté professionnel, les hommes qui ont, qui travaillent là où on s'assoit plus longtemps sur les poufs* ». Il existe également des facteurs tels que : l'IMC, la consommation des stupéfiants (drogue, alcool excessif). Le facteur psychologique qui impacte la procréation dans un couple est le stress selon G1 : « *... le stress, j'ai même omis de le dire, le stress est un facteur de risque qui retarde ...et puis la famille continue à faire la pression de manière permanente, et puis vous voyez un peu...* ». Parmi les facteurs culturelles, il s'agit des croyances tel que affirme P-F-1 « *« l'infertilité c'est le fait de ne pas pouvoir accomplir le plus*

*grand mystère divin qui est de la procréation quoi, et de façon générale c'est un sujet qui qui nuit ...» ; P-H-4 « pour moi, l'infertilité c'est déjà comme un mythe, donc pour moi, je me dis que l'infertilité vient d'un, d'un karma ; genre peut-être, c'est une punition divine pour moi... ». Certains gynécologues affirment que l'infertilité peut avoir des causes inconnues : «G2 : et puis il y'a des facteurs entre qui concernent les deux individus dont on ne maîtrise pas ». Il existe deux types d'infertilité : G4 « Infertilité primaire, infertilité secondaire. Infertilité primaire ça veut dire qu'une femme n'a jamais eu de grossesse, elle n'a jamais eu d'enfant et infertilité secondaire ça veut dire qu'elle, qu'elle a d'abord eu un enfant et puis elle cherche en avoir d'autres et puis ça ne vient plus ».*

➤ **La durée d'observation pour établir le pronostic de l'infertilité**

Tous les gynécologues interviewés affirment qu'il faut faire des rapports sexuels non protégés pendant un an avant de diagnostiquer l'infertilité dans un couple, tout comme le définit l'OMS, c'est « l'incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse au bout d'au moins douze mois de rapports sexuels réguliers, et non protégés » (Ngo, 2016, p.41). Par conséquent, la durée d'observation du couple pour définir le pronostic de l'infertilité est de 12 mois de rapport sexuel sans contraceptif. Affirmé par G3 « *minimum 1an, il faut au moins suivre un couple qui ont des rapports sexuels régulièrement, qui a régulièrement ça veut dire deux à trois rapports sexuels par semaine pendant au moins un an* ».

➤ **Procédure/démarche clinique en cas d'infertilité**

Une fois le diagnostic de l'infertilité établi dans un couple, il existe une démarche clinique à suivre. Les gynécologues parlent d'un protocole qui débute généralement par une série d'examen comme explique G3 : « *d'abord, on fait d'abord le bilan infectieux, démarche clinique c'est d'abord d'éliminer s'il y'a des infections entre le couple. Après maintenant, on regarde le spermatozoïde pendant qu'on regarde le spermogramme chez l'homme, chez la femme on regarde le bilan ovuligique, dont on veut voir est ce que les trompes sont ouvertes ou pas. Et on s'assure sur l'ovulation a lieu effectivement, dont on fait les tests d'ovulation pour voir si c'est positif ou pas. Et ensuite si on se retrouve que tout est normal morphologiquement chez la femme, et puis on suit maintenant chez l'homme. Logiquement on va faire l'échographie testiculaire pour voir si l'homme n'a pas de problème comme l'hématocèle, l'hydrocèle qui peuvent jouer un rôle important pour la spermatogénèse...* ». De même que G1 explique la démarche clinique telle que suit : « *la démarche pour un problème d'infertilité n'est pas différente de la consultation classique, c'est un couple qui vient consulter et puis, qui dit qu'eux*

*ils sont là pour un problème de conception, il n'arrive pas à concevoir. On recherche dans les antécédents, dont les facteurs de risque et les causes, dont les antécédents. On enquête d'abord sur le déroulement du cycle menstruel, est ce que le cycle menstruel se déroule normalement pour essayer de voir, est ce que c'est un problème hormonal. Parce que généralement le problème hormonal impacte sur le déroulement du cycle menstruel. Pour une femme qui a un cycle normalement long ou bien qui saigne de manière anormale ainsi de suite, là on va investiguer que ça peut-être un problème hormonal... pour bien faire des, s'ils ne sont pas disponibles, il faut faire les rapports sexuels ciblés pendant la période féconde. Dont on les éduque pour qu'ils déterminent, pour qu'ils essaient d'identifier la durée de de, d'identifier pendant la période féconde, de faire les rapports sexuels pendant la période féconde. Et également chez l'homme, on cherche les antécédents chez l'homme, est ce qu'il a eu des enfants avant. Est-ce que c'est son, sa première relation, est ce qu'il a eu une relation avant. Est-ce que dans l'autre relation, il a eu des problèmes de conception, ou d'infection. Ou s'il a eu à faire des examens comme le spermogramme, et le spermogramme, est ce que ça avait déjà identifié le problème, ou bien il est un fumeur, parce que ça ce sont les facteurs de risque... »*

➤ **Politiques publiques élaborées en cas d'infertilité**

La politique qui encadre l'infertilité au Cameroun n'est pas suffisamment vulgarisée, c'est ainsi qu'on que sur 4 gynécologues interrogés, une seule avait une idée de quoi il était question, ceci est confirmé dans ces propos : G4 « ...mais récemment on n'a à l'assemblée nationale du Cameroun il y'a environ deux semaines on a il y'avait le projet il y'a un projet qui a été discuté sur la qui avait un lien avec la procréation médicalement assistée. Je crois que si vous vous renseigné vous allez avoir l'information. ». Par contre G2 dit ceci « non, je suis pas au courant... », autrement dit, il n'a pas connaissance sur la loi du 14 Juillet 2022 relative à la Procréation Médicalement Assistée au Cameroun. Cependant G1 explique que « *dont généralement l'infertilité est une pathologie qui n'est pas dans notre contexte, qui n'est pas pris en compte, pris en charge par les assurances. C'est qu'il faut d'abord savoir* ». Selon G3, la politique renvoie à la procédure à suivre lorsqu'il s'agit de l'infertilité : « *généralement il y'a une politique élaborée pour l'infertilité et il y'a des examens, les bilans qu'on demande d'habitude et qu'on trouve peut-être que la femme a un problème, on peut passer à l'opération, on peut faire l'opération pour arranger les trompes, pour s'assurer que les trompes passent bien. Il y'a des bilans radiologiques pour voir si les trompes passent bien, la radio des trompes. Et le bilan du spermogramme, dont tout ça est élaboré dans l'hôpital.* », Et sur l'aspect financier, le coût est supporté par le couple : « *il n'y'a pas de subvention, c'est les patients eux-*

mêmes qui prennent en charge, c'est le couple même qui prend en charge leur pathologie en fonction de ce qu'on trouve ». Tout comme G1 dit « *dont du coup, c'est c'est une pathologie qui est le plus souvent, que le le couple ait laissé pour, c'est-à-dire ce sont eux qui ont la charge de tout faire* ».

### ➤ **Recommandations thérapeutiques en cas d'infertilité**

Les recommandations sont fonctions de l'étiologie de la maladie comme affirme G4 : « *Non les protocoles sont tellement variés, les médicaments sont tellement variés, la prise en charge est tellement vaste, il y'a les médicaments qu'on donne pour cela, il y'a des traitements chirurgicaux, il y'a des, des combinaisons thérapeutiques. Donc il n'a pas un médicament pour que je vous dise que tel médicament est utilisé pour la prise en charge, ça dépend de l'origine. Si vous avez une trompe bouchée tous les hormones qu'on va vous donnez ne vont rien changés. Donc c'est en fonction de là de l'anomalie qu'on va détecter* ». De même que G2 dit ceci : « *c'est en fonction des cas, la première des choses, c'est qu'à partir de l'évaluation clinique des examens, on a un seul diagnostic. Et c'est en fonction maintenant du diagnostic qu'on adopte une approche. Oui, maintenant si on a identifié la cause, si c'est une cause qu'on peut traiter on traite. Si c'est une cause qu'on ne peut pas traiter, on essaie de contourner la cause.* ». De plus, la médecine moderne est suffisamment développée pour apporter des solutions aux couples qui ont les problèmes d'infertilité, G1 le confirme en ces termes : « *l'infertilité est une pathologie bien maitrisée par la médecine conventionnelle, très bien maitrisé, voilà pourquoi je disais que les causes inconnues sont moins de 10% ...dont c'est une pathologie très bien maitrisée, donc c'est difficile que tu vois un médecin de dire, d'aller faire, d'aller voir un tradipraticien. Le plus souvent, la décision vient du couple même, ce sont les, c'est quand souvent la pression familiale vient qu'ils veulent tenter peut-être des deux côtés parce que la grande mère a dit qu'il faut. Mais le plus souvent c'est le, le gynécologue déconseille même ça. Voilà* ». Les recommandations faites par les gynécologues sont uniquement orientées vers la médecine moderne.

### ➤ **Issu/résultat clinique**

L'infertilité est une situation dont les solutions sont fonction des causes, G3 : « *des résultats positifs n'est-ce pas, où ; il y'a plusieurs patients que tu suis et qui suivent les conseils et tout, il se trouve enceinte* ». Mais d'après G1, les résultats ne sont toujours aussi positifs : « *oui le plus souvent c'est les résultats, ça dépend de l'étiologie, ça dépend de l'étiologie. Mais les étiologies qui donnent le fil à retordre, c'est souvent les étiologies dues aux trompes, aux*

*pathologies tubaires, aux trompes qui sont bouchées. ». Selon G2, les patients sont le plus souvent mobiles : « c'est difficile à évaluer, plusieurs, oui parce que on oublie les anomalies et parfois c'est difficile de connaître même tout. Parce que parfois ça marche, vous ne revoyez plus la personne, vous ne les renvoyer plus mais ça a marché. Parce que très souvent, il y'a des gens qui quittent de loin, après ils rentrent là où ils habitent, quand elle tombe enceinte parfois vous n'attendez plus. Parfois c'est quelques années, il y'a une femme qui m'a appelé dernièrement pour dire qu'après le traitement de la dernière fois, elle me rappelle mais elle a perdu la grossesse ç deux semaines de grossesse. Il y'a eu un problème, un souci et l'enfant est mort dans le ventre, elle est allée dans un centre, on a nettoyé et pis après maintenant, parce que je vais recommencer. Dont il y'a des situations comme ça ». Bien que l'infertilité ne soit pas très vulgaire au Cameroun, G4 affirme qu'en termes de résultat : « Donc elle aussi elle a un taux de résultat probant ».*

➤ **Difficultés rencontrées dans la gestion du couple ? De la famille ? En termes de matériel pour le traitement ?**

Compte tenu du fait que le phénomène d'infertilité est beaucoup plus perçu chez les femmes et qu'elles sont nombreuses à faire des consultations dans les hôpitaux. C'est ainsi qu'il existe une difficulté dans la gestion du couple comme l'affirme G2 « *bien sûr, les difficultés ne manquent pas, il y'a comme j'ai dit, il y'a parfois l'homme refuse de venir, il y'en a qui refuse même de faire le spermogramme, il dit que mon spermogramme est normal, on explique à la femme. On dit que c'est important, que c'est important. Dans certaines situations et si on peut traiter la femme, on donne son traitement. Et elle a, elle part se débrouiller avec son mari, on lui dit clairement que, tant qu'on n'a pas les données du monsieur, on est limité, oui c'est ça. »*. Il s'agit des difficultés rencontrées lors de la gestion des couples qui sont en situation de fertilité. Cependant, G1 établit une différence de gestion du couple lorsqu'il s'agit d'un sexe : « *bon pour les couples que j'ai eues à suivre jusque-là, la stabilité du couple est souvent perturbée quand c'est la femme qui a un problème. Quand c'est souvent, quand on a identifié que c'est la femme et que l'homme n'a pas de problème, le plus souvent, le couple peut se désagréger plus tard, parce que l'homme aura tendance à dire que je peux chercher une autre femme plus tard. Le plus souvent, mais quand c'est c'est l'homme la femme a tendance à soutenir l'homme. La femme a tendance à soutenir l'homme, mais j'ai eu à suivre des couples où c'est l'homme qui a des problèmes, mais la femme était prête à aller chercher dehors. J'ai eu aussi certains cas comme ça, où la femme dit que docteur, est-ce que si je pars chercher dehors, ça peut. Bon j'ai dit que maintenant, ça sera difficile parce que l'homme lui sais que c'est lui, sauf si lui il sait*



*que, qu'on essaie de traiter l'homme. Voilà, si c'est un cas traitable et là, on peut d'abord le suivre, mais on n'encourage pas ça ». Ceci montre une forma de rapport de genre lorsqu'il faut gérer les couples qui ont les problèmes d'infertilité. La présence des deux partenaires pour la consultation constitue un frein au diagnostic, c'est pourquoi G3 dit ceci « ehh, la difficulté qu'on rencontre dans les couples, la plupart du temps c'est l'homme qui dit qu'il n'a pas de problème, dont c'est difficile de trouver l'homme venir à l'hôpital pour se faire consulter. C'est quand il commence à vieillir qu'il se dit mais, et il a essayé 1 2 3 4 petites amies le dehors. Ça n'a pas donné, là lui seul il se présente lui seul. D'abord, parfois il ne vient même pas avec sa femme, il se présente toute seule. Dont c'est de cette manière qu'il se présente, et quand par exemple qu'un couple peut normal qui ont commencé une relation. La plupart du temps, c'est l'homme qui dit à la femme va d'abord te faire examiner ainsi de suite. Et on va voir, dont c'est rare, mais la plupart du temps. Il y'a quelques fois c'est la manière de faire. ». Il y'a également une difficulté au niveau des ressources comme le soulève G3 « pas tout le matériel complet parce que tu sais avec l'infertilité, parfois ça peut s'aboutir vers la fertilisation, l'insémination. Ça se sont, ça c'est un autre boulot au niveau de la prise en charge, il faut avoir le plateau technique, les ressources humaines et tout le reste, pour bien prendre en charge la patiente ». Au-delà du matériel, G4 ajoute « D'abord les couples ne viennent pas d'emblée, très peu de couples viennent ensemble, en général on envoi d'abord la femme en éclaireur pour aller voir si c'est elle le problème, oui donc. C'est un sujet tabou, c'est un sujet tabou en Afrique. L'infertilité c'est comme un échec pour le couple de ne pas pouvoir faire l'enfant. Donc en général la femme vient parfois quand on demande au couple de venir certains viennent d'autres sont carrément radicaux, ils ne viennent pas et ça peut prendre ça fait partir des lenteurs à la prise en charge des couples infertiles. Ça peut prendre des mois, des années pour réussir à convaincre un conjoint de venir à l'hôpital ».*

- **Thèmes adressés aux participants et participantes**

- **Représentations sociales de l'infertilité :**

- **Pensée populaire de l'infertilité :**

Suite à l'enquête menée auprès des participants, il en ressort que l'infertilité est « P-1-H : *Bon je pense que l'infertilité est le fait de ne pas pouvoir procréer et ça, ça crée souvent des blocus quoi, psychologiques donc, ça rend certaines personnes parfois même aigries hein, à cause de ça ».* D'après ce participant, l'infertilité affecte tout individu et peut conduire à un manque de confiance en soi. Selon la perception des africains, l'infertilité est également le fait

de ne pas pouvoir procréer, selon P-1-F : « *eh pour moi l'infertilité c'est quand une femme ne peut pas avoir d'enfants* ».

- **Culture et infertilité : normes, traditions, us et coutumes**

Selon la P-1-F, voici comment elle représente le phénomène d'infertilité :

*« L'infertilité ! Qu'est-ce que je pense de l'infertilité ? pour ma part, l'infertilité, l'être humain ne naît pas infertile. Voilà ! Mais le devient face aux effets de la société, quand je parle de la société je parle en fait de l'environnement dans lequel il grandit, dans lequel il vit ; pourquoi, parce que biologiquement parlant, lorsque l'être humain naît, il y a un ensemble de systèmes qui est formé, à l'intérieur de son organisme c'est-à-dire qu'il est prédisposé à avoir des hormones, il est prédisposé à avoir un cœur qui bat, bref tout le fonctionnement des organes génitaux...c'est-à-dire cela a un impact que l'on le veule ou pas... dans une certaine mesure nous sommes en Afrique, dans le contexte africain on a souvent cette tendance à attribuer en fait comment je vais dire ça, sachant que la fertilité de la femme est un maillon sur lequel on manipule très généralement pour l'atteindre, c'est-à-dire de par les couches de nuit et bien d'autres, et de même par ses cycles parce que lorsque nous nous on se garnit et nous déversons un peu nos garnitures un peu de partout ... : voilà ! On peut à travers cela utilisé pour pouvoir t'atteindre ; à plus forte raison une femme enceinte ; quand une femme enceinte est enceinte, dès que quelqu'un est au courant il est susceptible de prendre simplement son sous-vêtement et lui faire perdre un enfant... ».* Cette participante exprime une perception plutôt relative à la culture du phénomène d'infertilité, ceci n'étant pas directement lié au biologique mais plutôt aux coutumes et traditions.

- **Croyances de l'infertilité**

Selon le P-4-H :

*« Pour moi, l'infertilité c'est déjà comme un mythe, donc pour moi, je me dis que l'infertilité vient d'un, d'un karma ; genre peut-être, c'est une punition divine pour moi, donc je ne peux pas expliquer ça scientifiquement parce que chaque personne qu'on accouche, que ce soit un homme ou une femme doit normalement avoir des enfants ».*

- ❖ **Vécu quotidien de l'infertilité soit les concernés/soit les proches du concerné**

- **Sentiments /émotions**

Les personnes qui vivent cette situation ont pour la plupart des sentiments négatifs. Par exemple, selon P-5-F :

*« ... il y a une frustration ; il y a une frustration due au fait que l'environnement dans lequel ils vivent, les doigte en fait, c'est-à-dire ils sont pointé du doigt par rapport au fait qu'ils n'arrivent pas à procréer... ».* De même que P-4-F les personnes infertiles ressentent *« ...beaucoup de tristesse hein. Oui, beaucoup, parce que j'en connais qui en souffrent vraiment, j'en connais une à Douala, une à Yaoundé ici. Vraiment, elles ont déjà atteint l'âge de 37ans, elles ont tout essayé, en dehors de l'insémination ».*

- **Ressenti/éprouvé**

Selon P-5-H explique-le ressenti des personnes infertiles :

*« Oui ils sont traumatisés, ils sont traumatisés, ils sont traumatisés, parce que c'est très mal vu dans la société africaine hein, c'est très mal vu, c'est très mal vu dans la société africaine, c'est très mal vu ».* De même que P-3-H dit ceci : *« leurs émotions, ils peuvent éprouver de la frustration, la frustration, le rejet de la société ou de la belle-famille si on peut dire ainsi ; que ce soit la belle-famille du côté de l'homme ou de la femme, donc beaucoup plus des frustrations et des rejets ; tels les sentiments qui peuvent animer les personnes en situation d'infertilité... ».*

- ❖ **Regard de la société sur les personnes en situation d'infertilité**

Selon P-1-H :

*« J'ai déjà dit que quand tu es en situation d'infertilité, la société te rappelle ça chaque fois, que on te traite généralement d'une personne ; bon quand tu n'es pas en puissance de procréer, c'est un peu comme si tu étais je peux dire quoi, bon tu ne vaux pas grand-chose quoi, même si tu as l'argent, quand les gens vont te regarder, ils vont dire : « tu vois, il a beaucoup d'argents mais il n'a même pas d'enfants. Donc les gens te traitent toujours comme si tu es le dernier, dans ce cas-là... »*

- **Les paroles prononcées envers les personnes en situation d'infertilité**

La société africaine a du mal à concevoir qu'une personne peut avoir des difficultés de procréer, c'est ainsi que P-5-F dit ceci :

*« généralement les paroles les plus blessantes sont femme infertile, on te traite de femme infertile, femme sans cœur, femme inapte, pour les hommes aussi c'est inapte, homme faible,*

*parce que c'est généralement ça on les traite d'hommes faibles c'est-à-dire tu n'es pas capable de fournir un travail parce que généralement on dit l'enfant c'est le fruit d'un travail bien fait, malheureusement quand on ne voit pas d'enfants on a l'impression que l'homme est faible dans tous les sens, et ça cause vraiment des frustrations, je voyais encore un film il y a quelque temps sur une chaîne de télévision, un monsieur qui était très riche, il était très riche dans une famille bamiléké, il s'était marié... un homme faible, une femme vide comme on a souvent tendance à dire, c'est comme si tu n'avais pas d'ovaires, c'est comme si tu n'avais pas d'utérus, tu es vide ; ce sont des paroles parfois très blessantes ».*

- **La perception de la société sur un couple en difficulté de procréation**

Cependant, les femmes semblent être plus exposées au phénomène d'infertilité que les hommes, c'est ainsi que P-3-F dit ceci :

*« Certes que la société à un regard négatif vis-à-vis de ces femmes infertiles. C'est pour cette raison que je disais que à un moment donné, qu'elles sont malgré que ce soit plus trop, c'est plus trop tabou vu le nombre de femme qui, vu la gravité en fait de ce phénomène-là. Ou encore de cette situation, je pense que la société aujourd'hui n'a plus beh, n'a plus trop, tellement tendance à rejeter ces femmes-là. Dont, du coup, avec de nouvelles méthodes, si, plus ou moins bien, on essaye un peu de gérer cette situation-là. ».*

- ❖ **Itinéraire thérapeutique en cas d'infertilité**

- **Quelles sont les stratégies mises sur pied par le couple ? La famille du couple ? Le réseautage**

Les stratégies employées par les couples en cas d'infertilité sont fonction des connaissances et des capacités de ces derniers à gérer cette situation, c'est pourquoi P-3-H explique :

*« Bon, les stratégies peuvent s'établir sur plusieurs points, déjà la première stratégie, il y a la stratégie médicale, on va chez des médecins, des spécialistes, et on fait des examens, des check-up on essaye de voir qu'est-ce qui peut être à l'origine, et s'il y a des solutions, les solutions seront mises en œuvre pour pouvoir palier à cette difficulté. L'autre aspect également de la, la... » ;*

*« La stratégie généralement que la famille recommande au couple c'est dans un premier temps, déjà de trouver des voies et moyens comme j'ai dit précédemment dans le domaine médical pour voir s'il y a des solutions ; dans un deuxième temps si on n'arrive pas à avoir des solutions après plusieurs essais, généralement on sollicite à ce que peut être le couple fasse des adoptions. Pour essayer de ramener l'harmonie dans le couple...si au bout de quelques années,*

*l'option de prendre une seconde épouse ou concevoir dehors ne n'est pas acceptée par le couple, généralement la famille propose la séparation ; que chacun puisse aller de son côté et continuer sa vie ».*

- **Quel moyen employé par le couple ? La famille ? (Traditionnel, médecine, religion)**

Selon P-1-F, plusieurs moyens peuvent être employés par le couple :

*« ...il y a grand-mère qui faisait souvent un petit truc là, je vais faire ! Du coup tu te lances dans quelque chose dont tu n'as pas la maîtrise, tu bois un remède tu ne sais pas ce que ça va traiter exactement dans ton dans ton organisme et du coup certains remèdes peuvent créer des complications encore ; donc comme la médecine moderne est déjà là, parfois c'est mieux de d'abord faire un tour chez les spécialistes, maintenant quand on te dit que tu souffres de telle chose, tu peux faire un rapprochement avec soit les remèdes de la médecine moderne, soit un rapprochement avec les remèdes de la médecine traditionnelle parce qu'il y a des choses qui concernant l'infertilité ça se traite très facilement à l'indigène... ». De même que P-4-F pense que « bon ça dépend des croyances...de tout un chacun, tu vois un peu non ? ça dépend des croyances de tout un chacun. Il y'a en qui vont dans la médecine, il y'a en qui vont dans la tradition, il y'a en as qui vont dans les églises. Tu vois un peu on, mais toujours est-il que lorsque tu ne sais pas ton problème, lorsque tu ne sais pas l'origine de ton mal et de ton problème, tu ne peux pas te faire soigner. Il faut d'abord connaître de quoi tu souffres, parce tu te tournes vers la tradition, oui il y' a les gens qui vont témoigner. Il y'a en qui vont dire qu'ils se sont tournés vers la tradition et ils ont eu des résultats... ».*

#### ❖ **Les incidences sociales sur le couple en cas de persistance d'infertilité ?**

- **Quelle procédure employée lorsqu'il s'agit de la femme en situation d'infertilité ? /De l'homme en situation d'infertilité ?**

Plusieurs incidences influencent les rapports sociaux de sexe en cas d'infertilité, pour la plupart du temps, les relations sont plutôt conflictuelles. Comme le dit P-5-H :

*« Ah ça chauffe souvent aux bouts des lèvres, tu vois ? attends, quelqu'un va te dire ah : « ta femme n'arrive pas à concevoir hein, il faut la mettre dehors hein, tu prends ... » et non loin de ça, tu auras des gens qui viendront t'intoxiquer : « ah ! quand elle était jeune, elle a fait si, elle a fait tel nombre de divorce donc d'avortements pardon, donc généralement, c'est le divorce qui prime, parce que, la famille de l'homme parce que généralement en Afrique, on rejette trop le problème de l'infertilité, on rejette souvent trop sur la femme, donc on pense toujours que*

*c'est la femme qui est infertile, bon ! ...Et parfois, pour mieux voir certains jouent aux malins, comme je disais tout à l'heure, ils partent concevoir pour venir dire que c'est ton enfant, généralement, la deuxième fait souvent ça, avec les conseils de x ou y ; elles partent concevoir pour venir dire que c'est ton enfant, raison de plus pour mettre la première dehors... ça revient à la même chose, parce que j'ai dit le cas où c'est la femme, c'est ce qui se passe, tu n'arrives pas à concevoir, maintenant, dans le cas où c'est remarqué que c'est l'homme, tu vois, ça devient compliqué, or, dans le cas où ça devient compliqué parce que tu n'arrives pas à enceinter ta femme, ou tes femmes, mais dans le cas où c'est la femme et que réellement dit, tu as enceinté la deuxième, ça veut dire qu'on se rend compte que l'infertilité c'est chez la femme, c'est difficile que, ça devient très difficile pour cette dernière parce qu'elle se retrouve face à un problème qu'elle va affronter chaque jour, comment ma coépouse a pu enfanter moi j'ai pas pu enfanter ? oui ! et là, elle se retrouve sous pression, donc la pression qu'elle a c'est qu'elle veut aussi enfanter comme sa coépouse, maintenant il faut se jeter dans les produits ».*

De même que P-4-F affirme :

*« Hum, comme d'habitude, ils vont la chasser, il dit qu'il faut le divorce, que que c'est elle qui a mangé ses enfants dans le ventre, rire rire. Nous sommes en Afrique non. On va dire que non, c'est elle la fautive... non, on lui demandera de supporter...où au cas contraire, on va lui dire, tu dois faire un enfant avec le frère de ton mari. On va l'imposer cela disant que c'est l'enfant de son mari pour couvrir la stérilité de l'homme. On va lui imposer cela... »*

- **Après tous les efforts déployés sans succès/les itinéraires thérapeutiques, qu'est ce qui suit : le divorce ? la polygamie ? la solidarité ?**

Selon P-1-F :

*« Les incidences sont fatales, des fois, on va dire ça quoi, si peut-être gérable, c'est quand... on a tout cherché, on a eu tous voies et moyens mais on n'a rien, aucun des partenaires n'a un problème mais ça ne vient pas. Là on peut se dire que sur le plan médical, personne n'a un problème donc personne ne peut accuser l'autre que non c'est toi le problème ; maintenant on va rester là et dire que mais si ça n'arrive pas, ça veut dire quoi, est-ce que, est-ce que, est-ce que, est-ce qu'on se pose des questions, maintenant la majorité de ces questions-là sont souvent liées à la culture ; le problème de malédiction revient...C'est la séparation, une fois, ou alors c'est le désordre ; chacun va essayer d'aller chercher essayer ailleurs pour dire que non c'est toi qui es le problème, c'est comme ça qu'on va faire du n'importe quoi et ramener encore du n'importe quoi à l'intérieur donc dans les couples... ». « Est-ce que l'homme est infertile ? je*

*dis, je demande ça dans dans le sens général ; l'homme ne conçoit pas ça, ça ne passe pas dans la tête de l'homme qu'il est infertile, l'homme sait que c'est lui le coq, et il sait que tout chez lui doit être à merveille ; donc pour lui là, on monte on descend il va te dire qu'il n'a pas de problèmes, '' c'est difficile hein, et généralement quand ce cas arrive même si c'est l'homme le problème on va toujours porter un regard négatif sur la femme... ».*

*« on commence à dire que je demande hein qu'est-ce qui se passe là-bas, depuis là on attend on attend on attend c'est quoi, la fille-là a quel problème ? Peut-être pendant que les gens se posent des questions-là, tu es en train de bagarrer dans ton foyer à vouloir convaincre ton partenaire que non, moi j'ai déjà tout fait, je n'ai rien ; toi aussi viens aussi on part, faire, le gars te dit que nièt si tu insistes encore, ça devient un autre sujet donc chez la femme ça va très vite, je ne sais pas pourquoi c'est comme ça, ou peut-être ».*

De même que P-5-H explique ceci :

*« Je ne sais pas si, quel est le pire des cas, le divorce ou l'infidélité hein, ou bien les deux mêmes... oui, l'homme sera incité à aller voir ailleurs. Mais je pense aussi à ce niveau-là, les examens pré-nuptiaux comptent beaucoup hein, les examens pré-nuptiaux comptent beaucoup. Les examens c'est moi je pense que c'est, c'est fondamental hein, dès le départ vous faites les examens pour savoir lequel a les problèmes et puis tu peux dire que bon, moi je ne m'engage pas parce que, c'est ton droit, c'est ton droit, là vous n'êtes pas encore engagés ; oui, idem aussi pour les cas c'est vrai... ». « C'est aussi déstabilisant pour le couple hein, c'est aussi déstabilisant pour le couple, c'est déstabilisant pour le couple parce que l'homme va ressentir comme une faiblesse par rapport à la femme, oui, je suis avec ma femme mais je ne peux pas procréer, je ne peux pas avoir d'enfants parce que je ne peux pas procréer, donc l'homme va être rabaissé par rapport à la femme et ça peut et l'homme peut devenir violent bon bref... l'homme sera rabaissé et ça va déstabilise le couple. Sans compter aussi, sans aussi compter le, les-les ce que les gens vont dire dans l'entourage, ce que les gens vont dire dans l'entourage, moi je connais des, j'ai suivi des séries où l'homme part faire le test d'abord lui-même... ».*

Mais il peut exister dans certains couples la solidarité et l'entente, comme l'explique P-2-F :  
*« la première chose c'est le divorce d'abord. Oui, parce que tu ne peux pas avoir d'enfant, je ne peux pas rester avec toi, en Afrique on ne conçoit pas qu'on peut vivre en deux et ne pas avoir d'enfant... ». « Oui l'homme, il aura tendance à aller voir ailleurs pour avoir une propriétaire. Et la femme est frustrée, parce qu'elle ne peut pas voir d'enfant. La femme propose souvent d'adopter mais généralement c'est adopté dans la famille, prendre les enfants des sœurs, des deux et vivre avec eux. Et si l'homme est d'accord, il y'a aussi l'entourage, on dit à l'homme, mais toi tu peux faire l'enfant, tu peux prendre une deuxième femme... ».*

« Quand, rire quand l'homme est infertile, généralement, il a plus peur que la femme aille voir ailleurs non divorce non. Parce que les hommes supportent, quand un homme aime plus ans le couple, oui et que s'il est stérile et la femme est fertile, il aura peur que la femme demande le divorce non. Et dans certains cas, si les deux s'entendent et qu'ils s'aiment vraiment, il y'a des choses qu'on ne dit pas ».

### 5.2.2. Analyse des données qualitatives

Tableau N°14 : Récapitulatif des données statistiques sur les connaissances de l'infertilité

<b>Connaissances de la fertilité</b>	<b>Vrai</b>	<b>Faux</b>
A1) Une femme est moins fertile après l'âge de 36 ans ?	67%	33%
A2) Un couple serait classé infertile s'il ne peut pas obtenir une grossesse après un an de rapports sexuels réguliers (sans utiliser de contraception)	46%	54%
A3) Environ un couple sur 10 est stérile	52%	48%
A4) De nos jours, une femme dans la quarantaine a une chance similaire d'être enceinte en tant que femme dans la trentaine ?	38%	62%
A5) Si une femme est en surpoids de plus de 28IMC (Indice de Masse Corporelle), alors elle ne pourra peut-être pas tomber enceinte	22%	78%
A6) Les personnes qui ont eu une maladie sexuellement transmissible sont susceptibles d'avoir une fertilité réduite ?	75%	25%
<b>Croyances positives</b>		
A7) Si un homme produit du sperme, il est fertile ?	6%	94%
A8) Avoir un mode de vie sain vous rend fertile ?	52%	48%
A9) Si un homme peut avoir une érection, c'est une indication qu'il est fertile ?	7%	93%
<b>Croyances négatives</b>		
A10) Fumer diminue la fertilité féminine ?	57%	43%
A11) Fumer diminue la fertilité masculine ?	57%	43%
A12) Si un homme a des oreillons après la puberté, il est susceptible plus tard d'avoir un problème de fertilité ?	33%	67%
A13) Une femme qui n'a jamais ses règles est toujours fertile ?	14%	86%



## **CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION**

Le présent chapitre est consacré à l'interprétation des résultats suite au chapitre précédent. Il s'agira dans un premier temps de faire une interprétation après avoir fait un rappel des données théoriques, empiriques et des questions de recherche ; ensuite de faire une discussion.

### **6.1 Interprétation des résultats**

L'infertilité en Afrique est une maladie qui peut avoir plusieurs facteurs parmi lesquels le biologique, ainsi que la culture. C'est un sujet tabou parce que la société ne conçoit pas

qu'une personne ne peut pas concevoir ou à des difficultés de concevoir. Ceci impacte négativement les rapports sociaux de sexe au sein des familles. En fonction du sexe, l'infertilité peut avoir des impacts parfois plus amoindris chez la femme comparée à l'homme. Parce que la femme est considérée comme celle chez qui donner vie est plus perceptible à travers son ventre, par contre l'homme fertile ou pas n'est pas perceptible au premier regard. Cependant, les hommes infertiles ont beaucoup de colère et ressentent de la culpabilité, de la tristesse, l'exclusion ainsi que des sentiments de déprime (Dyer et al, 2004)<sup>160</sup>. De même que les femmes infertiles ressentent des émotions négatives et sont discriminées au regard de la société, une participante affirme « *l'infertilité est mauvaise, je me sens triste. Je me sens abusée même... J'ai peur d'être seule dans ma vie à cause de l'infertilité. J'ai vraiment peur* »<sup>161</sup>. Les données théoriques ci-dessus nous ont amenés à nous interroger sur les questions suivantes :

**QR** : l'infertilité conjugale influence-t-elle sur la structuration des rapports de genre ?

### Questions spécifiques

QS1 : les constructions socioculturelles de l'infertilité conjugale influencent-elles sur la structuration des rapports de genre ?

QS2 : les stratégies de santé sexuelle reproductive influencent-elles sur la structuration des rapports de genre ?

QS3 : les incidences sociales de l'infertilité conjugale influencent-elles sur la structuration des rapports de genre ?

Pour répondre à ces questions, les objectifs sont définis comme suit :

**OR** : L'objectif principal consiste à identifier l'influence de l'infertilité conjugale sur la structuration des rapports de genre

### Objectifs spécifiques

- OS1 : montrer que les constructions socioculturelles de l'infertilité conjugale influencent sur la structuration des rapports de genre.
- OS2 : décrire les stratégies de santé sexuelle reproductive qui influencent sur la structuration des rapports de genre.
- OS3 : identifier les incidences sociales de l'infertilité conjugale qui influencent sur la structuration des rapports de genre.

---

<sup>160</sup> Dyer.S.J et al (2004), « *vous êtes un homme parce que vous avez des enfants* »: expériences, connaissances en matière de santé reproduction et comportement de recherché de traitement chez les hommes souffrants d'infertilité de couple en Afrique du Sud ; *Human Reproduction*, vol.19.N°4, p.963

<sup>161</sup> Rosanna F.Hess et al (2018), *infertilité, détresse psychologique et stratégies d'adaptation parmi les femmes au Mali, Afrique de l'Ouest : une étude à méthodes mixtes*, *journal africain de la santé reproductive*, p.3

Le cadre théorique s'est effectué à partir de deux théories que sont : la théorie des représentations sociales de Moscovici la théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner.

### 6.1.1 La théorie des représentations sociales de Moscovici

Pour Moscovici, la théorie des représentations sociales est « *une manière d'interpréter le monde et de penser notre réalité quotidienne, une forme de connaissance sociale que la personne se construit plus ou moins consciemment à partir de ce qu'elle est, de ce qu'elle a été et de qu'elle projette et qui guide son comportement. Et corrélativement, la représentation sociale est l'activité mentale déployée par les individus et les groupes pour fixer leurs positions par rapport à des situations, événements, objets et communication qui les concernent* »<sup>162</sup>. La théorie de la représentation se construit à partir des informations qu'un individu acquiert dans son environnement. C'est à partir de ces informations qu'une personne fait des constructions sociales et décide d'adopter une attitude précise par rapport à une situation ou un événement. La perception d'une personne sur la question d'infertilité dépend de son niveau de connaissance sur la question, ainsi que de sa culture, de ses valeurs et de ses expériences pratiques. Pour les personnels de santé qui travaillent sur la génitalité de l'homme, il est évident d'avoir un maximum de savoirs sur les facteurs de risque de l'infertilité, sur les méthodes modernes au sujet de la procréation.

Cependant, ces connaissances ne sont pas suffisamment vulgarisées pour réduire les personnes infertiles qui sont stigmatisées. C'est pourquoi P-1-F soulève que l'infertilité est taboue au Cameroun à travers ses propos : « *c'est inconcevable dans nos traditions, parce que quand on voit une femme ou un homme qui n'arrive pas à procréer on se dit peut-être que c'est une malédiction. Peut-être que une malédiction qui est liée à la lignée donc des aïeux, qui se répercutent sur nous, et soit c'est lié à toujours une malédiction liée peut-être à une mauvaise hygiène de vie, peut-être les filles, tu as de multiples partenaires ...* ». L'infertilité peut être primaire ou secondaire au sein des couples, G4 explique ces deux formes comme suit : « *Infertilité primaire, infertilité secondaire. Infertilité primaire ça veut dire qu'une femme n'a jamais eu de grossesse, elle n'a jamais eu d'enfant et infertilité secondaire ça veut dire qu'elle qu'elle a d'abord eu un enfant et puis elle cherche en avoir d'autres et puis ça ne vient plus...* ». Avant qu'un couple ne se mette en place, l'un des partenaires peut déjà avoir eu un enfant dans

---

<sup>162</sup> Moscovici, S. (1989), « *Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire* » dans Jodelet (D), les représentations sociales, Presses Universitaires de France, p.132

le passé, là on parlera de l'infertilité secondaire. Par contre, l'infertilité primaire est plus inquiétante pour les personnes désirant se reproduire. Ces formes de connaissances sont susceptibles d'impacter les rapports sociaux de sexe. Certaines personnes perçoivent l'infertilité comme une malédiction, voire un karma comme affirme P-4-H :

*« Pour moi, l'infertilité c'est déjà comme un mythe, donc pour moi, je me dis que l'infertilité vient d'un, d'un karma ; genre peut-être, c'est une punition divine pour moi, donc je ne peux pas expliquer ça scientifiquement parce que chaque personne qu'on accouche, que ce soit un homme ou une femme doit normalement avoir des enfants... voilà exactement c'est lié aux traditions et même parfois aux à certaines pratiques mystiques ».*

Les croyances et les connaissances de l'infertilité influencent sur les rapports sociaux de sexe au Cameroun. Certains individus vont jusqu'à nier l'existence de l'infertilité chez une personne, P-5-F affirme que :

*« L'infertilité ! Qu'est-ce que je pense de l'infertilité ? pour ma part, l'infertilité, l'être humain ne naît pas infertile. Voilà ! Mais le devient face aux effets de la société, quand je parle de la société je parle en fait de l'environnement dans lequel il grandit, dans lequel il vit ; pourquoi, parce que biologiquement parlant, lorsque l'être humain naît, il y a un ensemble de systèmes qui est formé, à l'intérieur de son organisme c'est-à-dire qu'il est prédisposé à avoir des hormones, il est prédisposé à avoir un cœur qui bat, bref tout le fonctionnement des organes génitaux. Mais quand je parle maintenant du fait que c'est la société qui agit qui cause en fait cette infertilité c'est dans le sens sur le plan alimentaire par exemple, le fait de mettre des engrais chimiques, nous ne connaissons pas l'impact des engrais dans l'organisme ; c'est-à-dire cela a un impact que l'on le veule ou pas... dans une certaine mesure nous sommes en Afrique, dans le contexte africain on a souvent cette tendance à attribuer en fait comment je vais dire ça, sachant que la fertilité de la femme est un maillon sur lequel on manipule très généralement pour l'atteindre, c'est-à-dire de par les couches de nuit et bien d'autres, et de même par ses cycles parce que lorsque nous nous on se garnit et nous déversons un peu nos garnitures un peu de partout ... : voilà ! On peut à travers cela utilisé pour pouvoir t'atteindre ; à plus forte raison une femme enceinte ; quand une femme enceinte est enceinte, dès que quelqu'un est au courant il est susceptible de prendre simplement son sous-vêtement et lui faire perdre un enfant...».*

Selon les données quantitatives sur les connaissances de la fertilité, 67% des répondants (es) ont coché vrai sur la question : « une femme est moins fertile après l'âge de 36 ans » ; 54% ont coché faux sur la question « un couple serait classé infertile s'il ne peut pas obtenir une grossesse après un de rapports sexuel régulier (sans utiliser de contraceptif) ; 52% de répondants

(es) affirment que « environ un couple sur 10 est stérile » ; 62% refusent l'idée selon laquelle « de nos jours, une femme dans la quarantaine a une chance similaire d'être enceinte en tant que femme dans la trentaine » ; 78% infirment cette hypothèse « si une femme est en surpoids de plus de 28 IMC (Indice de Masse Corporelle) alors elle ne pourra peut-être pas tomber enceinte » ; 75% affirment que « les personnes qui ont une maladie sexuellement transmissible sont susceptibles d'avoir une fertilité réduite ». Ces résultats montrent que les connaissances sur l'infertilité peuvent influencer les croyances. Car selon G2, le surpoids peut conduire à l'infertilité chez le sexe féminin « *facteur de risque toujours côté femme, c'est l'obésité, la femme qui a un poids, qui, en fait qui a un indice de masse corporelle anormale au-dessus de 30, c'est aussi la femme qui est trop maigre...* ». Il existe également des causes inconnues de l'infertilité dont la médecine n'a pas encore trouvé des solutions, G2 soutient cela à travers ces propos « *...déjà l'infertilité est, et il y'a des facteurs masculins, il y'a des facteurs féminins, et puis il y'a des facteurs entre qui concernent les deux individus dont on ne maîtrise pas...* ». De même qu'affirme G1 sur les causes inconnues de l'infertilité à travers les propos suivant :

*« Et il y'a des causes inconnues, les deux peuvent avoir des problèmes, on ne peut identifier aucune cause chez les deux, mais les deux peuvent avoir des problèmes à procréer ; mais le pourcentage souvent c'est moins de 10%. Oui oui les causes inconnues... Parce que rapport sexuel pendant la période féconde n'est pas égale à grossesse, parce qu'il y'a ce qu'on appelle la fécondabilité. La fécondabilité est la chance de tomber enceinte par cycle. Oui, elle est de 25%. ».*

Les constructions socio-culturelles de l'infertilité impactent la perception qu'on a de ce phénomène.

Encore qu'en Afrique l'homme ne peut pas être infertile, par contre c'est la femme qui peut-être infertile. Lorsqu'une femme va en mariage, c'est pour donner des enfants, ceci est une manière de rembourser la dot que sa famille a reçue. C'est pourquoi P-1-F affirme :

*« est-ce que l'homme est infertile ? je dis, je demande ça dans dans le sens général ; l'homme ne conçoit pas ça, ça ne passe pas dans la tête de l'homme qu'il est infertile, l'homme sait que c'est lui le coq, et il sait que tout chez lui doit être à merveille ; donc pour lui là, on monte on descend il va te dire qu'il n'a pas de problèmes, "" c'est difficile hein, et généralement quand ce cas arrive même si c'est l'homme le problème on va toujours porter un regard négatif sur la femme... ». « on commence à dire que je demande hein qu'est-ce qui se passe là-bas, depuis là on attend on attend on attend c'est quoi, la fille-là a quel problème ? Peut-être pendant que les gens se posent des questions-là, tu es en train de bagarrer dans ton foyer à vouloir convaincre ton partenaire que non, moi j'ai déjà tout fait, je n'ai rien ; toi aussi viens aussi on part "" »*

*faire ‘’ le gars te dit que nièt si tu insistes encore, ça devient un autre sujet donc chez la femme ça va très vite, je ne sais pas pourquoi c'est comme ça, ou peut-être ».*

Pour ce qui concerne les stratégies employées par le couple dans une situation d'infertilité, les gynécologues conseillent aux couples la médecine moderne où un ensemble d'exams sera effectué chez les deux partenaires. L'Etat camerounais pour faire face à l'infertilité a mis sur pied une loi relative à la procréation médicalement assistée. Bien que cette soit politique soit nouvelle et moins vulgarisée, G4 affirme avoir connaissance de cette politique à travers ses propos suivant : *« mais récemment on n'a à l'assemblée nationale du Cameroun il y'a environ deux semaines on a il y'avait le projet, il y'a un projet qui a été discuté sur la qui avait un lien avec la procréation médicalement assistée. Je crois que si vous vous renseigné vous allez avoir l'information ».* Par contre d'autres gynécologues n'ont pas connaissance de cette information comme G2 *« non, je ne suis pas au courant... ».* Cependant, des institutions qualifiées pour le traitement de l'infertilité existent au Cameroun, P-5-H affirme que *« il y a déjà le CHRACERH par exemple, le CHRACERH pour les femmes en les femmes qui ont une difficulté pour procréer, même les femmes qui ont déjà dépassé la ménopause hein, il y a eu des cas de femmes qui ont dépassé la ménopause qui ont accouché au CHRACERH ... »*

G4 explique que le traitement de l'infertilité dépend de l'origine de la maladie à travers ces termes :

*« Non les protocoles sont tellement variés, les médicaments sont tellement variés, la prise en charge est tellement vaste, il y'a les médicaments qu'on donne pour cela, il y'a des traitements chirurgicaux, il y'a des des combinaisons thérapeutiques. Donc il n'a pas un médicament pour que je vous dise que tel médicament est utilisé pour la prise en charge, ça dépend de l'origine. Si vous avez une trompe bouchée tous les hormones qu'on va vous donnez ne vont rien changés. Donc c'est en fonction de la de l'anomalie qu'on va détecter ».*

Compte tenu du fait que nous sommes en Afrique, la médecine traditionnelle existe comme pratique lorsqu'il s'agit de traiter les maladies, P-1-F soutient que :

*«...il y a grand-mère qui faisait souvent un petit truc là, je vais faire ! Du coup tu te lances dans quelque chose dont tu n'as pas la maîtrise, tu bois un remède tu ne sais pas ce que ça va traiter exactement dans ton dans ton organisme et du coup certains remèdes peuvent créer des complications encore ; donc comme la médecine moderne est déjà là, parfois c'est mieux de d'abord faire un tour chez les spécialistes, maintenant quand on te dit que tu souffres de telle chose, tu peux faire un rapprochement avec soit les remèdes de la médecine moderne, soit un rapprochement avec les remèdes de la médecine traditionnelle parce qu'il y a des choses qui concernant l'infertilité ça se traite très facilement à l'indigène...».*

Le traitement de la médecine moderne sur les questions de fertilité n'est pas à la portée de tous comme le soulève G1 :

*« Dont généralement l'infertilité est une pathologie qui n'est pas dans notre contexte, qui n'est pas pris en compte, pris en charge par les assurances. C'est qu'il faut d'abord savoir... dont du coup, c'est, c'est une pathologie qui est le plus souvent, que le, le couple ait laissé pour, c'est-à-dire se sont eux qui ont la charge de tout faire... ».*

De même que G3 soulève que *« il n'y'a pas de subvention, c'est les patients eux-mêmes qui prennent en charge, c'est le couple même qui prend en charge leur pathologie en fonction de ce qu'on trouve »*. Selon P-4-F, *« la plupart du temps, on dit toujours hôpital, mais vraiment là, avec nos cultures là, c'est difficile. Ils vont te dire tradition village, que madame village. Quand tu dis que vous étiez à l'hôpital, ça n'a pas marché, on vous dit que allez au village, allez chez tel marabout là-bas, qu'il faut essayer le village, nous sommes en Afrique.»*.

L'insémination artificielle est coûteuse en Afrique, ceci peut faciliter les disparités dans le cas de l'infertilité, P-4-F relève que *« bon, vraiment, pour ceux qui ont assez de moyen, si l'organisme est assez bon et peut prendre, et peut supporter l'insémination, je pense que ça serait le mieux. Le divorce n'est pas toujours la solution, il y'a les enfants pleins à l'orphelinat là-bas, c'est vrai qu'on dira toujours que ohh, ce ne sont pas les miens, ce sont les enfants d'une autre personne »*. Les stratégies modernes sont plus coûteuses que les traitements traditionnels, car CHRACERH est une institution qui n'est pas à la portée de tout camerounais qui cherche la reproduction sexuée, c'est pourquoi beaucoup de camerounais (es) se tournent vers la médecine traditionnelle et religieuse. D'après P-2-F :

*« oui, et confier à Dieu. Et pour ceux qui aillent chez les, pour ceux qui partent chez les marabouts, les mamans ont souvent l'habitude de dire ah, on peut aller là-bas, une femme qui fait les remèdes, elle peut te faire accoucher. Tous ces trucs-là, tu sais quand tu es quand tu te trouves impuissant face à certaines situations, oui tu fais recours à tout et n'importe quoi. Si tu peux trouver la solution là-bas »*. De même que P-4-H, *« pour moi, pour les personnes que je connais, les stratégies soient certains se replient vers l'église, d'autres, bon j'en connais plusieurs, d'autres parfois se disent en allant voir les marabouts ou bien les sorciers ou bien quoi là, ça va marcher. Mais la majorité se replie à l'église, mais la majorité maintenant se contente de faire autre chose pour oublier totalement dans leur vie cette situation »*.

D'autres solutions sont proposées comme l'adoption dans les orphelinats comme le soutien P-3-F *« en fait ehh, je pense que pour beaucoup, ils adoptent les, ils passent à l'adoption.... Pour ceux-là qui ne pensent pas qu'il faudrait, peut-être passer par l'adoption comme je disais ou encore, pour ceux-là qui refusent de se rendre à l'hôpital... »*. Selon P-1-H, si l'infertilité de

l'homme n'est pas remédiable, il suggère une solution non conventionnelle telle que : « *on peut, à la femme tu peux aller faire l'insémination, ou bien, tu peux chercher, généralement ça arrive, je ne sais pas si aujourd'hui ça arrive toujours ; tu peux chercher un père pour tes enfants mais tu gardes la confidentialité, parfois ça arrive* ». Il peut exister des solutions plus conventionnelles où le couple peut recevoir des dons lorsque l'infertilité est irrémédiable, G1 affirme :

*« Non, ça sera avec les dons, ça sera avec les dons d'embryons ou les dons d'ovocytes, oui don d'ovocytes...les dons, les dons, bon les dons, l'hôpital peut faire des dons, ici dans notre contexte, il y'a des couples qui congèlent soit les ovocytes, soit les spermés ou bien même les embryons, quand elles ont déjà eu le nombre d'enfant qu'ils veulent, ils disent que bon le reste, l'hôpital peut faire de ça ce qu'ils veulent. Eux ils donnent, ils laissent à l'hôpital, à la direction de faire un don aux nécessiteux...Dont maintenant les dons c'est, il y'a une commission qui va décider en fonction de la volonté du couple. Parce qu'il y'a des couples qui disent que non, nous on ne veut pas les dons, nous on, on va prendre quelqu'un de la famille, on va procéder comme ça, la femme, celle qui a besoin d'enfant sera une mère porteuse... ».*

L'autre facteur qui renforce à augmenter les disparités de sexe dans le cas de l'infertilité est l'absence de la promotion des dons d'ovocytes et de sperme, G1 affirme à travers ces propos : « *oui mais c'était, la loi n'est pas vraiment complète pour l'instant, la loi n'est pas complète. Parce qu'ailleurs c'est tellement bien limité que, la loi est tellement bien encadrée mais chez nous l'administration en elle-même n'est pas encore complète. Parce ailleurs, la fécondation in vitro se limite à 42ans, mais chez nous ici il n'y'a pas de limitation d'âge, dont il n'y'a pas encore de limitation d'âge dessus. Bon pour les dons, dès que la femme est éligible, elle signe juste les consentements éclairés qu'après elle ne va plus, celle qui fait les dons ne va plus réclamer, elle fait juste un agrée avec l'hôpital, elle remplit juste les documents...si si, seulement ce n'est pas médiatisé parce que les mœurs vous voyez un peu, pas très médiatisé. Mais généralement, on fait ça dans un cadre restreint, parce que quand les couples viennent à l'hôpital, on les dit qu'on fait aussi les dons, dont voilà. C'est dont le couple qui fait de la bouche à oreille, bon, les dons se retrouvent parmi les couples qu'on a suivis et qui n'ont plus besoin de leurs ovocytes, soit de leurs embryons ».*

### **6.1.2 La théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner**

La théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner portent sur la catégorisation et la perception des groupes de personne. Elle étudie les conflits intergroupes, les préjugés et les discriminations au sein d'une société, elle s'intéresse à l'interaction entre les individus, à la



conception de soi, construction cognitive ainsi qu'aux croyances. L'infertilité en Afrique est considérée comme tabou auprès des certaines personnes en âge de procréer, elle crée donc une identité positive envers certaines personnes fertiles, et une identité négative envers celles qui sont infertiles. Cependant, les couples qui rencontrent l'infertilité peuvent avoir des identités soit négative, soit positives. Ceci s'observe à travers les sentiments/émotions et les incidences dans les couples. Cette théorie permet d'expliquer les relations conflictuelles et de coopération entre les groupes sur les aspects de l'identité de soi afin de rendre intelligible certains phénomènes de groupe et d'intergroupe. Selon Tajfel, les individus frustrés ne peuvent réagir que par des attitudes agressives envers les personnes faibles et différentes parce qu'ils sont plus vulnérables. Autrement dit, les rapports entre les couples sont d'autant plus conflictuels que de domination, l'existence d'une coopération dans les couples ayant les problèmes de fertilité est presque rare au Cameroun ainsi qu'en Afrique.

Selon P-1-H, la société ne perçoit pas que l'homme peut être infertile à travers ses propos : *« quand elle était jeune, elle a fait si, elle a fait tel nombre de divorce donc d'avortements pardon, donc généralement, c'est le divorce qui prime, parce que, la famille de l'homme parce que généralement en Afrique, on rejette trop le problème de l'infertilité, on rejette souvent trop sur la femme, donc on pense toujours que c'est la femme qui est infertile, bon ! ... ; elles partent concevoir pour venir dire que c'est ton enfant, raison de plus pour mettre la première dehors... ça revient à la même chose, parce que j'ai dit le cas où c'est la femme, c'est ce qui se passe, tu n'arrives pas à concevoir, maintenant, dans le cas où c'est remarqué que c'est l'homme, tu vois, ça devient compliqué, or, dans le cas où ça devient compliqué parce que tu n'arrives pas à enceinter ta femme, ou tes femmes, mais dans le cas où c'est la femme et que réellement dit, tu as enceinté la deuxième, ça veut dire qu'on se rend compte que l'infertilité c'est chez la femme, c'est difficile que, ça devient très difficile pour cette dernière parce qu'elle se retrouve face à un problème qu'elle va affronter chaque jour, comment ma coépouse a pu enfanter moi j'ai pas pu enfanter ? oui ! et là, elle se retrouve sous pression, donc la pression qu'elle a c'est qu'elle veut aussi enfanter comme sa coépouse, maintenant il faut se jeter dans les produits pharmaceutiques pour ceux qui sont fortes mêmes, et certaines se jettent dans des histoires d'église »*. Autrement dit, l'homme pour garder une image positive renvoie la faute de l'infertilité sur son épouse, et il se retrouve à être polygame afin de garder cette image positive qu'il a de lui. Cependant, les personnes infertiles peuvent être compréhensibles et rechercher la solidarité au sein du couple, c'est pourquoi P-2-H dit ceci :

*« la femme accepte qu'il prenne des enfants qu'il fasse des enfants à gauche à droite, maintenant, ils s'arrangent à ce que ils s'organisent, ça dépend ça dépend de l'entente du*

*couple, c'est pour ça que je disais que le deuxième facteur c'est l'entente du couple ; il y a des couples qui vont dire mieux on se sépare, tu dois avoir tes enfants, d'autres vont dire bon, on va adopter les enfants, ou d'autres vont dire bon, on va aller au village, on va prendre un enfant au village qui va être mon enfants ».*

Le fait de songer à l'adoption ou à la séparation dans un couple ayant les difficultés de procréer montre une certaine collaboration au sein de ces derniers ; cette collaboration démontre une identité positive que chaque individu à son égard. Les hommes sont moins affectés par l'envie de procréer que les femmes, c'est pourquoi elles se font consulter et font recours à plusieurs types de traitement pour obtenir une solution. Selon P-3-H :

*« Généralement la conséquence majeure c'est le rejet...oui ! Des frustrations énormes au point où des idées noires peuvent traverser l'esprit de la femme et commettre des trucs irréparables, des gestes irréparables. Donc le gros là c'est le rejet, la frustration... » ; « bon, l'incidence sociale pour l'homme n'est pas aussi n'est pas aussi grave si on peut dire ; n'est pas aussi complexe parce qu'on se dira non, si on essaye ici avec celle-ci ça ne donne pas, on a encore la chance d'essayer avec d'autres ; et si on se rend compte au finish que c'est l'homme qui est le problème, c'est pas vraiment, la gravité n'est pas aussi pareille que celle de la femme ; certes intérieurement il se dira qu'il ne pourra pas assurer sa descendance, il n'aura pas de progéniture ; donc il sera il verra qu'il y a un manque, et sur ce, avec le regard extérieur, avec le regard des de la société, également il sera frustré ; il y aura beaucoup de remords, il se posera milles et une questions ...oui ! C'est la polygamie est plus mise en avant ; parce que si dans un couple, si déjà la base les deux s'aiment été se respectent, et qu'ils tiennent vraiment à avoir des enfants, c'est généralement une des options qui est la plus mise en avant, hors-mi l'option d'adoption ; généralement cette option-là qui est un peu plus mise en avant au lieu d'arriver à la séparation, si c'est vraiment avéré que c'est du côté de la femme le souci...».*

La femme est plus rejetée et frustrée que l'homme, ceci est dû au fait que l'infertilité n'est pas trop visible chez le sexe masculin, et il n'est pas susceptible d'être facilement jugé comme les femmes. Parce que la société conçoit difficilement que l'homme est infertile. Toutefois il peut arriver des cas où l'homme prend conscience de son infertilité et peut devenir violent afin de garder une identité positive de lui, c'est ainsi que P-5-H soutient ceci :

*«, je suis avec ma femme mais je ne peux pas procréer, je ne peux pas avoir d'enfants parce que je ne peux pas procréer, donc l'homme va être rabaissé par rapport à la femme et ça peut et l'homme peut devenir violent bon bref... l'homme sera rabaissé et ça va déstabilise le couple. Sans compter aussi, sans aussi compter le, les les ce que les gens vont dire dans l'entourage,*

*ce que les gens vont dire dans l'entourage, moi je connais des, j'ai suivi des séries où l'homme part faire le test d'abord lui-même... ».*

La théorie de l'identité sociale explique que les relations entre les groupes d'individus peuvent être conflictuelles, de domination et de coopération. Cependant, les incidences liées à l'infertilité sont plus négatives que positives. En Afrique, lorsqu'on parle de procréation, le regard beaucoup tourné vers la femme ; c'est un moyen d'obtenir un statut respectable auprès de la belle famille. C'est ainsi que le système patriarcal en Afrique donne suffisamment de pouvoir à l'homme au point où celui ne peut pas être soupçonné d'infertilité. D'après P-1-F :

*« est-ce que l'homme est infertile ? je dis, je demande ça dans , dans le sens général ; l'homme ne conçoit pas ça, ça ne passe pas dans la tête de l'homme qu'il est infertile, l'homme sait que c'est lui le coq, et il sait que tout chez lui doit être à merveille ; donc pour lui là, on monte on descend il va te dire qu'il n'a pas de problèmes, "" c'est difficile hein, et généralement quand ce cas arrive même si c'est l'homme le problème on va toujours porter un regard négatif sur la femme... ». « On commence à dire que je demande hein qu'est-ce qui se passe là-bas, depuis là on attend on attend on attend c'est quoi, la fille-là a quel problème ? Peut-être pendant que les gens se posent des questions-là, tu es en train de bagarrer dans ton foyer à vouloir convaincre ton partenaire que non, moi j'ai déjà tout fait, je n'ai rien ; toi aussi viens aussi on part "" faire "" le gars te dit que nièt si tu insistes encore, ça devient un autre sujet donc chez la femme ça va très vite, je ne sais pas pourquoi c'est comme ça, ou peut-être ».*

Le système patriarcal au Cameroun est un groupe d'homme qui incarne le pouvoir, la prospérité, la sagesse, les savoirs, et il est né pour transmettre ces différents éléments à sa progéniture. Par conséquent, c'est difficile d'accepter qu'il ne puisse pas le faire, ceci traduit une perception positive de soi que les hommes développent, être père peut donc être naturel chez eux. C'est pourquoi, ils sont peu à admettre qu'ils peuvent être infertiles ainsi qu'accepter de sa faire consulter grâce aux constructions socioculturelles de la société. Selon P-4-F :

*« hum, comme d'habitude, ils vont la chasser, il dit qu'il faut le divorce, qu'e que c'est elle qui a mangé ses enfants dans le ventre, rire rire. Nous sommes en Afrique non. On va dire que non, c'est elle la fautive... non, on lui demandera de supporter...où au cas contraire, on va lui dire, tu dois faire un enfant avec le frère de ton mari. On va l'imposer cela disant que c'est l'enfant de son mari pour couvrir la stérilité de l'homme. On va lui imposer cela...».*

Cette participante affirme que la stérilité de l'homme est toujours couverte en Afrique et des solutions sont proposées par l'entourage afin de palier à ce problème. Néanmoins, il existe des cas où l'homme a plutôt une identité négative de soi-même, ce qui conduira à des sentiments de culpabilité et de faiblesse. P-5-F relève que :

*« ...il ne sera plus productif parce qu'il sera toujours en train de penser pourquoi je n'arrive pas à faire d'enfants. Pourquoi ceci ? Pourquoi Dieu ne m'a pas fait ceci ? Pourquoi, pourquoi ? Parce que quand il sait qu'il est infertile, déjà il va sombrer, pour lui à sera une faiblesse parce que l'homme n'a pas la même force que la femme... mais l'homme est susceptible de sombrer parce que face à son impuissance il comprend qu'il n'a rien, c'est-à-dire que c'est comme si tu étais vide, c'est comme si tu étais une boîte qui... . Tu ne seras plus rentable, tu seras seulement aigri envers la société ; dès que quelqu'un va t'adresser la parole pour toi c'est comme si on te la société t'énervait seulement... oui parce que s'il estime que je divorce avec toi, qu'est-ce qui me fait croire que la femme que je vais prendre là va aussi procréer ... quand la femme a généralement aimé, elle reste solidaire avec son mari ; quand elle a généralement aimé, tout dépend... ».*

Les données quantitatives montrent que 94% des répondants refusent l'idée selon laquelle « si un homme produit du sperme, il est fertile » ; 52% affirment que « avoir un mode de vie sain vous rend fertile » ; 93% rejettent la perception selon laquelle « si un homme peut avoir une érection, c'est une indication qu'il est fertile ». Il s'agit des croyances positives sur la fertilité qui sont pratiquement rejetés par les participants (es), ceci indique une grande connaissance sur les causes de l'infertilité. De même, il en ressort que 57% des répondants (es) affirment que « fumer diminue la fertilité féminine ; fumer diminue la fertilité masculine » ; 67% n'ont pas connaissance d'une des causes de l'infertilité masculine à savoir « si un homme a des oreillons après la puberté, il est susceptible plus tard d'avoir un problème de fertilité » ; 86% refusent l'idée selon laquelle « une femme qui n'a jamais ses règles est toujours fertiles. Il s'agit des croyances négatives sur l'infertilité sont deux questions ont des réponses justes à savoir que la consommation du tabac et ou cigarette peut réduire la fertilité de l'homme et de la femme. Par contre, les deux réponses suivantes montrent un manque d'information sur les causes de l'infertilité masculine et l'infertilité féminines. Parce que G3 soutient que les oreillons chez les hommes peuvent créer les problèmes de fertilité, il le dit à travers ses propos :

*« il y'a les facteurs de risque masculin et féminin, le facteur de risque masculin, c'est, ce sont des oreillons, les infections aux oreillons, il y'a les infections sexuellement transmissibles... chez la femme, il y'a aussi les infections sexuellement transmissibles, on peut avoir les mêmes infections gynécologiques comme je viens de citer là, chlamydia, mycoplasme, syphilis, gonococcie. ». De même que G2 affirme que « D'autres facteurs de risque c'est des anomalies du cycle qui peuvent avoir des rapports avec, en fait qui entraînent des anomalies d'hormone, dont des anomalies des cycles qui peuvent, dont pour certains on ne connaît pas la cause ».*

Ces informations peuvent renforcer l'image positive que l'individu a de lui-même ainsi que de son partenaire. Les résultats montrent que l'infertilité est vécue différemment au sein d'une société, en fonction des us et coutumes de celle-ci, certaines personnes peuvent être plus discriminées et stigmatisées que d'autres.

## **6.2 Discussion**

Cette discussion portera sur les rapports de genre dans le cas de l'infertilité dans le contexte camerounais tout en insistant sur les représentations sociales, les pratiques et les incidences. A cet effet, l'objectif consistera à identifier les facteurs qui rendent compte des disparités de genre en cas d'infertilité. Sachant que le genre est une construction sociale où des rôles sont attribués à une personne en fonction de son sexe, c'est ainsi que le travail dans cette étude est de présenter les inégalités de genre entre les deux sexes en fonctions des rôles attribués. L'infertilité à la base est une incapacité pour un homme ou pour une femme à pouvoir se reproduire sexuellement, celle-ci peut être temporaire ou durer sur le long terme. Tout dépend de l'origine du mal, et des moyens utilisés pour y remédier. Cependant, la procréation est longuement attribuée au sexe féminin parce que c'est elle qui donne la vie, à cet effet, l'infertilité est très visible chez les femmes que chez les hommes. Compte tenu du fait que la fertilité de la femme se vérifie par la forme de son ventre sur le plan physique, autrement dit, lorsqu'une femme est enceinte, cela est visible. Par contre la fertilité de l'homme se vérifie le plus souvent par des examens comme le spermogramme. C'est pourquoi en Afrique, l'infertilité est un sujet tabou surtout pour les femmes, car l'infertilité masculine n'est pas prise en compte en contexte africain. Toutefois, c'est une maladie dont les deux sexes peuvent être affectés, bien que l'infertilité masculine soit couverte comparée à l'infertilité féminine qui peut l'être objet d'une publicité au Cameroun. Les facteurs dont les patients infertiles rencontrent peuvent être d'origine connus ou inconnus, mais dans la plupart des cas, l'infertilité est une maladie remédiable avec l'évolution des techniques de procréation médicalement assistée. C'est un phénomène de plus en plus répandu dans le monde entier, en Afrique ainsi qu'au Cameroun ; mais avec la science moderne, il existe des solutions. Bien que ces solutions existent, ils ne sont pas à la portée de tout le monde. C'est pourquoi, certaines personnes préfèrent avoir recours à la médecine traditionnelle.

Pour mener à bien cette recherche, nous avons fait recours à l'utilisation de deux approches que sont : le qualitatif et le quantitatif. L'approche qualitative a été mise en œuvre afin de comprendre comment les constructions socioculturelles de l'infertilité se mettent en

place, d'être éclairé sur les pratiques liées à l'infertilité dans le contexte camerounais et enfin d'identifier les incidences dans les rapports de genre. Quant au quantitatif, il nous a permis de comprendre d'avantage les constructions socioculturelles de l'infertilité à travers une échelle de test de connaissance de la fertilité. Dans ces deux approches, les populations cibles étaient des personnes âgées à partir de 18 ans, voire des personnes en âge de procréer. Les résultats de cette étude montrent que les constructions socioculturelles de l'infertilité se mettent en place grâce aux connaissances, aux expériences et à la culture des individus. C'est à partir de ces éléments qu'un individu peut avoir une perception soit positive, soit négative de l'infertilité. Les expériences vécues par l'entourage des participants (es) influencent également leur perception du phénomène. Ces éléments sont à l'origine des représentations sociales qu'un individu construit par rapport à l'infertilité. Ce qui entraîne des formes de pratique lorsqu'il s'agit de remédier au problème d'infertilité, de même que les incidences qui peuvent exister au sein des couples. Compte tenu du contexte camerounais qui regorge d'une diversité culturelle, ainsi qu'une faible vulgarisation de la médecine moderne sur les méthodes de procréation, il ressort que certaines personnes agissent encore dans l'ignorance dans le cas de l'infertilité. Il est aussi à noter que le niveau de pauvreté est élevé au Cameroun, ce qui n'améliore pas les conditions de vie des populations. Cependant, les méthodes modernes de procréation sont très coûteuses au Cameroun, ce qui favorise une dépendance aux méthodes dites traditionnelles des populations. Ceci dit, si un être humain veut procréer et rencontre des difficultés dans ce sens-là, il lui faudrait des moyens financiers colossaux afin de trouver une solution à son problème. Vu le niveau de vie des populations, les techniques modernes de procréation resteront encore inconnues pour les personnes ayant le besoin de procréer. Les incidences observées dans les relations de couples sont plus négatives que positives, ce qui implique un travail de sensibilisations auprès des personnes en difficulté de procréer. Une déconstruction sociale auprès des hommes et du système patriarcal est aussi nécessaire afin que les hommes puissent également avoir recours aux solutions dans le cas de l'infertilité.

Ces résultats obtenus au sein de la population camerounaise ne sont pas différents des résultats obtenus auprès de certains pays africains comme le Sénégal, le Nigéria et bien d'autres pays encore. Les incidences connues dans ces pays montrent que l'Afrique a certes des coutumes mais il serait judicieux de repenser ses cultures pour le bien-être des populations. Ceci permettra de réduire des inégalités dans les familles et les couples. Les pays occidentaux ont bien de l'avance sur l'Afrique en termes de procréation médicalement assistée, la science là-bas est nettement mieux développée qu'en Afrique. Cependant, certains pays africains comme le Cameroun, le Sénégal, l'Afrique du Sud, le Nigéria et bien d'autres encore essaient dans que

mieux de mettre sur pied des politiques de procréation médicalement assistée. Au Cameroun par exemple, c'est tout récemment qu'une loi sur la PMA est entrée en vigueur alors que la fécondation in vitro et l'insémination artificielle se pratiquaient déjà au CHRACERH. Ceci montre une volonté du gouvernement de pouvoir vulgariser la PMA afin de permettre aux individus de se reproduire. Même si elle reste coûteuse, c'est déjà un bon début pour favoriser l'épanouissement des individus. Etant donné que la fertilité permet à tout individu d'affirmer son identité et d'avoir une progéniture, ceci contribue au bonheur de chaque individu. L'absence d'obtenir une progéniture est une fatalité à tout être humain surtout en Afrique où la famille est la base de tout. Si un homme ou une femme n'est pas capable d'avoir une progéniture à qui il ou elle devra léguer son héritage, il ou elle aura le sentiment d'inexistant. Au cours de cette étude, il ressort que le CHRACERH au Cameroun est sollicité par certains pays de l'Afrique, ceci signifie que la procréation médicalement assistée reste une pratique pas très développée dans certains pays africains. C'est aussi une manière pour le Cameroun de démontrer son engagement à mettre en pratique la Politique Nationale Genre afin de réduire les inégalités entre les femmes et les hommes. Ceci permettra de faire une déconstruction sur lequel la femme est au centre de la procréation et qu'à l'absence de celle-ci, elle est la seule fautive. L'organisme des hommes et des femmes peuvent avoir des dysfonctionnements, par conséquent, ce n'est pas volontaire de devenir infertile mais plutôt un dysfonctionnement. Cette situation ne devrait pas être prise comme une fatalité car la science est évolutive. Les rapports de genre sont plus conflictuels au Cameroun lorsqu'il y'a une situation d'infertilité, le sexe le plus marginalisé est le sexe féminin. La science a montré que les hommes comme les femmes peuvent avoir des dysfonctionnements génitaux, ce qui renforce les disparités de genre au sein du couple. Il serait important de faire une sensibilisation afin de réduire les inégalités de sexe auprès de la population camerounaise.



**CONCLUSION GÉNÉRALE**



Cette étude intitulée « *infertilité conjugale et rapport de genre : stratégies des acteurs, représentations et incidences sociales dans la ville de Yaoundé* » a été abordée sous l'angle de la sociologie et de la psychologie. Le problème qui se pose est celui de la persistance des représentations sociales négatives de l'infertilité de manière générale et de comportements dans une situation d'infertilité dans le contexte camerounais. D'où la question de recherche suivante : l'infertilité conjugale influence-t-elle sur la structuration des rapports de genre ? L'objectif est d'identifier l'influence de l'infertilité conjugale sur la structuration des rapports de genre. Plus précisément, il s'agissait de montrer l'influence des constructions sociales, de la stratégie de santé sexuelle reproductive et des incidences sociales sur la structuration des rapports de genre.

La revue de littérature portait de prime abord sur la problématique de l'étude, ensuite sur les constructions socioculturelles de l'infertilité sur les rapports sociaux de sexe, enfin sur les pratiques et les incidences sociales de l'infertilité sur les rapports de genre. L'être humain se représentait à partir des perceptions, des expériences, des connaissances dans l'environnement auquel il est affecté. Cependant, l'identité sociale s'acquiert au fur et à mesure que l'individu grandit. La reproduction sexuée est essentielle pour la survie des êtres humains, elle leur permet de garantir une descendance (progéniture) compte tenu du fait qu'ils sont mortels. L'incapacité à pouvoir se reproduire au sein d'une société est un frein à la réalisation de cette tâche. Toutefois, les rapports entre hommes et femmes au sein d'un environnement étaient créés pour de multiples raisons parmi lesquels la procréation. L'incapacité de cette procréation au sein d'un couple hétérosexuel engendrait plusieurs sentiments négatifs envers soi-même, envers la/le partenaire ainsi que la société. Et ses sentiments négatifs étaient souvent sources de discrimination, de préjugés, de stéréotypes envers les personnes infertiles et avaient pour cause les constructions socioculturelles, les représentations sociales et les perceptions que l'on se fait sur l'infertilité. Notons que la théorie de la représentation sociale de Serge Moscovici est « *une manière d'interpréter le monde et de penser notre réalité quotidienne, une forme de connaissance sociale que la personne se construit plus ou moins consciemment à partir de ce qu'elle est, de ce qu'elle a été et de ce qu'elle projette et qui guide son comportement. Et corrélativement, la représentation sociale est l'activité mentale déployée par les individus et les groupes pour fixer leurs positions par rapport à des situations, événements, objets et communication qui les concernent* »<sup>163</sup>. Autrement dit, le comportement d'une personne était

---

<sup>163</sup> Moscovici, S. (1961, 1976), *la psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, p.132

la somme des interprétations sur le monde en général (réalité, connaissances, projection, expériences. La théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner (1979) postule que les individus cherchent à acquérir et maintenir une identité positive, ils se distinguent positivement dans le but de sauvegarder leur groupe par rapport aux autres<sup>164</sup>. Les individus fertiles s'identifiaient positivement par rapport au statut de la paternité et de la maternité. C'est ainsi que les personnes infertiles s'identifiaient négativement et se sentaient stigmatisées à cause de cette absence du statut de paternité et de maternité. On retrouvait des incidences dans les relations des couples où se vit la difficulté à procréer, l'un des sexes peut-être plus affecté par ces conséquences de l'infertilité. Les études ont montré que les femmes sont plus traumatisées et subissent plus de violence que les hommes lorsqu'il y'a une situation d'infertilité. Bien que l'infertilité touche autant les hommes que les femmes, elles sont plus marginalisées et stigmatisées. Ces discriminations sont renforcées par les us et les coutumes, la situation socioéconomique, le système patriarcal...etc.

Les approches utilisées dans le cadre de cette étude sont l'approche qualitative et l'approche quantitative. L'approche qualitative avait comme outil de collecte le guide d'entretien, une analyse de contenu comme outil d'analyse des données qualitatives. Le guide d'entretien était adressé à deux catégories de personne à savoir les personnels de santé de la reproduction (gynécologue) et les personnes ordinaires en âge de se procréer des deux sexes l'approche quantitative avait le questionnaire comme outil de collecte de données. Les participants ayant accepté de participer à cette étude sont au nombre de 16 pour la méthode qualitative et 100 pour la méthode quantitative ; ce qui fait un total de 116 participants. Le questionnaire est issu d'une échelle sur les tests de connaissance menée sur les femmes Afro-Américaines ; les items de cette échelle étaient associés aux variables sociodémographiques des participants. Le but de cette échelle était d'évaluer le niveau de connaissances des participants sur la fertilité, les croyances positives et négatives de la fertilité.

Les résultats de cette recherche ont montré que les croyances sont les premiers facteurs qui conduisent aux constructions socioculturelles sur l'infertilité. En plus, la culture joue un grand rôle en Afrique dans le domaine de la médecine. Le Cameroun qui regorge une diversité culturelle n'est pas suffisamment sensibilisé sur les techniques de procréation moderne. Les us

---

<sup>164</sup> Tajfel, H & Turner, J.C. (1979). « *An integrative theory of intergroup conflict* », dans Stephan Worchel & William Austin (dir), *Psychology of intergroup relations*, Chicago, Nelson-Hall, 7-24

et les coutumes prenaient le dessus lorsqu'un individu rencontrait les difficultés de santé, surtout lorsqu'il s'agissait de l'infertilité, ceci à cause du coût de la médecine moderne. Encore que ce soit impensable qu'un individu puisse avoir des difficultés de procréer. Cependant, dans cette perception négative de l'infertilité, les femmes se sentaient plus marginalisées que les hommes à cause du système patriarcal, des constructions socioculturelles faites sur la procréation. Car en Afrique et au Cameroun, la maternité est une étape qui garantit le statut de femme au sexe féminin, du moment où elle est mariée et n'a pas encore d'enfant, elle est considérée comme « épouse ». Ces éléments contribuaient à renforcer les inégalités de genre dans le cas de l'infertilité. Bien que les femmes soient plus marginalisées, les hommes subissaient également des violences surtout psychologiques par rapport aux femmes dont leurs violences sont physiques et psychologiques à la fois. Les hommes en majorité recevaient souvent le soutien familial par rapport aux femmes qui n'en recevaient presque pas, que ce soit de sa famille de base ou la famille de son époux. En d'autres termes, les hommes ont moins de pression sociale à vouloir trouver des solutions lorsqu'une situation d'infertilité se pose par rapport aux femmes qui avec une forte pression familiale et sociale auront tendance à chercher des solutions. C'est la raison pour laquelle le taux de consultation gynécologique est élevé chez les femmes que chez les hommes, de même qu'elles sont nombreuses à aller consulter les tradipraticiens. Les rapports de genre existant dans le cas d'une infertilité sont d'avantages conflictuels que coopératives, et les disparités de sexe s'observent sur les différents traitements effectués auprès des hommes et des femmes.

## BIBLIOGRAPHIE

### A- OUVRAGES GENERAUX

- Andreani JC, Conchon F (2003), « *Les Méthodes d'évaluation de la Validité des Enquêtes Qualitatives en Marketing* », Congrès des Tendances du Marketing, Novembre 2003 ; pp.1-25
- Buber R, Gadner J, Richards L (2004), *Applying Qualitative Methods to Marketing Management Research*, Palgrave Macmillan; pp.1-30.
- CEDAW, (2007), *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* ; pp.1-18
- Claire Neirinick. (2018). *La famille mutante ; Mutation de la nature de la filiation* ; presses de l'Université de Toulouse 1 Capitole, DOI : 10.4000/books.putc.976
- *Document de Politique Nationale Genre (2010)* ; pp.1-117
- Florent Mangin (2015), *La co-construction des positionnements identitaires des enseignants et des élèves en EPS* ; pp.1-336
- Fonkeng, E. ; Chaffi, S. & Bomda J. (2014). *Précis de méthodologie de recherche en sciences sociales. Yaoundé-Cameroun* : ACCOSUP ; pp.1-125
- Honoré Mimche et Yves Bertrand Djouda Feudjio, *Famille et santé en Afrique, regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Benin*, l'Harmattan, 2018, p.1-204.
- Honore Mimche (2020), *comprendre les nouvelles conjugalités ; pratiques matrimoniales en mutation au Cameroun*, Etude africaines, Série sociologique l'Harmattan, 2020, p.1-35.
- Jacques Binet. (1983), *Nature et limites de la famille en Afrique noire*, OILR.S.T.O.M. *Fond Documentaire*, N°3802 ; pp.1-7
- Manuel Gimenez ; Flamarion (1997), *la psychologie de la perception*, collection « domino » ; pp.1-5
- Philippe Aries (1977) ; *Histoire des populations françaises*, Paris, Self, Rééd., Seuil, 1971, coll. Points pp.1-566
- Zahia Ouadah-Bedidi et Locoh Thérèse (2010) ; « *Familias y relaciones de género en el Maghreb* ». In : Sophie BESSIS y Martin MUNOZ GEMA (coords), *Mujer y familia en les sociedades àrabes actuales*. pp. 11-44

### B- OUVRAGES SPECIALISES

- Berelson.B. (1952), *Content Analysis in Communication Research*, The Free Press; pp.1-17
- Brzakowski.M et al (2009). *Formation médicale continue, épidémiologie du couple infertile* ; Elsevier Masson SAS ; pp.1-102
- Décret N°2018/508 du 20 septembre 2018, *réorganisation du centre hospitalier de recherche et d'application en chirurgie endoscopique et reproduction humaine*, p.1-16.
- Friedrich Engels, (1884), *l'origine de la famille de la propriété privée et de l'Etat*, Edition du Progrès à Moscou, pp.1-157.
- Fatou Bintou Mbow & Isseu Diop (2019) ; *Développer des approches pour comprendre, caractériser et adresser l'infertilité et ses conséquences pour les individus et les familles en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal* ; Dakar, Sénégal : Population Council ; pp.1-18.
- Gustave-Nicholas Fischer, *les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris-Dunod, 1987, p.118.
- Loi N°2022/014 du 14 Juillet 2022 *relative à la procréation médicalement assistée au Cameroun* ; pp.1-16
- Leroto Théodora. M. (2005) ; *Les expériences des femmes africaines mariées infertiles dans l'Afrique du Sud : enquête narrative féministe* ; Université de Pretoria ; pp.1-173
- Magezi. E.Baloyi (2017), *caractère genré de la stérilité dans un contexte africain : une étude pastorale africaine* ; pp.1-164
- Moscovici, S. (1961, 1976), *la psychanalyse, son image et son public*, [Presses Universitaires de France](#), Paris, PUF ; pp.1-512
- Moscovici, S. (1989), « *Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire* » dans Jodelet (D), *les représentations sociales*, Presses Universitaires de France, pp.62-86.
- MINSANTE (2018), *Normes et Standards en SR/PF au Cameroun*, pp.1-164
- Michelle Rietmann, (2008). *Le vécu de l'infertilité chez les luo entre tradition, modernité et réalité médicale*, pp.1-117.
- Organisation Mondiale de la Santé (2012), *Relever le défi de la Santé de la femme en Afrique* ; Edition Résumée ; Bureau Régional de l'Afrique ; pp.1-36
- Organisation Mondiale de la Santé (2012), *Relever le défi de la Santé de la femme en Afrique ; Rapport de la Commission de la Santé de la femme dans la Région africaine* ; pp.1-120

- Organisation Mondiale de la Santé (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)* Geneva: WHO; pp.1-10
- Philippe de Carlos, (2015), *le savoir historique à l'épreuve des représentations sociales : l'exemple de la Préhistoire et de Cro-Magnon chez les élèves de cycle 3* ; Université de Cergy-Pontoise, Ecole doctorale Droit et Sciences Humaines, pp.1-857
- Philemon Matumo et al, (2020), Anomalies du spermogramme en consultations pré-nuptiales et dans les couples infertiles à Butembo, République Démocratique du Congo. *Pan African Medical Journal* ; pp.1-10 ; <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/37/155/full>
- Infertilité, détresse psychologique et stratégies d'adaptation parmi Femmes au Mali, Afrique de l'Ouest : Une étude à méthodes mixte : *une étude à méthodes mixtes, journal africain de la santé reproductive* ; pp.1-35
- Roussieau, N. et Bonardi, C. (2001), *les représentations sociales, état des lieux et perspectives*, Edition : psychologie et sciences humaines ; pp. 9-771
- Rosanna F.Hess et al (2018), *infertilité, détresse psychologique et stratégies*
- Rapport de la Commission de la Santé de la femme dans la Région africaine ; p.1-120.
- Stratégie Sectorielle de Santé (2009), p.1-130
- Statistiques cliniques mensuelles de l'Hôpital Gynéco-Obstétricien et pédiatrique de Yaoundé de 2016 à 2021
- Tajfel, H. (1972). *L'attribution, la catégorisation sociale et les représentations intergroupes* ; école de psychologie et des sciences de l'Education, Genève ; pp.710-721
- Tajfel, H & Turner, J.C. (1979). « *An integrative theory of intergroup conflict* », dans *Stephan Worchel & William Austin (dir), Psychology of intergroup relations, Chicago, Nelson-Hall, pp. 7-24*
- Tajfel, H., & Turner.J.C. (1986). *The social identity theory of intergroup behavior*. In *S. Worchel & W. Austin (Eds), Psychology of intergroup relations, 2<sup>nd</sup>ed, Chicago: Nelson-Hall, pp.7-24.*
- Tajfel, H., (1974) "*Social identity and intergroup behaviour*", *Social science information*, 13(2), pp. 65-93.
- Tajfel, H., (1978) "*Social categorization, social identity and social comparison*", In *Tajfel, H. (eds). Differentiation between social groups: studies in the social psychology of intergroup relations: Academic Press Inc., New York; pp. 61-67.*

- Tajfel, H. (1978) "*The achievement of group differentiation*", In Tajfel, H. (eds). *Differentiation between social groups: studies in the social psychology of intergroup relations*: Academie Press Inc., New York; pp.77-86.
- Tajfel. H (1981), *Human groups and social categories: studies in social psychology*, Cambridge University press; pp.1-15
- Touré Marème, (2018), *la recherche sur le genre en Afrique : quelques aspects épistémologiques, théoriques et culturels*, pp.1-13.
- Véronique Hertrich (2018), *Dynamiques familiales en Afrique ; Presses de l'Université du Quebec ; pp.1-448.*

### **C- DICTIONNAIRES ET LEXIQUES**

- Anna Zobrina (2009). Glossary of Gender related terms, Mediterranean Inqtitude.org gender studies. pp 1-32.
- Jean François.D. (2013). *Le Dictionnaire des sciences sociales ; Editions sciences humaines. pp1-454*

### **D- ARTICLES ET REVUES SCIENTIFIQUES**

- Arthur L. Greil et al (2010), *The expérience of Infertility: a review of recent literature; Sociology of Health & Illness ; Vol.32 N°1 ; pp.140-162 ; doi : 10.1111/j.1464-9566.2009.01213x.*
- Ashley Wiltshire et al (2019), *connaissances sur l'infertilité et croyances en matière de traitement chez les femmes afro américaines dans une communauté urbaine*, pp.1-7.
- Aiyenigba.O.A et al (2019), *Gérer le traumatisme psychologique de l'infertilité ; journal africain de la santé reproductive ; N°2 ; pp.23-77*
- Christie.GL (1998), *quelques aspects socioculturelles et psychologiques de l'infertilité ; reproduction humaine, vol.13.N°1, pp.232-241*
- Dinah Chelagat & Emily Choge Kerama (2017), *l'infertilité en Afrique : une grande manifestation du genre, la discrimination, IOSR Journal of Research & Method in Education (IOSR-JRME) e-ISSN : 2320-7388, p-ISSN : 2320-737X Volume 7, PP 42-44*
- Doris Bonnet et Véronique Duchesne (2014), *Migrer pour procréer : histoire de couples africains*, l'Harmattan, cahiers du genre ; n°56 ; pp.41-58
- Dyer.S.J et al (2004), « *vous êtes un homme parce que vous avez des enfants* »: *expériences, connaissances en matière de santé reproduction et comportement de*

- recherché de traitement chez les hommes souffrants d'infertilité de couple en Afrique du Sud ; Human Reproduction*, vol.19.N°4, pp.960-967 ; doi : 10.1093/humrep/deh195
- Fatou DIOP (5 juin 2018), *Genre et stérilité au Sénégal : la maternité et la paternité en question ; Institute of Development Studies ; P.391-403 ;*
  - Fledderjohann JJ (2012), « Zéro n'est pas bon pour moi » : implications de l'infertilité au Ghana, *Human Reproduction* ; vol.27, N°5. pp 1383-1390 ; doi :10.1093/humrep/des035,
  - Janet Takefman (2009), *Problèmes psychologiques liés à l'infertilité masculine*, ©[http://iaac.ca/fr/content/ problèmes psychologiques liés à l'infertilité masculine](http://iaac.ca/fr/content/problèmes-psychologiques-liés-à-l'infertilité-masculine) ; pp.1-8
  - Melanie Brzakowski et al. (2009) ; *Epidémiologie du couple infertile* ; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologique de la Reproduction pp.1-38
  - Ngo Um Meka.E et al (2016), *Connaissances, Attitudes et Pratiques des Femmes en Desir d'Enfant Vis-à-vis de l'Infertilité à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé ; connaissances, attitudes et pratiques des femmes infertiles vis-vis de l'infertilité à Yaoundé*, Health Sci.Dis; vol 17 (4); pp.41-46;
  - Rosanna F.Hess et al (2018), *infertilité, détresse psychologique et stratégies d'adaptation parmi les femmes au Mali, Afrique de l'Ouest : une étude à méthodes mixtes*, journal africain de la santé reproductive, doi : 10.29063/ajrh2018/v22i1.60
  - Sophie.P (2018) ; *la famille mutante ; Mutation de la procréation* ; presses de l'Université de Toulouse 1 Capitole ; p.59-75 ; DOI 10.4000/books.putc.976
  - Smadja Eric et Vincent Garcia (2011) ; *Introduction à une approche psychanalytique du couple* ; le journal des psychologues ; n°284, p.24-29 ; DOI10.3917/jdp.284.0024
  - Solène Lardoux. (2017) *les africaines font beaucoup d'enfants*, Presses de l'Université de Montréal ; pp.121-124
  - Sociologie de la santé et de la maladie Vol. 32 n° 1 2010 ISSN 0141-9889, p. 140-162 doi : 10.1111/j.1467-9566.2009. 01213.x
  - Youri Gentet (2014), *l'influence normative des groupes de référence sur les réponses à la musique. Le rôle modérateur du construit de soi* ; Université de Grenoble, pp. 1-545.

#### **E- WEBOGRAPHIE**

- <http://www.escp-eap.net/conferences/marketing>, consulté le 12 mars 2022
- [www.editionsscienceshumaines.com](http://www.editionsscienceshumaines.com), consulté le 15 avril 2022
- [www.iosrjournals.org](http://www.iosrjournals.org) consulté le 29 mai 2022



- <http://opendocs.ids.ac-uk/opendocs> consulté le 10 juillet 2022
- [www.hsd-fmsb.org](http://www.hsd-fmsb.org) consulté le 23 mars 2022



**ANNEXES**

## Annexe 1 : attestation de recherche

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

\*\*\*\*\*

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES  
ET SCIENCES HUMAINES

\*\*\*\*\*

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

\*\*\*\*\*

BP : 755 Yaoundé

Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF

E-mail : [depart.socio20@gmail.com](mailto:depart.socio20@gmail.com)

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTY OF ARTS, LETTERS  
AND SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

\*\*\*\*\*

**ATTESTATION DE RECHERCHE**

Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiante **FOTSO WATO Esther**, Matricule **14A824**, est inscrite en Master professionnel *Genre et Développement*, option Genre et Politiques publiques. Elle effectue, sous la direction du **Docteur PINGHANE YONTA Achille**, un travail de recherche sur le thème : « *Mutation des rapports de genre en cas d'infertilité : représentations sociales, pratiques et incidences au Cameroun* ».

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le 24 FEV 2022

Le Chef de Département



**Annexe 2 : guide d'entretien N°1 (personnel de santé)****GUIDE D'ENTRETIEN N°2 (personnel de santé)****Préambule**

Bonjour. Je suis étudiante en sociologie à l'Université de Yaoundé 1. Je mène une étude sur les rapports de genre dans le cas d'une infertilité. Avant d'y arriver, j'aimerais que vous me permettiez de prendre des notes ou d'enregistrer la conversation pendant nos entretiens. Je vous garantis la confidentialité de ces entretiens.

**Identification**

Nom et prénom:	Âge :
sexe :	Situation matrimoniale :
Grade :	Année d'expérience :
Structure d'exercice de la profession:	Nombre d'enfant :
Ethnie	Religion :

**Thématique**

**Thème 1 :** les facteurs de risques de l'infertilité ; typologie d'infertilité

**Thème 2 :** la durée d'observation du couple pour définir le pronostic d'infertilité

**Thème 3 :** procédure/démarche clinique en cas d'infertilité

**Thème 4 :** politiques publiques élaborées en cas d'infertilité

**Thème 5:** recommandations thérapeutiques en cas d'infertilité

**Thème 6 :** issu/résultat clinique

**Thème 7 :** difficultés rencontrées dans la gestion du couple ? De la famille ? En terme de matériel pour le traitement ?

**Annexe 3 : guide d'entretien N°2****GUIDE D'ENTRETIEN N°2****Préambule**

Je suis étudiante en sociologie à l'Université de Yaoundé 1. Je mène une étude sur les rapports de genre dans le cas d'une infertilité. Avant d'y arriver, j'aimerais que vous me permettiez de prendre des notes ou d'enregistrer la conversation pendant nos entretiens. Je vous garantis la confidentialité de ces entretiens.

**Identification**

Nom et Prénom:	Âge :
sexe :	Situation matrimoniale :
Niveau d'étude :	Situation socioprofessionnelle :
Ethnie :	Religion :
fratrie :	Nombre d'enfant :

**Thème 1 : représentations sociales de l'infertilité**

Sous-thème1 : pensée populaire de l'infertilité

Sous-thème 2 : culture et infertilité : normes, traditions, us et coutumes

Sous-thème 3 : croyances de l'infertilité

**Thème 2 : vécu quotidien de l'infertilité soit les concernés/soit les proches du concerné**

**Sous-thème 1 : sentiments /émotions**

**Sous-thème 2 : ressenti/éprouvé**

**Thème 3 : regard de la société sur les personnes en situation d'infertilité**

Sous-thème 1 : les paroles prononcées envers les personnes en situation d'infertilité

Sous-thème 2 : la perception de la société sur un couple en difficulté de procréation

**Thème 4 : itinéraire thérapeutique en cas d'infertilité**

**Sous-thème 1 : quelles sont les stratégies mises sur pied par le couple ? La famille du couple ? Le réseautage**

**Sous-thème 2 : quel moyen employé par le couple ? La famille ? (Traditionnel, médecine, religion)**

**Thème 5 : les incidences sociales sur le couple en cas de persistance d'infertilité ?**

Sous-thème 1 : quelle procédure employée lorsqu'il s'agit de la femme en situation d'infertilité ? /De l'homme en situation d'infertilité ?

Sous-thème 2 : après tous les efforts déployés sans succès/les itinéraires thérapeutiques, qu'est ce qui suit : le divorce ? La polygamie ? La solidarité ?

**Annexe 4 : Questionnaire****ENQUETE SUR LES PERCEPTIONS DE L'INFERTILITE DANS UN COUPLE**

Une étude de représentation sociale sur l'infertilité dans le contexte camerounais est menée à travers ce questionnaire, elle vise à identifier le processus de construction sociale, des perceptions dans le cas d'une infertilité. Monsieur, Madame, nous vous demandons de bien vouloir répondre aux quelques questions suivantes en cochant devant votre choix de réponse. Nous vous remercions vivement de votre participation

**A) Les représentations de l'infertilité**

<b>Connaissances de la fertilité</b>	<b>Vrai</b>	<b>Faux</b>
A1) Une femme est moins fertile après l'âge de 36 ans ?		
A2) Un couple serait classé infertile s'il ne peut pas obtenir une grossesse après un an de rapports sexuels réguliers (sans utiliser de contraception)		
A3) Environ un couple sur 10 est stérile		
A4) De nos jours, une femme dans la quarantaine a une chance similaire d'être enceinte en tant que femme dans la trentaine ?		
A5) Si une femme est en surpoids de plus de 28IMC (Indice de Masse Corporelle), alors elle ne pourra peut-être pas tomber enceinte		
A6) Les personnes qui ont eu une maladie sexuellement transmissible sont susceptibles d'avoir une fertilité réduite ?		
<b>Croyances positives</b>		
A7) Si un homme produit du sperme, il est fertile ?		
A8) Avoir un mode de vie sain vous rend fertile ?		
A9) Si un homme peut avoir une érection, c'est une indication qu'il est fertile ?		
<b>Croyances négatives</b>		
A10) Fumer diminue la fertilité féminine ?		
A11) Fumer diminue la fertilité masculine ?		
A12) Si un homme a des oreillons après la puberté, il est susceptible plus tard d'avoir un problème de fertilité ?		
A13) Une femme qui n'a jamais ses règles est toujours fertile ?		

**B) Variables sociodémographiques**

B14) Votre âge	_____ ans
B15) Sexe	1) féminin / ___ / ; 2) masculin / ___ /
B16) Situation matrimoniale	1) Célibataire / ___ / ; 2) Union libre / ___ / ; 3) Marié (e) ou l'ayant été / ___ /
B17) Statut socioprofessionnel	1) Élève / ___ / ; 2) Étudiant(e) / ___ / ; 3) Travailleur (se) secteur informel / ___ / ; 4) Agent de la fonction publique / ___ / ; 5) Entrepreneur / ___ /
B18) Niveau d'étude	1) Primaire / ___ / ; 2) Secondaire premier cycle / ___ / ; 3) Secondaire second cycle / ___ / ; 4) Supérieur premier cycle / ___ / ; 5) Supérieur second cycle / ___ / ; 6) Supérieur troisième cycle / ___ /
B19) votre région d'origine	1) Extrême-Nord / ___ / ; 2) Nord / ___ / ; 3) Adamaoua / ___ / ; 4) Nord-ouest / ___ / ; 5) Ouest / ___ / ; 6) Est / ___ / ; 7) Centre / ___ / ; 8) Sud-ouest / ___ / ; 9) Littoral / ___ / ; 10) Sud / ___ /
B20) Avez-vous des enfants ?	/ : 1) Oui / ___ / 2) Non / ___ /
B21) Nombre d'enfants	
B22) Religion	1) islam / ___ / ; 2) christianisme / ___ / ; 3) croyances ancestrales / ___ / ; 4) autres / ___ /
B23) Comment appréciez-vous votre santé ?	1) Très mauvais état / ___ / ; 2) Mauvais état / ___ / ; 3) Etat médiocre / ___ / ; 4) Etat moyen / ___ / ; 5) Assez bon état / ___ / ; 6) Bon état / ___ / ; 7) Très bon état / ___ /
B24) Fratrie	

## TABLE DES MATIÈRES

Sommaire .....	i
Remerciement .....	ii
Résumé .....	iv
Liste des acronymes, des sigles.....	vi
Liste des tableaux .....	vii
Liste des annexes.....	viii
Introduction générale .....	1
Partie I : Cadrage conceptuel et théorique de l'étude.....	5
Chapitre 1 : Problématique de l'étude .....	6
1.1. Contexte et Justification.....	7
1.1.1. Contexte .....	7
1.1.2. Justification .....	10
1.2. Problème .....	15
1.3. Problématique.....	15
1.4. Questions de recherche .....	23
1.5. Les hypothèses de recherche.....	23
1.6. Les objectifs de recherche.....	24
1.7. Intérêts de l'étude.....	24
Chapitre 2 : Les constructions socioculturelles de l'infertilité sur les rapports de genre.....	28
2.1 Contexte d'émergence du genre, de la famille.....	29
2.1.1 Contexte d'émergence du genre .....	29
2.2. Les différentes représentations socioculturelles liées à l'infertilité.....	35
2.2.1 Les stéréotypes liés à l'infertilité .....	37
2.2.2 Les préjugés liés l'infertilité .....	39
2.2.3 Les discriminations liées à l'infertilité.....	40
2.3. Les instruments juridiques du genre au Cameroun.....	42
2.3.1 La Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF) .....	43
2.3.2 La Politique Nationale Genre .....	45
2.4. Les théories explicatives .....	47
2.4.1. La théorie de la représentation sociale de Moscovici .....	47
2.4.2 La théorie de l'identité sociale (TIS) .....	50
Chapitre 3 : Les pratiques et les incidences sociales de l'infertilité sur les rapports de genre .....	53
3.1. Définition de l'infertilité.....	54

3.2. Les causes .....	55
3.2.1 L'origine de l'infertilité masculine.....	56
3.2.2 L'origine de l'infertilité féminine .....	59
3.3. Les incidences sociales de l'infertilité sur les rapports sociaux de sexe.....	62
3.3.1 Incidences sur le couple .....	63
3.3.2 Les incidences sociales de l'infertilité chez les femmes .....	65
3.3.3 Les incidences sociales de l'infertilité chez les hommes.....	67
3.4. Les pratiques de l'infertilité .....	69
3.4.1 Les politiques de santé sexuelle reproductive .....	70
3.4.2 Cas du Cameroun .....	71
3.4.2.1 La politique de santé au Cameroun.....	71
3.4.2.2 La loi 2022/014 du 14 juillet 2022 relative à la procréation médicalement assistée au Cameroun .....	75
3.4.4 Les structures d'encadrement de l'infertilité au Cameroun .....	77
3.4.2 Cas du Sénégal .....	79
3.4.2.1 Sur le plan politique .....	79
3.4.2.2 Sur le plan communautaire .....	81
3.4.5 Les techniques modernes de procréation .....	82
Partie II : Méthodologie de la recherche, présentation et interprétation des résultats .....	88
Chapitre 4 : Méthodologie de la recherche .....	89
4.1 Description de la méthode d'étude .....	90
4.2 Procédures et critères des participants de l'enquête .....	91
4.3 Matériels et Procédures de collecte des données .....	94
Le matériel est l'ensemble des objets utilisés pour mener à bien cette recherche, la procédure est la manière dont nous avons agi pour collecter les données numériques des participants.....	94
4.3.1 Matériels de collecte des données.....	94
4.3.2 Procédures de collecte des données .....	96
☒ Le guide d'entretien .....	96
4.4 Techniques d'analyse des données.....	97
Les données collectées seront analysées par des outils, pour le guide d'entretien, il s'agira de faire une analyse de contenu des discours des répondants et répondantes, pour le questionnaire, il s'agira d'utiliser le logiciel IBM-SPSS version 24.....	97
4.4.1 L'analyse des données qualitatives .....	97
4.4.2 L'analyse des données quantitatives.....	98
Chapitre 5 : Présentation et analyse des résultats.....	100
5.1 Présentation des résultats.....	101



5.1.1. Présentation des données qualitatives : .....	101
5.1.1. Présentation des données quantitatives : .....	117
5.2. Analyse descriptive des résultats.....	119
5.2.1 Analyse des résultats qualitatifs .....	119
5.2.1.1. Grille d'analyse des données .....	119
5.2.1.2. Technique de dépouillement des données .....	121
5.2.1.3. L'analyse de contenu des participants .....	122
5.2.2. Analyse des données qualitatives .....	134
Chapitre 6 : Interprétation des résultats et discussion .....	135
6.1 Interprétation des résultats.....	135
6.1.1 La théorie des représentations sociales de Moscovici .....	137
6.1.2 La théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner .....	142
6.2 Discussion .....	147
Conclusion générale .....	150
Bibliographie.....	154
Annexes .....	160