

LES SAVOIRS PRIVÉS DE L'INFÉCONDITÉ MASCULINE (DOUALA, CAMEROUN)

Doris Bonnet *

INTRODUCTION¹

Le sens commun lié à la reproduction humaine dans les sociétés africaines exclut généralement les hommes de toute présomption de stérilité, même si des interprétations populaires font état d'infécondités masculines. Les troubles de la fécondité masculine sont plutôt assimilés à des impuissances sexuelles (Héritier, 1996). Certes, cette situation n'est pas propre à l'Afrique. Elle est communément évoquée dans de nombreuses régions du monde et certaines de ces idées perdurent encore de nos jours en Europe (Delumeau & Roche, 1990). L'histoire des sciences explique cette situation, pour l'Europe, par une difficile acquisition des savoirs médicaux depuis le XVII^{ème} siècle, et en raison d'une constante contestation de ces savoirs entre savants (Gonzales, 2006). De fait, ce contexte scientifique aurait maintenu le savoir médical dans un espace confiné entre savants, et n'aurait pas favorisé une diffusion et une vulgarisation de ces connaissances auprès d'un large public. Des théories anciennes, pour certaines datant d'Hippocrate ou de Gallien, se sont ainsi maintenues dans les milieux populaires. Par exemple, la théorie de l'engendrement par « mélange des sangs » (appelée quelquefois des eaux ou des semences) sera communément véhiculée au cours des siècles. Dans ces systèmes de pensée, la reproduction est en priorité attribuable au liquide séminal masculin (Lett, 1997), la « semence » de la femme ayant « peu de conséquence sur la formation de l'embryon » (*ibid.* :

* Directrice de recherche émérite en anthropologie à l'Institut de recherche pour le Développement (IRD), membre du Ceped (UMR 196)

1. Je remercie, ici, les médecins et biologistes de la reproduction de la clinique de Douala pour la totale liberté d'action qu'ils m'ont accordée lors de mes enquêtes de 2011 et 2012. Je remercie aussi les patients qui ont répondu à mes questions en toute confiance à des moments extrêmement difficiles de leur protocole d'AMP. Je remercie également Fred Eboko, chercheur à l'IRD, pour la lecture attentive de ce texte, et pour ses commentaires précis et bienveillants.

117). Dans ce contexte, l'idée qu'une infécondité de couple soit attribuable à une stérilité masculine a été longtemps difficile à conceptualiser. Encore aujourd'hui, même si ces théories ne sont plus opératoires, des résistances s'observent lorsqu'un couple ne parvient pas à procréer. Pourtant, de nombreuses infécondités de couple ont une cause masculine². Si les savoirs biomédicaux, et leur diffusion dans de multiples espaces sociaux, ont fait évoluer en Europe les connaissances et les représentations de la reproduction humaine, en Afrique elles sont encore subordonnées à des représentations populaires du corps humain et à des conceptions humorales de la procréation. En effet, les travaux ethnographiques relatifs aux sociétés rurales africaines font état d'une conception de l'enfant qui s'appuie sur l'idée d'un mélange des « eaux » du père et de la mère³. Dans ces discours, « l'eau du père » (terme vernaculaire fréquemment utilisé dans les langues locales pour désigner le sperme) se transforme en sang dans l'utérus de la femme après un rapport sexuel (Bonnet, 1988 ; Héritier, 1996)⁴. De ce sang, progressivement coagulé, se forme l'embryon de l'enfant. Nombre de ces croyances, si elles s'appuient sur des socles de représentations universelles, ont probablement été aussi empruntées à l'islam dont la présence est signalée en Afrique occidentale dès le 11^{ème} siècle. De nos jours, les travaux de M. Inhorn en Egypte (2004) et de C. Fortier en Mauritanie (2001) attestent du maintien de ces théories humorales dans les sociétés islamisées, et de la difficulté, dans ce contexte contemporain, à concevoir la stérilité masculine⁵. De fait, l'infécondité d'un couple est encore fréquemment attribuée à la femme, en particulier lorsque les personnes n'ont pas eu accès à la scolarisation.

La difficulté à penser la stérilité masculine a été interrogée par l'anthropologue F. Héritier dans le cadre de ses travaux sur les Samo de Haute-Volta (actuellement Burkina Faso) en référence également à des représentations humorales du corps humain (Héritier, 1996 : 78). Selon cet auteur, cet « impensé social » n'est pas fondé « sur une connaissance scientifique de la

2. Il peut s'agir d'anomalies des spermatozoïdes ou génétiques, d'un dysfonctionnement hormonal, d'infections bactériennes ou virales, d'infections sexuellement transmissibles, ou encore de conséquences d'une tuberculose ou d'un diabète, sans compter les troubles de la sexualité (impuissance, problèmes d'éjaculation) ou de l'anatomie (urètre, testicules).

3. Cette théorie est appelée « théorie épigénétique » et a été développée par Hippocrate (5^{ème} siècle avant J.-C.).

4. Ces références font état de données chez les Mossi (Bonnet, 1988) et les Samo (Héritier, 1996) du Burkina Faso. Elles sont loin d'être exhaustives. Consulter notamment V. Duchesne (2002) pour des données dans le contexte d'une société matrilineaire de Côte d'Ivoire.

5. Les travaux de C. Fortier mentionnent des variantes selon les textes religieux, certains d'entre eux se référant à un modèle monogénétique, d'autres à un modèle duogénétique. Selon l'auteur, « cette ambivalence refléterait la coexistence en islam d'un principe agnatique de la transmission du nom et du statut, qui se réfère à une généalogie patrilinéaire, et d'un principe cognatique déterminant les parents épousables ainsi que les ayant droit à l'héritage » (2001 : 10).

physiologie » (*ibid.* : 89) mais sur « plusieurs corps d'invariants » (soit un système symbolique de représentations du corps) et sur « un rapport social des sexes ». Si cette théorie structurale de la personne humaine fait valoir, à juste titre, les inégalités entre les hommes et les femmes à l'occasion de l'interprétation de la stérilité humaine, elle ne prend pas en compte, en revanche, le vécu individuel, et en particulier dans le cas qui retient notre analyse, celle des hommes stériles. Au contraire, dans ce cadre théorique, « la stérilité masculine n'a pas en soi d'importance » (*ibid.* : 78) puisque les sociétés ont recours à d'autres solutions que celles du médical (adultère, adoption, mariage entre femmes). Ne prenant pas en considération la place du sujet, cette théorie n'analyse pas la disqualification des hommes stériles, rarement évoquée dans le sens commun mais fréquemment exprimée dans les interviews individualisés. De fait, aborder la question de la stérilité masculine en Afrique subsaharienne nécessite de s'émanciper des modèles anthropologiques à visée universaliste pour étudier ce que la sociologue F. Weber nomme « la force du quotidien » (Weber, 2013), à l'intersection de la sexualité et de la reproduction. Cette approche permet ainsi de mesurer l'écart entre le « savoir privé » d'un homme sur sa stérilité et le savoir social le concernant.

Par ailleurs, la mise en place de l'assistance médicale à la procréation depuis près d'une vingtaine d'années dans les mégapoles africaines a introduit de nouveaux savoirs sur le corps (biologique et médical), en particulier auprès de personnes qui consultent des médecins pour une infécondité, surtout lorsqu'elles sont issues des classes moyennes et supérieures, avec un niveau scolaire élevé. Aujourd'hui, ces biotechnologies offrent une solution médicale à des hommes qui ne veulent pas prendre le risque d'être éventuellement « suspectés » de stérilité. Ceux-ci revendiquent le fait de pouvoir être à l'origine d'une paternité biologique grâce à une injection intracytoplasmique (ICSI⁶). Dans d'autres cas de stérilité masculine, le couple peut également recourir à un donneur de sperme anonyme. Ces savoirs médicaux entrent-ils, alors, en contradiction avec les représentations ancestrales de l'infécondité masculine d'un point de vue sociétal ? Permettent-ils une reconnaissance sociale de l'infécondité masculine ou bien restent-ils confinés à un savoir privé ?

Le projet de recherche intitulé « Stérilité et recours à l'assistance médicale à la procréation dans le contexte de la mondialisation » - auquel plusieurs auteurs de cet ouvrage ont participé⁷ - a permis de répondre notamment à ces questions. Réalisé entre 2010 et 2014 au sein de plusieurs cliniques de fertilité africaines, il avait en partie pour objectif d'appréhender les effets du discours médical sur les conceptions de l'engendrement dans un milieu social qu'on peut qualifier de

6. L'injection intracytoplasmique (ICSI) est une technique qui consiste à injecter un spermatozoïde dans un ovocyte par l'intermédiaire d'une pipette.

7. Ce projet de recherche financé par l'Agence Nationale de la Recherche est présenté dans l'introduction de cet ouvrage.

« classe moyenne » (fonctionnaires, commerçants, employés dans le secteur tertiaire, enseignants, etc.). Dans le cadre de ce projet, une enquête qualitative a été réalisée en 2011 et 2012 au sein d'une clinique de Douala afin de recueillir l'expérience, le vécu et les réactions du couple à l'annonce médicale d'une infécondité. Elle a permis de rencontrer 75 personnes dont 20 hommes ayant des troubles de la fécondité. L'interview se déroulait avant ou après une consultation gynécologique du couple, et en présence du conjoint (à l'exception de deux couples). Le travail présenté ici repose sur l'exploitation de 20 études de cas d'infécondité masculine.

L'infécondité s'inscrivant dans une dynamique et une pratique du secret, face au risque d'une stigmatisation, le questionnaire de l'enquête sur l'expérience de l'infécondité a inclus une question portant sur la capacité des personnes à se confier à leur conjoint ou à leur entourage familial, amical et professionnel, soit pour partager des émotions, soit pour l'obtention de services spécifiques (aide au financement de la fécondation *in vitro*, recherches d'informations sur les cliniques, etc.). D'un point de vue méthodologique, l'exploration des « relations de confiance », très riche dans une perspective ethnographique, a permis d'appréhender la (re)connaissance de l'infécondité masculine de la part des hommes interrogés. La manière dont les personnes affectées par l'infécondité gèrent l'information révèle également les effets de leur vécu sur leurs liens familiaux et sociaux. Ces résultats d'enquête contribuent, comme nous le verrons, à alimenter, illustrer et renforcer le paradigme de « l'individualisation » dans les villes africaines (Marie, 1997)

LES RELATIONS DE CONFIDENCE ENTRE CONJOINTS

Comme cela vient d'être annoncé, l'étude réalisée au Cameroun avait notamment pour objectif de confronter cet « impensé social » - ou ce consensus social - à un savoir privé, celui qu'un homme ou un couple apprend à la réception d'une analyse biologique ou au cours d'une consultation médicale. L'expression « savoir privé » a été retenue ici car la connaissance communiquée par les biologistes et les médecins reste un secret individuel ou conjugal et devient rarement un secret partagé avec d'autres réseaux sociaux, si ce n'est en termes de rumeurs.

La réaction à l'annonce d'une infécondité pointe la difficulté voire l'incapacité du sujet à engager une démarche réflexive. Peu d'hommes interrogés réagissent comme Thomas (39 ans, enseignant), marié en 2010, qui déclare : « Très vite j'ai compris que c'est le sperme qui fait problème et que le spermogramme devant moi ne pouvait pas me permettre d'avoir un enfant naturellement ». Au

contraire, Laurent (40 ans, agriculteur), n'admet pas qu'il a une azoospermie⁸. D'après Julie, son épouse, seule à l'entretien⁹, il n'a pas accepté les explications du médecin (suite à deux examens réalisés dans deux laboratoires différents) et a déclaré que « ses spermatozoïdes ne sont pas handicapés ». Julie poursuit : « Il n'a jamais accepté, je dis bien *jamais* ». La difficulté à partager un secret, dans certains cas de stérilité masculine, ne correspond pas seulement à une dissimulation de l'information mais aussi à un déni du savoir médical. Ainsi, Hervé (35 ans, ingénieur) ne croit pas le médecin à l'annonce des résultats d'azoospermie. Son épouse, Carole, seule durant l'entretien, déclare que Hervé a mis deux mois « à digérer » cette annonce. Elle poursuit :

Le premier mois c'était une autre personne, il était déprimé, colérique, toujours dans son coin à réfléchir, la nuit il faisait des cauchemars, ce n'était plus la même personne. Il ne pouvait pas comprendre comment à 33 ans il pouvait être stérile. C'était un choc.

Carole.

A l'annonce médicale, certains hommes partagent l'information avec leur épouse, d'autres sont dans l'incapacité de le faire, le partage de l'information semblant être associé à une prise de conscience. Ainsi Arouna (51 ans, haut fonctionnaire), marié depuis 1992 à Kadya (36 ans, fonctionnaire) semble connaître depuis longtemps son problème d'infécondité mais ne s'en est jamais confié à son épouse. En 1997, soit 5 ans après leur mariage, Kadya s'intéresse à la procréation médicalement assistée après avoir vu une émission de télévision. Elle est aussi motivée par un risque de polygamie, la famille de son mari incitant celui-ci à prendre une deuxième épouse. En 1999, soit 7 ans après le mariage, alors qu'elle souhaite entreprendre une première FIV, elle apprend par le médecin que son conjoint a une azoospermie. Elle tente d'évoquer ce diagnostic avec son mari qui refuse toute discussion sur le sujet. Elle déclare : « Aujourd'hui, il ne veut toujours pas reconnaître, mais au moins il sait que je sais ». Quelques jours avant cet entretien, Kadya a reçu un appel téléphonique de son médecin l'informant que son conjoint acceptait une ICSI. Dans cet exemple, l'information et la discussion relative à l'AMP ne se réalisent pas au sein du couple mais *via* le médecin qui accepte d'occuper un rôle de médiateur en « négociant » avec le conjoint de sa patiente le recours à l'ICSI. D'autres hommes ne cherchent pas à poser un diagnostic sur leur infécondité. Maxime (42 ans, commerçant) déclare : « Quand on est un homme, on ne part pas facilement à l'hôpital. On voit seulement que l'homme est marié et que la femme n'accouche pas ». Cet exemple fait valoir que certains hommes se sentent exclus des systèmes de santé de la reproduction, sauf lorsqu'ils

8. Azoospermie : absence de spermatozoïdes ; à distinguer de l'oligospermie : faible quantité de spermatozoïdes.

9. Notons que l'attitude « accompagnante » ou « en retrait » du conjoint au cours du protocole peut témoigner d'une capacité à accepter ou non l'annonce.

consultent pour des infections sexuellement transmissibles. D'une manière générale, les programmes de santé de la reproduction ont commencé à cibler les hommes à partir de la prise en charge du VIH dans les dix dernières années¹⁰ (Eboko, 1996 ; Andro & Desgrées du Loù, 2009) ; mais la femme est encore souvent considérée comme étant un « vecteur de transmission » (Egrot, 2004 ; Duchesne, 2002).

En cas de stérilité conjugale, les femmes sont les premières à consulter, mais quelquefois plusieurs années après leur union. Il peut y avoir encore plusieurs années avant qu'elles s'orientent vers un gynécologue qui convoquera éventuellement le conjoint. Les hommes de l'enquête, comme ceux d'une étude menée au Sénégal (Brochard, 2014), se déclarent réticents à consulter un gynécologue, bien connu pour être un « médecin des femmes ». De plus, se pose la question de l'appartenance du dossier médical. Est-il exclusivement celui de la femme ou peut-il être aussi celui du couple ? Ainsi, Vincent (48 ans, cadre dans le privé) marié à Bénédicte (46 ans, également cadre dans le privé) est devenu « très agressif » avec le médecin de son épouse. Souhaitant consulter le dossier médical de Bénédicte (qu'il considère comme étant celui du couple), il déclare l'avoir « récupéré de force » pour consulter un autre médecin.

La difficulté qu'ont les hommes à accepter leur infécondité se manifeste aussi à l'occasion du protocole de l'AMP, en particulier lorsque le médecin recommande un don de sperme anonyme. Nombre d'entre eux refusent cette perspective, quelquefois vécue comme un adultère, ou manifestent leur désaccord par une indifférence apparente. Ainsi, Lorraine (28 ans, étudiante en économie) regrette que son mari, dont les examens ont révélé une azoospermie, ne vienne jamais aux consultations, ne réponde pas au courrier du médecin, refuse même de téléphoner à la clinique pour donner son avis sur un don de sperme. Cette situation et cette absence de dialogue entre les conjoints conduisent certaines femmes à demander au médecin ou au biologiste du laboratoire le recours à un donneur anonyme à l'insu du conjoint (4 cas sur les 20), ce que les cliniques ne veulent autoriser¹¹. Ainsi, Liliane (27 ans, commerçante) mariée à Fabien (31 ans, technicien) explique qu'elle a l'intention de proposer au laboratoire un « échange de sperme » entre celui de son mari et celui d'un donneur anonyme.

La difficulté à partager ce savoir au sein du couple (même si les hommes savent comme dit Kadya que leur épouse sait) témoigne d'une souffrance individuelle difficile à partager. Des travaux sociologiques sur le partage de la souffrance (Bogalska-Martin, 2007) font valoir un décalage possible entre la

10. Des actions spécifiques ont été conduites, notamment au Cameroun, pour favoriser le port de préservatifs et afin d'éviter la récurrence des IST dans le contexte du sida (Tchupo *et al.*, 1993).

11. Les médecins fondent leur code de déontologie en référence à la loi française de bioéthique de 1994.

connaissance d'un état de santé et la construction sociale que le sujet peut en faire. En cas de maladie, les partenaires parviennent avec difficulté à établir une relation d'échange. L'enquête révèle que le fait de partager une souffrance relative à une infécondité place l'homme stérile dans une incertitude sur son avenir et son devenir, ce qui ne favorise pas le recours à la confiance entre partenaires. Cela rentre dans le cadre plus global des mutations de la masculinité en Afrique et au Cameroun en l'occurrence, entre la permanence de quelques représentations sociales et l'intimité voire la solitude des hommes dans certaines situations. Fred Eboko explique que « certaines attitudes masculines masquent quelquefois des incertitudes et se mettent en scène sous des formes qui voudraient signifier l'assurance, la certitude ou le pouvoir » (Eboko, 2004 : 21).

Dans le même registre, les hommes stériles, blessés dans leur intimité affective et dans leur vie sexuelle, jugent qu'ils ne sont plus dans leur rôle social et vivent cette situation dans la honte et l'humiliation : honte d'être dans l'impossibilité de transmettre un capital familial, voire un statut ou une chefferie, honte d'affronter le regard réprobateur de l'entourage familial, professionnel et social, même si leur éloignement du village ou du Cameroun leur permet de s'émanciper de ces normes sociales. La honte relève d'un ordre à la fois intime et social. Guy (29 ans, commerçant) déclare : « *Les hommes ne montrent pas leur souffrance, ils n'ont pas d'amis, ils sont à part, car on va les rabaisser* ». La honte, dans ces cas-là, est une forme d'injonction à l'engendrement, autrement dit une catégorie morale (Boltanski, 2004 : 96). De fait, il s'avère pertinent d'associer la honte, en tant qu'émotion, à des valeurs et des normes (Fassin & Eideliman, 2012 : 37), ici celles de l'absolue nécessité d'engendrer et de l'indicibilité de ce qui est vécu non seulement comme un échec mais aussi comme une forme d'égoïsme, un refus de rendre sa dette de vie à la famille et à la société. Toute personne stérile exprimerait en quelque sorte aux yeux de l'entourage le refus de participer à un mode d'échange et de solidarité. Pour le sujet, il s'agit plutôt d'un deuil. Du reste, un médecin interrogé sur ces difficultés d'acceptation déclare : « Pour un homme, il y a deux deuils à faire, celui de la virilité et celui de l'enfant ».

Des travaux relatifs à l'annonce du sida au Burkina Faso (Bila & Egrot, 2008) font aussi état d'un même sentiment d'indignité sociale qui conduit les hommes au silence dans le but de « préserver leur image sociale (...) et leur position dominante ». Refuser de savoir et ne rien dire, tel est le comportement qui semble les préserver de la honte.

Ce sentiment de honte montre aussi le rôle déterminant des relations de genre dans ces sociétés. En effet, quel que soit le contexte - qu'il s'agisse de l'expérience du sida ou de l'infécondité - le silence se présente comme « une

pratique sociale d'incorporation » des normes de genre (Hardon & Posel, 2012), avec la peur du stigmate en corollaire¹².

Par ailleurs, les données relatives à cette enquête font valoir la volonté des femmes à protéger leur conjoint de la honte. De fait, elles ne cherchent pas à communiquer à leur entourage cette information médicale, au risque que les proches les accusent d'être à l'origine de la stérilité du couple. Autrement dit, chacun incorpore cette représentation du genre, même si au fond de lui-même chacun la déplore¹³. Une seule femme de l'enquête, dont le conjoint est stérile, se plaint d'être perçue par son entourage comme stérile alors que l'infécondité est celle du mari. Elle déclare, avec colère et larmes, que son mari a fait pression pour qu'elle ait recours à un donneur anonyme alors qu'elle ne voulait pas d'enfant¹⁴. Elle ne peut même pas se confier à un prêtre, déclare-t-elle, lequel serait opposé à la pratique médicale de la fécondation *in vitro*. Ainsi la plainte ne s'adresse qu'au médecin, au biologiste et à l'anthropologue, mais pas à la famille et à l'entourage.

LES RELATIONS DE CONFIDENCE AVEC LES PARENTS

Les données précédentes témoignent d'une tension dans les relations entre époux, en raison du vécu culpabilisant de la stérilité, de ses effets sur la sexualité, et du parcours difficile de l'AMP, sans compter les difficultés financières qui ne sont pas développées ici¹⁵. Pour autant, les relations avec les pères et mères sont-elles plus propices à la confiance ? D'abord, aucun homme n'a fait état de confidences avec son père. Seule la mère partage dans certains cas le secret, mais souvent parce qu'elle pose à son fils des questions sur l'absence d'enfants au sein du couple. C'est elle qui provoque la confiance. Le père ne semble pas interroger son fils sur ce sujet.

12. Dans les années 1980, certaines femmes burkinabè portaient un tee-shirt où il était écrit « mon mari est capable ». Cette notion de « capabilité » évoquait la puissance financière et sexuelle du mari et sa capacité à « faire » des enfants. Ce type de message porté par les femmes témoigne d'une pression exercée par la société sur les performances sexuelles et reproductives des hommes.

13. De nombreuses femmes africaines rencontrées dans le cadre d'enquêtes menées au Burkina Faso ou en situation migratoire font état de participations masculines aux tâches domestiques (cuisine, ménage, repassage) que le couple dissimule à l'arrivée d'un proche au domicile. Cette remarque ne signifie pas que les hommes soient très actifs par rapport aux tâches ménagères. Elle révèle seulement la gêne occasionnée par les hommes lorsque des stéréotypes de genre peuvent être publiquement remis en cause.

14. Ce cas est spécifique car la jeune femme semble avoir connu un mariage forcé. Elle déclare qu'elle voulait devenir religieuse et avoir été mariée contre son gré par sa famille. Le mari vivait aux États-Unis au moment de l'enquête, soit durant sa grossesse.

15. Il s'agit notamment de la répartition du coût des FIV entre les conjoints, des frais de déplacements et d'hôtels.

L'homme stérile qui se confie à sa mère craint son désarroi, autrement dit une perte de son estime, et le fait qu'elle lève le secret au niveau familial. Cette crainte conduit l'homme, là encore, à « laisser croire » à ses propres parents que la stérilité conjugale provient de sa partenaire. Les médisances des belles-sœurs, susceptibles d'accuser la partenaire de sorcellerie, sont aussi particulièrement redoutées, lorsque le mari tient à en protéger sa femme, même si elles sont susceptibles de constituer un écran face à « la vérité » que le mari refuse ici d'assumer.

La deuxième crainte, lorsque la confidente est la mère de l'homme, est celle des « mauvais conseils » tant appréhendés par l'épouse (divorce, recours à la polygamie), en particulier lorsque le couple a des convictions religieuses et est hostile au divorce ou à la polygamie. Thomas non seulement ne veut pas se confier à sa mère mais déclare : « *J'ai dû mentir* » sous la pression de ses questions. Thomas ne veut ni parler de sa stérilité, ni « charger » son épouse afin d'éviter des suggestions de remariage. Dans certains cas, les époux font référence à un éloignement momentané ou à une attente volontaire pour des raisons professionnelles.

D'autres hommes déclarent ne pas vouloir se confier à leur mère pour éviter une orientation vers des « herboristes¹⁶ ». Ainsi, François (36 ans, cadre) patient en provenance du Congo, venu des États-Unis où il est installé avec son épouse (33 ans, médecin, elle aussi congolaise), évoque la volonté de sa mère de recourir à un rituel pour pallier son infécondité. Celle-ci exprimait un sentiment de culpabilité « parce qu'une goutte de lait a probablement touché son sexe et asséché son (futur) sperme lorsqu'elle l'allaitait ». De fait, cette mère a insisté pour que son fils participe à un rituel de réparation comme le recommande la « tradition »¹⁷. Pascaline, l'épouse du patient, explique¹⁸ que lorsque cette situation se produit au moment où l'enfant est un nourrisson, la mère doit lécher le lait tombé sur le sexe du bébé (« ou simuler cet acte au niveau de la ceinture pelvienne ») pour contrecarrer ainsi cette incompatibilité (sexe/ lait). Le geste rituel, d'après Pascaline, est réalisé soit sur le moment afin d'éviter une stérilité à venir, soit à l'âge adulte sous forme de simulation lorsque le problème se révèle. François, peu enclin à adhérer à ces croyances, a néanmoins effectué ce rituel par simulation « pour rassurer sa mère ». Ce rituel, avec le système de

16. Terme « générique » chez plusieurs interlocuteurs pour désigner les guérisseurs et autres acteurs de la divination et du culte des crânes dans certaines régions du Cameroun.

17. Des données ethnographiques sur ce type d'incompatibilité entre le sein maternel et le sexe de l'enfant ont également été relevés au cours du terrain de notre doctorat chez les Mossi du Burkina Faso à la fin des années 1970. Nous le signalons ici pour marquer l'existence de cette interprétation de la stérilité masculine aussi bien au Congo qu'au Burkina Faso.

18. Le récit du rituel est expliqué par l'épouse de François qui intervient timidement. Par ailleurs, il reproche à sa femme, au cours de l'entretien, de s'être confiée à une amie sur sa stérilité.

pensée qui lui est associé, permet de se rendre compte qu'il est possible de penser la stérilité masculine dans un registre humoral et symbolique. Pour autant, cette lecture symbolique de la stérilité masculine semble coupée d'un savoir social et institutionnel.

D'autres hommes enfin déclarent ne pas vouloir se confier à leur mère parce qu'ils se déclarent impuissants à lui expliquer un protocole d'AMP, la mère et son fils ayant un trop grand écart sociologique (mère analphabète).

LES RELATIONS DE CONFIDENCE AVEC LES FRÈRES ET SŒURS

Les relations de confiance se réalisent surtout entre frères et sœurs, avec en particulier une recherche de solidarité. Les femmes se tournent vers leurs sœurs pour bénéficier de dons d'ovocytes¹⁹, et les hommes regrettent de ne pas avoir droit à ce même type de pratique à l'égard de leurs frères en tant que donneurs de sperme. Outre une recherche de solidarité (avec l'espoir d'une confiance plus fiable entre frères), s'exprime aussi l'idée de maintenir un « sperme lignager » dans la fabrication de l'enfant, le sperme et le sang étant dans une relation d'équivalence. Ainsi, Alain (43 ans, enseignant) regrette que le recours à un frère en cas de stérilité masculine ne soit plus d'actualité dans la société camerounaise contemporaine.

Avant, quand un homme ne pouvait pas procréer et que la femme était en disposition de procréer, vous pouviez dire à votre frère « je ne peux pas » ; alors, il faisait des enfants avec votre femme, qui étaient vos enfants, et personne ne le savait. Il y a plusieurs enfants qui sont dans des familles comme ça, personne ne le sait et tout est OK. Mais aujourd'hui on ne peut plus le faire (...). On ne peut plus gérer de manière confidentielle certaines informations, ne serait-ce que pour le bien de l'enfant.

Alain.

Alain semble considérer que la modernité brise les liens du secret. L'alternative à l'adultère intrafamilial (FIV, adoption) autoriserait-elle l'épouse ou certains membres de l'entourage à divulguer la stérilité de l'homme ? La volonté de proposer au médecin le recours à un don de sperme « intrafamilial » pour une fécondation *in vitro* est signalée par Marie Brochard pour le Sénégal (2014) et par Viola Hörbst au Mali (2010, 2012). Là encore, dans le cas

19. Les médecins parlent, dans ce cas, de « dons croisés ». Les femmes « fournissent » des ovocytes, par la contribution d'une sœur, à la banque du laboratoire ; ceux-ci sont anonymisés, et la patiente peut recevoir sans frais des ovocytes anonymes. Cette situation n'est pas symétrique pour les hommes dans cette clinique d'observation. Les hommes stériles ne viennent pas avec des frères qui donneraient leur sperme à la banque du laboratoire pour bénéficier ultérieurement d'un don anonyme sans frais.

camerounais comme le cas sénégalais, l'idée d'une « contiguïté corporelle²⁰ » est au fondement de la solidarité entre frères (« les enfants de mon frère sont de mon sang »). Par ailleurs, Viola Hörsbt signale que des médecins maliens permettent à certains hommes de venir avec un frère cadet pour résoudre leur problème d'azoospermie, dans un contexte religieux où le don de sperme anonyme n'est pas autorisé²¹.

Les frères et sœurs sont donc les principaux confidentes et pourvoyeurs de gamètes (souhaités) des personnes stériles. La crainte qu'ils se confient à leur tour à la mère de famille et que l'information relative à la stérilité du couple soit dévoilée est tout de même prégnante. Une recherche sur les femmes séropositives pour le VIH migrantes originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Suisse fait également référence aux sœurs comme confidentes privilégiées (Mileti *et al*, 2014). Dans le cas de la migration en Île-de-France, Véronique Duchesne confirme cette situation et signale, par ailleurs, que les membres de la fratrie contribuent souvent à une entraide financière lorsqu'ils n'ont pas de sécurité sociale (2014). Dans le contexte camerounais, l'entraide financière au sein de la fratrie n'a jamais été évoquée. Mais l'exigence de solidarité au sein de la fratrie peut avoir un caractère conflictuel. En effet, certains frères et sœurs, en situation de grande précarité, sollicitent leurs germains pour leur confier leurs enfants (afin de permettre à ces derniers d'être scolarisés). Cette situation crée quelquefois des relations très tendues si le couple stérile en cours d'AMP n'est pas favorable à l'accueil des enfants. Les uns jugent alors les autres comme ayant des comportements égoïstes car étant peu disposés à les aider pour élever leurs enfants. Quelques couples de l'enquête déclarent participer aux frais de santé ou scolaires des enfants de la famille mais rechignent à accueillir des enfants ayant dépassé la petite enfance (Bonnet, 2014). Ceci étant, nombre d'entre eux avaient (ou avaient eu) des neveux et nièces à domicile²².

LES RELATIONS DE CONFIDENCE ENTRE AMIS

Si les hommes ont des difficultés à communiquer leurs souffrances à leur partenaire et à leurs proches, on peut s'interroger sur leurs capacités à se confier

20. Cette notion a été empruntée à C.-H. Pradelles de Latour Dejan dans son étude de la parenté bamiléké (2001 :123).

21. Le recours à un ami intime est quelquefois évoqué pour se substituer au partenaire. Il s'agit surtout de femmes qui sollicitent un ami pour « remplacer » le mari le temps d'une conception, ou bien de femmes dont un ami propose ses « services » pour pallier la stérilité du conjoint. Plusieurs femmes nous ont dit avoir songé à cette « solution » puis l'avoir abandonnée soit par refus moral d'un recours à l'adultère soit par crainte d'une ressemblance entre cet ami et l'enfant, ressemblance risquant d'être repérée par le mari ou l'entourage ultérieurement.

22. Les enfants sont soumis à une grande mobilité au sein de la famille élargie.

à des amis. Confrontés à l'infécondité, parviennent-ils à avoir des échanges confidentiels avec des amis masculins, plus enclins peut-être à une empathie de genre ? Dans les faits, tous les hommes témoignent *a priori* leur réticence à divulguer cette connaissance à ces proches.

En fait, la confiance entre amis ou collègues masculins semble être réalisée moins pour partager une émotion que pour accéder à des informations (recherche de médecins, conseils de recommandation pour des cliniques), contrairement à certaines femmes qui se déclarent plus disposées à la confiance entre amies. On observe, là, une différence de genre même à l'occasion des entretiens ethnographiques. Par exemple, alors que les femmes manifestent, pendant l'entretien, un soulagement à pouvoir se confier et à exprimer des émotions - avec des marqueurs linguistiques du type « ah ! ça fait du bien d'en parler », ou bien par des charges émotionnelles (pleurs le plus souvent) – les hommes de l'enquête (à l'exception de l'un d'entre eux qui s'est effondré en larmes durant l'entretien) répondent ponctuellement aux questions et ont des difficultés à livrer un récit sur leur expérience²³. De plus, les hommes déclarent ne pas vouloir confier à leur entourage leurs difficultés affectives, perçues éventuellement par certains amis comme des problèmes sexuels. Ces sujets, de l'ordre de l'intime, doivent alors restés secrets (Bidart, 1997).

LE RECOURS À D'AUTRES RÉSEAUX SOCIAUX

La difficulté à se confier se rencontre également avec les représentants religieux (catholicisme, protestantisme²⁴). La plupart des personnes interrogées, hommes comme femmes, révèlent même qu'elles ne se confient pas à un responsable religieux de crainte qu'il ne déconseille ou n'interdise le recours à une assistance médicale à la procréation. Nombre d'entre eux leur disent d'ailleurs : « Tournez-vous plutôt vers les enfants abandonnés ». Les patients redoutent également une moralisation de leur infécondité (suspicion de relations amoureuses ou conjugales instables et de maladies sexuellement transmissibles à l'origine de leur stérilité). Ces situations conduisent donc nombre d'entre eux à ne pas trouver un espace de parole au sein de leurs églises. La faible fréquentation des communautés religieuses est également signalée dans une recherche sur les liens sociaux des femmes séropositives pour le VIH migrantes originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Suisse (Mileti *et al*, 2014). Cela

23. Cette observation a également été faite par des chercheurs menant une enquête auprès d'hommes français inféconds d'Ile-de-France. Les auteurs déclarent que les hommes ont un « discours moins détaillé que celui des femmes », plus factuel et moins émotionnel (Rozée & Mazuy, 2012 : 19).

24. Cette question n'a pas pu être abordée en ce qui concerne le seul homme stérile musulman de l'enquête, une infirmière étant entrée dans le bureau et l'épouse de l'homme refusant de poursuivre la conversation, même après le départ de l'infirmière. Cette situation témoigne de la difficulté à travailler sur ce sujet même lorsqu'on est dans une clinique.

signifie que les personnes vulnérables, stigmatisées par le sida ou la stérilité, ne se confient pas aux responsables religieux, même si elles leur demandent de prier pour elles. L'ordre moral, que les représentants religieux sont censés représenter et défendre, freine le recours aux confidences.

Les hommes de l'enquête ne se tournent pas davantage vers les blogs et forums de discussion, à l'exception de Thomas qui a consulté des forums pour savoir « si les ponctions ovariennes sont douloureuses pour les femmes ». Néanmoins, il a regretté de n'avoir trouvé que des « *expériences d'Européennes* ». Sinon, l'usage d'internet lorsqu'il est mené par des hommes correspond plutôt à une recherche de services (adresses de cliniques, montant du coût de l'AMP), contrairement aux femmes qui y ont recours pour lire des récits de femmes, même s'il s'agit généralement d'Européennes (Simon & Simonnot, 2014 ; Simon, 2014).

CONCLUSION

Au terme de cette étude, on constate que la stérilité masculine est une expérience connue, même si elle se dévoile uniquement dans une sphère privée, et même si certains hommes sont dans des processus de dénégation. Des rituels associés à des représentations humorales du corps humain et le souhait de recourir à un tiers procréateur (frère) attestent de la connaissance de la stérilité masculine avant même l'arrivée des biotechnologies, et du désir de l'entourage d'y remédier. Enfin, l'engagement contemporain des couples dans un protocole d'AMP témoigne d'une volonté des hommes à pallier leur infécondité par des voies médicales malgré une grande difficulté à confier leur corps aux médecins et à accepter de recourir à un donneur de sperme anonyme.

Les enquêtes révèlent que les connaissances acquises durant les consultations médicales et à la lecture du spermogramme restent de l'ordre d'un « savoir privé » et ne remettent pas publiquement en cause les représentations populaires de l'infécondité masculine, véhiculées par le sens commun et par les pratiques rituelles et sociales ancestrales. Nombre d'hommes ne contestent pas publiquement l'idée communément répandue que la femme est à l'origine de la stérilité du couple. Néanmoins, l'accès aux savoirs médicaux sur le corps et la reproduction humaine, au moment d'une AMP, s'il ne remet pas en cause les savoirs anciens, introduit les hommes dans un espace de négociations avec la conjointe sur un projet d'enfant biologique et sur l'éventuel recours à un donneur anonyme.

Le sentiment de honte, témoignage de la crainte d'un opprobre social dans une société où se manifeste une exigence d'engendrement, révèle un système de normes et de valeurs dominant et la place occupée par les hommes dans ce système. En qualité de « chef de famille », il revient à l'homme de respecter une

logique de dette intrafamiliale et sociale, en partie fondée sur la naissance d'un enfant. Son infécondité lui fait prendre le risque d'exclure son couple des réseaux de solidarité de sa communauté. La catégorie morale de la honte est ainsi un révélateur des hiérarchies sociales entre les sexes et les générations (Ouattara, 1999). Les normes de genre et l'incorporation des valeurs qui leur sont associées, font de la honte, en cas d'infécondité, un principe de relation sociale. La « culture de la honte » s'offre comme un mécanisme de régulation sociale, un code moral, avec la nécessité pour les hommes de parvenir à dominer leurs émotions (Riesman, 1974). Dans ce contexte, nombre de femmes endossent la stérilité du conjoint, au risque de subir les effets stigmatisants de cette situation (accusation de sorcellerie, divorce, répudiation, polygamie). Finalement, dans tous ces contextes – familiaux, sociaux et médiatiques – les hommes, comme les femmes, n'ont pas d'espaces de paroles pour se confier sur leur vécu, à l'exception de la consultation médicale marquée du sceau de la confidentialité. Certes, les couples ont généralement une grande confiance dans les médecins qu'ils consultent, sachant que ceux-ci sont tenus par le secret médical et qu'ils ne divulgueront pas leurs secrets à toute personne extérieure au service. Mais une consultation médicale représente-t-elle véritablement un espace de confidences ?

A de rares moments et à peu de personnes, les couples peuvent parler de leur infécondité « à la première personne ». Le fait que le savoir relatif à la stérilité, qui plus est masculine, ne génère jusqu'à présent aucun débat médiatique et politique maintient les hommes comme étant les seuls détenteurs d'un savoir privé et intime, même si l'épouse se doute ou est informée de la situation. Contrairement aux personnes séropositives ou atteintes de la drépanocytose qui sont parvenues, par l'intermédiaire d'associations de malades et par l'aide de médecins, à organiser des plateformes de discussions, les hommes et les femmes affectés par l'infécondité n'ont pas tenté jusqu'à aujourd'hui de mobiliser les hommes politiques, par peur essentiellement d'être « démasqués ». L'infécondité n'étant pas associée à une pathologie spécifique, un plaidoyer ne peut se construire que sur un droit universel à la procréation. Pour ce faire, de nombreux tabous néomalthusiens doivent être levés. Outre ces difficultés politiques et matérielles, les personnes affectées par l'infécondité sont conduites à revendiquer une difficile remise en cause des normes de parenté. En effet, la difficulté à reconnaître une stérilité masculine peut aussi s'expliquer par la volonté de maintenir un système de filiation sans mise à l'épreuve de la paternité biologique. Certes, aujourd'hui, des études révèlent des demandes de recherche en paternité (Bertho, 2013), mais il s'agit pour le moment de situations très rares, et dans certains contextes (par exemple, à la suite d'un recours juridique en cas de viol ou de refus de prise en charge des enfants par le géniteur). Pour l'heure, la filiation, en Afrique subsaharienne, reste inconditionnellement subordonnée aux règles d'alliance. En effet, si les modèles matrimoniaux connaissent de nombreuses mutations dans la majorité des pays d'Afrique

subaharienne (unions non formalisées, absence d'acquiescement des compensations matrimoniales en situation de crise) comme de récents travaux en témoignent (Marcoux & Antoine, 2014), les règles de filiation restent associées au mariage (coutumier, civil et/ou religieux). En cas de stérilité, la terre, la chefferie, ou tout autre bien ne peut se transmettre sans de nombreuses dérogations.

D'aucuns peuvent considérer que ces résistances à penser la stérilité masculine sont toujours d'actualité en Occident même si les savoirs médicaux se sont largement diffusés dans les media et les représentations populaires, et même si les normes de filiation ont connu des métamorphoses ces dernières années (la France, par exemple, a aboli la distinction entre enfants légitimes et enfants naturels en 2006). On peut aussi penser que ces processus masculins de déni sont d'ordre psychologique et toujours universels. Mais l'étude camerounaise fait valoir une grande difficulté à changer ces normes et ces valeurs (par exemple, le terme de « bâtard » est toujours utilisé pour un enfant illégitime), avec le maintien de nombreuses stigmatisations pour les personnes stériles (déclassement social, accusations de sorcellerie, dissolution du couple, etc.).

Pour conclure, l'incapacité à penser la stérilité masculine n'est pas uniquement le produit d'un imaginaire collectif mais se situe en étroite congruence avec des rapports sociaux de genre et un système de parenté (mariage et filiation). Dans ce cas, on peut considérer que la difficulté à conceptualiser un savoir - ici, l'origine de la stérilité masculine - relève davantage d'une impossibilité sociale et politique à déconstruire des normes de genre et de parenté. De fait, il revient à l'anthropologue d'appréhender ces représentations comme des objets historiques en cours d'évolution selon les contextes d'énonciation.

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- ANDRO A., DESGREES DU LOU A., 2009 « Introduction. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés ». In « *Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ?* », *Autrepart*, 52, 3-12.
- BERTHO B., 2013. *Conflits familiaux, rapports de genre et Etat au Burkina Faso. Une ethnographie de l'Action Sociale*, Thèse de Doctorat, IHEID, Genève.
- BIDART C., 1997. « Parler de l'intime. Les relations de confiance », *Mana. Revue de sociologie et d'anthropologie*, 3, 19-55.
- BILA B., EGROT M., 2008. « Accès au traitement du sida au Burkina Faso : les hommes vulnérables ? », *Science et technique, Sciences de la santé*, N° spécial hors-série : Sida, Santé Publique et Sciences Sociales : 20 ans d'épidémie et de lutte au Burkina Faso, coordonné par S. KOUANDA, B. BILA, A. DESCLAUX, 85-91.

PROCRÉATION MÉDICALE ET MONDIALISATION. EXPÉRIENCES AFRICAINES

- BOGALSKA-MARTIN E., 2007. « La souffrance comme expérience partagée. L'accompagnement de patients en soins palliatifs », *Santé et sociétés*, 21, 87-106.
- BOLTANSKI L., 2004. *La condition fœtale. Une sociologie de l'avortement et de l'engendrement*, Paris, Gallimard.
- BONNET D., 1988. *Corps biologique, corps social : procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, Paris, éditions de l'ORSTOM.
- BONNET D., 2014. « Adopter un enfant dans le contexte de la Procréation médicalement assistée en Afrique subsaharienne », *Cahiers d'études africaines*, LIV, 3, 215, 769-786.
- BROCHARD M., 2014. *Normes reproductives, infertilité et nouvelles technologies de la reproduction au Sénégal. Le genre et le don*, thèse de doctorat, Université Paris Descartes.
- DELUMEAU J., ROCHE D., 1990. *Histoire des pères et de la paternité*, Larousse.
- DUCHESNE V., 2002. « Fluides, transmission et filiation. Les 'maladies des femmes' dans une société matrilineaire ». In : D. BONNET, Y. JAFFRE (dir.), *Les maladies de passage. Transmission, préventions et hygiènes en Afrique de l'ouest*, Paris, Karthala, 199-220.
- DUCHESNE V., 2014. « Repenser l'alliance matrimoniale avec l'assistance médicale à la procréation en situation migratoire », *Enfances, Familles, Générations*, 21, 135-149.
- EBOKO F., 1996. « L'Etat camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida », *POLAF*, 64, 135-145.
- EBOKO F., 2004. « De l'intime au politique. Le sida en Afrique, un objet en mouvement », *Autrepart*, 1/2004, 29, 117-133.
- EGROT M., 2004. « Différenciation sexuelle des interprétations causales de la maladie en Afrique subsaharienne », *Sciences Sociales et Santé*, 22, 3, 45-70.
- FASSIN D., EIDELIMAN J.-S., 2012. « Défense et illustrations des économies morales ». In : D. FASSIN, J.-S. EIDELIMAN (dir.), *Economies morales contemporaines*, Paris, La Découverte, 9-18.
- FORTIER C., 2001. « Le lait, le sperme, le dos. Et le sang ? », *Cahiers d'études africaines*, 161, 1, 97-138.
- GONZALES J., 2006. « Histoire du spermatozoïde et mobilité des idées », *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 34, 819-826.
- HARDIN A., POSEL D., 2012. « Secrecy as embodied practice : beyond the confessional imperative », *Culture, Health & Sexuality : An International Journal for Research, Intervention and Care*, 14 : sup1, S1-S13.
- HERITIER F., 1996. *Masculin, féminin. La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob.
- HÖRST V., 2010. « Male perspectives on infertility and assisted reproductive technologies (ART) in sub-saharan contexts », *Facts, Views & Visions in ObGyn*, Monograph, 22-27.
- HÖRST V., 2012. « Assisted reproductive technologies in Mali and Togo: circulating knowledge, mobile technology, transnational efforts ». In : H. DILGER, A. KANE, S. LANGWICK (dir.), *Medicine, Mobility and Power in Global Africa : Transnational Health and Healing*, Indiana University Press, 163-189.
- INHORN M., 2004. « Middle Eastern Masculinities in the Age of New Reproductive Technologies: Male Infertility and Stigma in Egypt and Lebanon », *Medical Anthropology Quarterly*, 18, 2, 162-182.

- LETT D., 1997. *L'enfant des miracles. Enfance et société au Moyen Âge (XIIème-XIIIème siècle)*, Paris, Aubier.
- MARCOUX R., ANTOINE P., 2014. *Le mariage en Afrique. Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*, Québec, Presses universitaires du Québec.
- MARIE A. (dir.), 1997. *L'Afrique des individus. Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*, Paris, Karthala.
- MILETI F. P., MELLINI L., VILLANI M., SULSTAROVA B., SINGY P., 2014. « Liens sociaux, secrets et confidences. Le cas des femmes migrantes d'Afrique subsaharienne et séropositives », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 45-2, 167-184.
- OUATTARA F., 1999. *Savoir-vivre et honte chez les Senufo Nanerge (Burkina Faso)*, Thèse de Doctorat en Anthropologie sociale, Marseille, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- PRADELLES DE LATOUR C.-H., 2001. *Incroyances et paternités*, Paris, EPEL.
- RIESMAN P., 1974. *Société et liberté chez les Peul Djelgôbè de Haute-Volta : essai d'anthropologie introspective*, Paris, Mouton.
- ROZEE V., MAZUY M., 2012. « L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et « gestion » de l'échec », *Sciences sociales et santé*, 30, 5-30.
- SIMON E., SIMONNOT B., 2014. « Fertility and medically assisted procreation: forms of exchange and relationships between patients via forums and blogs in South Africa », *International Symposium: Biomedical Technologies in Sub-Saharan Africa March 24-25, 2014*, ICSP/ICS University of Lisbon.
- SIMON E., 2014. « Des usages sociaux africains des blogs et forums consacrés à l'infertilité : un objet qui nécessite de se situer à l'intersection des SIC et de l'anthropologie », *Intersections, Colloque franco-roumain*, 30 oct-1 nov. 2014, Bucarest.
- TSHUPO J.-P., 1993. *Les étudiants des Universités de Douala et de Yaoundé face aux MST et au sida*, Yaoundé, PSI.
- WEBER F., 2013. *Penser la parenté aujourd'hui. La force du quotidien*, Paris, Les éditions rue d'Ulm.

Bonnet Doris (2016)

Les savoirs privés de l'infécondité masculine (Douala, Cameroun)

In : Bonnet Doris (dir.), Duchesne V. (dir.). *Procréation médicale et mondialisation : expériences africaines*

Paris : L'Harmattan, p. 213-229. (Anthropologies et Médecines)

ISBN 978-2-343-09974-3