
« Parlons-en ! ». Enjeux de restitution à propos de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation

"Talk about it!". Stakes of restitution about infertility and medical assistance to procreation

Maryvonne Charmillot, Doris Bonnet et Véronique Duchesne

Introduction

- 1 Nous souhaitons saisir l'opportunité de cette contribution pour développer un retour réflexif sur une recherche en santé de la reproduction¹, à travers une question peu explorée dans les recherches en sciences sociales de la santé : que s'est-il passé, en termes de restitution, au moment de la définition initiale de notre projet et durant les trois années d'enquête sur différents terrains ? Il s'agit, autrement dit, de se demander dans quelle mesure la réalisation de notre recherche, le travail sur le terrain, les interactions avec les personnes interviewées ont modifié notre manière de penser la restitution dans la recherche en sciences sociales. Nous analysons, pour ce faire, les conceptions de la restitution sous-jacentes à la définition initiale de notre projet de recherche, ainsi que les formes de restitutions produites en cours de recherche.
- 2 Ce retour réflexif présente un double enjeu. Le premier interroge les possibilités d'articuler deux conceptions de la restitution de prime abord en opposition : a) la logique associée aux canevas de recherche des institutions de financement, ancrée dans une tradition épistémologique d'inspiration positiviste, à l'intérieur de laquelle la restitution est confinée à la « cité savante » (Schurmans, Dayer & Charmillot, 2014) ; b) la logique relative à notre démarche de recherche socio-anthropologique compréhensive, qui tente d'associer aux enjeux de visibilité académique une « éthique du souci des conséquences »

(Piron, 1996), autrement dit un questionnement sur les retombées sociales des activités de recherche. Le deuxième enjeu est lié à notre objet de recherche, à savoir l'infertilité et l'assistance médicale à la procréation (AMP) dans le contexte de la mondialisation. Ces thématiques restent peu prises en compte par les chercheurs en sciences sociales comme par les acteurs de la santé publique. Elles provoquent pourtant des formes d'exclusion sociale et sont à la source de difficultés multiples (familiales, financières, etc.) pour beaucoup de femmes, d'hommes et de couples en Afrique subsaharienne. « Parlez-en ! » nous disent-ils. L'anthropologue, comme l'écrit Laurent Vidal, « au-delà de ses motivations affichées, est inscrit par ses interlocuteurs dans la sphère certes de la compréhension mais aussi de l'action, de l'intervention » (Vidal, 2011, p. 604). Comment, dès lors, penser la restitution à propos de l'infertilité et de l'AMP pour qu'elle réponde, au moins partiellement, à la « demande sociale », au sens donné par Robert Castel (2004), à savoir les « demandes sociales informées », les « révoltes sans paroles » en « quête de regard sociologique pour être enfin entendues » (Monchatre, s.d.) ?

- 3 Dans la première section de notre contribution, nous explicitons la conception de la restitution attachée au canevas ayant servi à soumettre la demande de financement de notre recherche. Les sections suivantes sont consacrées à la manière dont nous avons tenté, à partir de notre posture épistémologique et à travers différentes formes de restitution, de transformer une conception figée de la restitution pour aboutir à une conception de la restitution articulant enjeux scientifiques et société civile.

Retour sur la définition initiale de notre projet de recherche

- 4 Le projet de recherche tel que rédigé pour l'Agence nationale de la recherche (France) a été structuré en fonction de six objectifs : 1) accroître les connaissances sur les pratiques de l'AMP dans le contexte de l'Afrique subsaharienne et conjointement dans les réseaux transnationaux ; 2) comprendre le sens de l'expérience de l'infécondité ; repérer les trajectoires thérapeutiques, ainsi que les alternatives recherchées (adoption, prise en charge d'enfants de la famille, polygamie, etc.) par les femmes, les hommes et les couples inféconds ; 3) analyser les questions de genre associées à l'AMP ² et la perception de la place de l'enfant dans le contexte familial ; 4) décrire les mobilités et les migrations liées au projet d'enfant à destination des pays africains et des pays européens ; 5) identifier les profils sociologiques des acteurs qui recourent à l'AMP ; 6) évaluer les articulations entre réseaux informels de santé (forum, blog, sites d'information) et mobilités sanitaires ³.
- 5 Au début du projet de recherche, un site Internet ⁴ a été créé pour faire connaître les avancées de notre travail et pour partager des informations concernant les manifestations scientifiques organisées et les publications réalisées non seulement à l'intérieur du projet mais aussi en lien avec des projets extérieurs. Ce site, toujours actif, avait également pour finalité de s'adresser à un public plus large que celui du milieu scientifique, à commencer par les personnes interviewées ⁵.
- 6 Le terme « restitution » n'apparaissait pas dans le formulaire de soumission du projet, mais figurait une rubrique intitulée « Stratégie de valorisation des résultats et mode de protection et d'exploitation des résultats ». Quelle conception de la restitution un tel intitulé manifeste-t-il ? La restitution est tout d'abord envisagée comme une étape finale, ultérieure à l'activité de recherche. Il s'agit, pour reprendre l'expression de Marie-Noëlle

Schurmans (dans ce Dossier), de « "faire quelque chose" des "résultats" de la recherche », de leur donner une « visibilité internationale » et de satisfaire à un « retour sur investissement » (Florence Piron, dans ce Dossier). La restitution est ensuite associée conjointement à celle d'exploitation, autrement dit à une « mise à profit du produit », selon la définition du verbe « exploiter ». Il est question, enfin, de « protection » des résultats, substantif qui renvoie à la question des brevets, des licences et des droits d'exploitation. Cette conception de la restitution s'inscrit, selon l'analyse de Marie-Noëlle Schurmans, Caroline Dayer et Maryvonne Charmillot, dans les démarches de recherche « classiques », à l'intérieur desquelles la « restitution aux pairs [...] semble occuper l'espace du pensable, [...] sans être l'objet d'une réflexion critique occasionnant ajustements et amendements » (Schurmans, Dayer & Charmillot, 2014, p. 10).

- 7 C'est donc sous la rubrique « Stratégie de valorisation des résultats et mode de protection et d'exploitation des résultats » qu'ont pris place, dans la définition de notre projet de recherche, les différentes modalités de restitution des savoirs envisagées. Figuraient : l'organisation de journées d'étude ; l'organisation d'un colloque international ; la publication d'articles dans des revues scientifiques ; des séances de restitution auprès des participants à la recherche ; des conférences à l'adresse d'un public plus large. On peut noter que le terme « restitution » est employé uniquement pour parler du retour adressé aux personnes interviewées et que ces modalités prennent place principalement en fin de recherche. Si le thème de la restitution n'a pas été problématisé de la manière dont nous l'envisageons aujourd'hui – notamment parce que le terme de restitution ne figurait pas dans le protocole de recherche standard de l'institution – nous avons néanmoins des intentions qui manifestaient une volonté d'ouvrir les portes de la « cité savante ». Nous proposons donc, dans les sections suivantes, une tentative de problématisation de la restitution dans le champ de la santé de la reproduction.

Une perspective socio-anthropologique compréhensive

- 8 Commençons par mettre en évidence les réflexions produites par les chercheurs en sciences sociales de la santé travaillant dans les pays des Suds, à propos de la restitution. Laurent Vidal, à partir de ses recherches dans le domaine de la santé et du développement, s'interroge en premier lieu sur les significations des termes utilisés. À l'instar d'autres chercheurs⁶, il remet en question l'utilisation même du terme *restitution*, car, écrit-il, « la "restitution", *stricto sensu*, suppose vol, pillage » (Vidal, 2011, p. 591). Quant aux autres termes employés par les anthropologues, comme celui de *réception* ou celui de *retour*, ils ne trouvent pas non plus satisfaction à ses yeux, pour les raisons suivantes : la « "réception" du texte, du travail anthropologique, tout en étant moins ambiguë tend à limiter la démarche à ceux qui ont effectivement été mis à contribution lors de la recherche et non pas au "grand public" » (*Ibid.*) ; quant au terme de « retour », tout comme le syntagme « rendre des comptes », il place l'anthropologue dans une « posture débitrice » qu'il est nécessaire, selon Laurent Vidal, de dépasser (*Ibid.*). Concernant la discipline anthropologique en particulier et son rapport à l'écriture, Florence Piron dresse une typologie de trois figures de chercheur : le chercheur « classique »⁷, le chercheur « coupable », le chercheur « solidaire ». L'objectif du chercheur de la seconde figure, le « chercheur coupable », est d'intégrer dans sa pratique de la discipline une « prise de conscience » des « rapports de pouvoir qui se sont

enchâssés dans la discipline anthropologique depuis ses débuts : relations de pouvoir entre métropole et colonies, peuple conquérant et peuple conquis, centre et périphéries, Orient et Occident, pays riches et pays pauvres, etc. » (Piron, 1996, p. 136). La figure du chercheur coupable renvoie à la situation de « dette » dans laquelle se trouverait le chercheur. Si nous partageons, avec Laurent Vidal, la nécessité de dépasser ce sentiment de dette, ce dépassement ne se traduit pas nécessairement par un changement de terminologie, mais plutôt par l'explicitation d'une posture de recherche. La figure du « chercheur solidaire » proposée par Florence Piron et le concept « d'éthique du souci des conséquences » qui la définit (Piron, 1996), nous paraissent pertinents pour envisager la restitution des savoirs dans une perspective émancipatoire, autrement dit orientée vers l'affranchissement des dominations. Il s'agit de réfléchir aux conséquences de nos recherches : elles ne sont pas entièrement prévisibles, maîtrisables, ou contrôlables, néanmoins, il nous incombe de prendre en considération l'existence des effets de nos textes⁸. Cette forme de solidarité consiste à « se demander quelle forme d'humanité, quel modèle des rapports avec autrui et quelle représentation du lien social [nos] textes, dotés du pouvoir "scientifique" de véridiction, proposent aux lecteurs, implicitement ou non » (*Ibid.*, p. 141). La finalité, autrement dit, est de « construire une connaissance éclairée du lien entre le savoir scientifique et l'entreprise de gouvernementalité du social de manière à pouvoir modifier et proposer d'autres formes d'humanité que celle de la logique gestionnaire et catégorielle » (Piron & Couillard, 1996, p. 18).

- 9 L'adoption d'une telle posture nous permet d'écarter un sentiment de dette à l'égard des acteurs sociaux dont on cherche à comprendre les expériences de vie ; elle nous permet par ailleurs d'être attentives à la « demande sociale » (Hertrich, 2011) liée à nos objets de recherche. Nous proposons alors de parler de *restitution des savoirs et des expériences liés à l'infertilité et à l'AMP*⁹. Notre posture s'inscrit simultanément dans la sphère de la compréhension et dans celle de l'intervention (Vidal, 2011). Dans cette perspective, nous adoptons la proposition d'Abraham Franssen, Luc Van Campenhoudt et Véronique Degraef (dans ce Dossier) qui consiste à distinguer différents « cercles de restitution » pour clarifier les groupes d'acteurs auxquels on s'adresse et pour spécifier la proximité/distance entretenue avec eux ainsi que le mode d'interaction privilégié. Nous distinguons, dans notre cas, quatre cercles : 1) les personnes interviewées (premier cercle, dans lequel intervient la co-construction de savoirs à travers les entretiens de recherche) ; 2) les bailleurs de fonds qui ont financé notre recherche (deuxième cercle à qui nous « rendons des comptes » par la rédaction d'un rapport) ; 3) nos partenaires et pairs scientifiques (troisième cercle, dans lequel nous cherchons à « transiger »¹⁰, autrement dit à mettre en discussion nos questionnements – avec nos partenaires – et nos constats – avec nos pairs) ; 4) la société civile (quatrième cercle, auquel nous nous adressons par une mise en réseaux diversifiée des connaissances produites : émission radiophonique¹¹, colloque filmé mis en ligne – voir infra).

Rendre visible l'expérience de l'infécondité

- 10 Les principaux enjeux de notre recherche sur l'infécondité et le recours à l'AMP dans le contexte de la mondialisation concernent le manque de visibilité de cette problématique dans les travaux des sciences sociales relatifs aux pays de l'Afrique subsaharienne. La revue de la littérature laisse apparaître que cette faible visibilité mobilise des discours « malthusiens » se résumant, de façon triviale, comme suit : pourquoi lutter contre

l'infertilité quand bien même les taux de fécondité restent élevés (par exemple, au Burkina Faso, en zone rurale, cinq à six enfants par femme, en taux de reproduction finale) ? Ces considérations néo-malthusiennes ont premièrement conduit à négliger, de longues années durant, les recherches médicales sur l'infécondité en les réduisant à l'analyse de certaines causes (infections sexuellement transmissibles [IST]), infections post-partum et post-abortives, notamment). Elles ont en second lieu amené à penser que lutter pour créer des vies relèverait d'un luxe que ne peuvent s'offrir que les pays du Nord (Daviet & Moutel, 2001). Dans les recommandations de l'OMS, cette perspective se traduit par la priorité donnée à la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, en référence aux Objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement (OMD) : réduire la mortalité infantile et améliorer la santé maternelle. On relèvera néanmoins, concernant le continent africain, quelques exceptions précoces aux discours malthusiens : les travaux d'Anne Retel-Laurentin¹² et son ouvrage paru en 1974, intitulé *Infécondité en Afrique noire. Maladies et conséquences sociales* ; les analyses anthropologiques et historiques sur le Sahel, de Barbara Cooper (2013) ; quelques démographes qui ont dénoncé, à partir d'analyses historiques également, ce que d'aucuns ont nommé la « face cachée de la forte fécondité africaine » (Larsen, 1994).

- 11 La situation « socio-politique » de l'infécondité, sur le continent africain, a commencé à changer avec l'arrivée du VIH. Depuis les années 1990, les médecins en charge du Sida ont fait valoir les interactions entre les IST, le VIH et l'infécondité. Ils parlent même du « triangle HIV/IST/infécondité » (UNAIDS, 1998). D'un point de vue épidémiologique, l'infécondité est envisagée, notamment, à partir des comportements à risques. Une femme ou un homme infécond(e) pourrait risquer de multiplier les partenaires et, de fait, favoriser la transmission des IST et du VIH. La question de la transmission se pose également à l'intérieur des couples sérodifférents. Face au désir d'enfant du couple, quels sont les risques encourus et quelles sont les possibilités de recours à l'AMP ?
- 12 À partir des années 2000, sous l'impulsion des pays des Suds dans lesquels s'est peu à peu développée une offre privée d'AMP, l'OMS a commencé à s'interroger sur la diffusion mondiale de cette technologie en incluant désormais les Suds (Fathalla, 2002). Ce « marché local » de l'AMP s'est développé dans le secteur privé sous l'impulsion de promoteurs étrangers ou de médecins locaux. Ainsi, si l'implantation de l'AMP sur le continent africain reste encore limitée, elle progresse. Son historicité locale est néanmoins assez inégale d'un pays à l'autre du continent. Par exemple, la première naissance par FIV, diffusée par les médias, date de 2009 en Côte d'Ivoire, de 2006 au Burkina Faso, de 1998 au Cameroun et de 1987 en Afrique du Sud. Dans ce contexte, on observe encore une tendance forte à la mobilité des couples vers des centres privés régionaux d'AMP présents dans les pays voisins, ou même à des mobilités ou migrations pour des raisons procréatives, notamment vers la France, pour les pays francophones où la pratique encadrée par la loi de bioéthique (révisée en juillet 2011) relève du secteur public, avec une prise en charge des patients par la sécurité sociale sous certaines conditions (Duchesne, 2014).
- 13 La prise en compte progressive de l'infécondité et du recours à l'AMP en contexte africain demeure très médicalement centrée¹³. Les travaux sociologiques, anthropologiques ou ethnographiques analysant les dimensions sociales de l'infécondité et celles des nouvelles technologies procréatives en Afrique subsaharienne et en contexte de migration sont plus récents. On notera, notamment, les recherches de Viola Hörbst au Mali (Hörbst, 2012) ; celles de Trudie Gerrits au Mozambique (Gerrits, 2002) ; les travaux de Bruce Whitehouse

au Nigeria (Whitehouse & Hollos, 2014). Nous partageons avec ces auteurs l'affirmation selon laquelle « *the issue of infertility in developing countries requires greater attention at national and international levels for reasons of social justice* » (Ombelet, 2008, p. 11). Ces travaux, par l'analyse des dimensions sociales et politiques qu'ils mettent en avant à propos de l'infertilité en Afrique, prennent le contre-pied de la vision démographique qui a rendu cette problématique « invisible » (Upton, 2001).

Donner la parole

- 14 L'expérience de l'infécondité et celle du recours à l'AMP constituent le point central des entretiens que nous avons menés. Analyser cette expérience contribue non seulement à la reconnaissance d'individualités en souffrance mais également à la mise en lumière d'un système de santé défaillant auquel les femmes paient un lourd tribut dans leurs itinéraires thérapeutiques (retards de diagnostic, absence de traitements dans les cas d'interruption volontaire de grossesse, etc.). Les dimensions qui structurent ces expériences s'organisent à partir des questions suivantes : que représente, pour des hommes, des femmes, des couples, l'épreuve de l'infécondité, dans un contexte où la définition du statut social est tributaire de la procréation ? Quelles sont les difficultés liées à cette expérience – relationnelles, identitaires, économiques, sociales, religieuses ? Comment ces difficultés sont-elles vécues, individuellement, au sein du couple, au sein de la famille et quelles sont les ressources pour y faire face ? Quelles sont les significations attribuées, à partir de cette expérience, à la parentalité, à la filiation, au désir d'enfant, à la famille ? Quelles sont les normes en jeu ? Comment sont-elles pensées, discutées, interrogées ?
- 15 Les expériences rassemblées à travers les entretiens réalisés manifestent une rupture dans le cours normal de la vie, une « perturbation biographique » (Bury, 1982) qui prend place à la suite du mariage, celui-ci étant considéré comme le signal « automatique » d'une maternité à venir, non seulement par les personnes interviewées elles-mêmes mais aussi par la famille élargie. Ainsi, déjà après un an de mariage sans grossesse, les questions émergent. Les femmes se demandent ce qui se passe et la famille, les amis, les voisins commencent « à parler ».
- « Il y a des gens qui viennent ici et ils disent que c'est peut-être parce que je suis encore étudiante que je ne veux pas faire d'enfants, on va me faire la remarque, je pense même qu'on est allé dire à mon mari "dis à ta femme d'arrêter les études". En tout cas, du moment où je me suis mariée, il n'y a pas de raison qu'on ne fasse pas d'enfant. Ils s'attendent à avoir des enfants, à avoir des petits-fils ou des neveux... »
(Marie ¹⁴, Ouagadougou)
- 16 La manière dont la communauté s'empare de ce que l'on pourrait désigner comme le « devenir procréatif du couple » traduit, à côté de la perturbation biographique des individus concernés, une perturbation sociétale. Cette dimension collective exerce de fortes pressions sur les couples sans enfants et ces pressions se traduisent fréquemment par des propos stigmatisants – comme par exemple des insultes – qui manifestent le caractère essentiel de l'enfantement dans la reconnaissance et l'intégration sociales des couples et plus particulièrement des femmes. Une femme née à Mayotte travaillant à Paris déclare :
- « Les "insultes" comme : "Si t'es une femme, montre ton enfant", en mahorais ¹⁵, on dit : "dza waho !". Ou bien : "Si t'es une femme, donne la vie !" Ou encore "Tsija" ¹⁶ :

"Tu peux pas donner la vie". C'est une insulte qui fait très mal, c'est une mère qui a plein d'enfants qui va te le dire pour te faire mal, pour te casser » (Mawardi, Paris).

17 Dans un autre témoignage, issu d'un entretien réalisé à Douala, Bernadette résume en ces termes la réaction de son entourage : « On m'a dit "on ne peut plus rien pour toi. Mieux vaut que tu ailles attendre la mort à la maison " ».

18 Les réactions stigmatisantes à l'égard des couples sans enfant mettent en avant la dimension sociale du désir d'enfant, désir qui se transforme parfois, au fil du parcours d'AMP, en « devoir d'enfant », pour honorer son statut social, ne pas être marginalisé et mettre fin aux insultes. Amélie et son conjoint Maxime, à Douala s'expriment ainsi :

« Amélie : En Afrique, quand vous n'avez pas d'enfants, c'est comme si c'était un péché. C'est la raison pour laquelle à n'importe quel moment, chacun veut en avoir au moins un.

Maxime : Quand vous n'avez pas d'enfant conçu par vous-même, c'est comme si vous étiez marginalisé et puis vous avez le désir, le désir d'en avoir...

Amélie : Au moins pour faire taire les gens ».

19 Parler de son expérience, de ses difficultés, de ses souffrances, de ses combats pour échapper à un destin sans enfant rend compte d'un besoin de reconnaissance et d'un souhait d'être affranchi de la culpabilité de ne pas avoir d'enfant. Rachel, interviewée à Ouagadougou, achève ainsi l'entretien :

« J'aimerais dire aux gens d'avoir de la compassion pour les couples qui n'ont pas d'enfant, ils n'ont pas choisi, il ne faut pas les pointer du doigt, mais peut-être même les encourager à aller vers l'adoption. Beaucoup de personnes s'acharnent sur la femme quand il n'y a pas d'enfant, c'est déjà très difficile pour une femme ici en Afrique qui n'a pas d'enfant, alors pourquoi tant de critiques sur ces femmes, c'est comme si on les aidait à mourir. Avoir un enfant, c'est pas parce qu'on a du mérite, donc il faut se mettre à la place, essayer de comprendre ».

20 Le dernier témoignage que nous souhaitons évoquer éclaire explicitement nos propos dans la perspective d'une conception de la restitution des savoirs et des expériences articulée au « souci d'autrui ». Elizabeth, interviewée à Ouagadougou, exerce la profession de médecin et enseigne parallèlement à la faculté de médecine. Au moment des remerciements pour sa participation à l'entretien, elle déclare :

« Comme nous sommes tous des scientifiques, je pense que vous n'avez pas à me remercier parce que je pense que c'est un devoir, si je pense être utile à autrui, pourquoi je vais garder les informations pour moi alors que ça peut servir à autrui ? Si vous arrivez à produire ce document, si quelqu'un peut le lire, peut-être que ce qui a été relaté ici, ça va sauver des situations, parce qu'on travaille pour le bien-être de l'humanité, n'est-ce pas ? Peut-être que quelqu'un peut s'inspirer de ma vie et ne pas tomber dans les mêmes pièges. Mais les hommes veulent toujours vivre leur propre expérience... Pourtant, il y a des gens qui ont eu la même expérience que moi et si j'avais un tant soit peu regardé leur vie, peut-être que je ne serais pas tombée dans la situation dans laquelle je suis ».

21 Concernant les questions de marginalisation et de stigmatisation, l'expérience d'Elizabeth met en évidence le fait que l'exclusion des femmes infécondes n'est pas uniquement une affaire de classes sociales défavorisées, dont le statut est souvent corrélé à un faible niveau d'instruction. Elizabeth a fait des études de médecine et son mari a également suivi un cursus dans l'enseignement supérieur. Après des tentatives d'AMP infructueuses au Ghana, elle passe une année à l'étranger pour parfaire sa formation en médecine. À son retour, elle apprend que son mari a pris une seconde épouse et elle est contrainte d'accepter cette cohabitation car, dit-elle, « ici une femme ne peut pas habiter seule, la pression sociale est trop forte ». C'est cette situation, très douloureuse pour elle

psychologiquement, qu'elle évoque dans cet extrait. L'expérience d'Elizabeth met aussi en avant la prégnance des questions de genre sur l'« agir communicationnel » (Habermas, 1981) ou le « pouvoir d'agir » (Clot, 2008) : dans de nombreuses sociétés africaines patriarcales, la reconnaissance de la femme ou de l'épouse comme « acteur » – sociologiquement parlant – au sein de la belle-famille n'est pas forcément effective. Avant son départ à l'étranger pour sa formation, Elizabeth n'avait pas son mot à dire, mais elle pouvait néanmoins faire valoir son point de vue, ses souhaits, auprès de son mari. Son absence pendant sa formation a, en quelque sorte, laissé la voie libre aux normes patriarcales de sa société.

- 22 Concernant les questions de restitution des savoirs et des expériences à propos de l'infertilité, la proximité sociale et professionnelle qu'Elizabeth entretient avec l'intervieweuse (champ scientifique) lui permet d'entrer en dialogue sur l'utilité et l'usage des savoirs et, à partir de sa propre expérience, de penser cet usage dans la perspective du « souci d'autrui ». Elle parle de sa participation à l'entretien en termes de « devoir » – le devoir du scientifique – et d'« utilité pour autrui ». C'est sa manière à elle de dire « Parlez-en ! ». Elle souhaite partager les « informations » acquises au cours de son expérience (connaissances biologiques sur l'infertilité autant que connaissances informelles sur son système familial). Quand elle évoque un « document », elle fait référence aux textes qui seront produits dans le cadre de la recherche à laquelle elle est en train de participer. Elle suppose que la lecture de ces textes pourrait « sauver des situations », en l'occurrence, en référence à sa propre situation, éviter à d'autres femmes de se voir imposer une co-épouse par la belle-famille.
- 23 Le « souci d'autrui » est présent dans d'autres entretiens. Par exemple, les couples interviewés évoquent le manque d'infrastructures de santé susceptibles de répondre non seulement à leurs propres difficultés, mais également à celles d'autres couples. Ils souhaitent que les informations sur les possibilités de recourir à l'AMP soient plus facilement accessibles et qu'elles leur permettent de dépasser de fausses rumeurs (crainte d'une naissance d'enfant « anormal » en recourant à une FIV, par exemple). L'expression « Parlez-en ! » traduit également les difficultés financières auxquelles sont confrontés les couples qui souhaitent recourir à l'AMP car les techniques procréatives sont très onéreuses. On observe un besoin essentiel d'expression des émotions et du vécu social et une grande frustration, celle de ne pas pouvoir partager avec d'autres cette expérience en cours, puisque la stigmatisation à laquelle les personnes sont confrontées les conduit plutôt à se replier sur elles-mêmes. Les personnes concernées par l'infécondité ne bénéficient, en effet, d'aucun lieu de parole, d'aucune association qui leur apporterait un soutien moral et social. Même lorsque le médecin porte une écoute attentive, les conditions d'exercice de la médecine ne permettent pas d'appréhender les souffrances psychiques du patient car le médecin ne se concentre pas sur les paroles de la personne (le « corps-sujet ») mais sur ses symptômes physiques (le « corps-objet »¹⁷). De fait, les patients n'ont guère l'opportunité d'exprimer leurs sentiments dans les échanges avec les médecins. Aussi, à la fin de l'entretien, lorsque le dictaphone est éteint et que vient le moment des remerciements et des salutations, certaines personnes interviewées nous demandent de transmettre à la sphère publique l'immense détresse de leur vie quotidienne.
- 24 Les enjeux de visibilité vs invisibilité sont donc complexes et se logent à plusieurs niveaux. Au niveau médical, les femmes, les hommes, de nombreux couples ne se sentent pas suffisamment « écoutés » par les médecins. Dans cette perspective, la restitution des

savoirs à propos de l'infécondité vise un accroissement de la visibilité des difficultés multiples rencontrées par les personnes concernées. Au niveau social, sa finalité consiste notamment à favoriser le partage des expériences, dans la perspective de réduire la stigmatisation qui affecte les femmes, les hommes et les couples sans enfant.

Modifier les relations entre sciences sociales et sciences médicales

- 25 Parmi les objectifs de notre démarche de recherche figurait l'ambition d'entrer dans un « processus transactionnel »¹⁸ (Schurmans, 2001) avec des médecins et des biologistes notamment, afin de croiser nos regards disciplinaires et accroître la compréhension des significations attribuées à l'infécondité au prisme des nouvelles technologies de la reproduction, en contextes africains et migratoire. Pour ce faire, nous avons associé des gynécologues à nos questions de recherche avant même notre entrée sur le terrain, partageant l'idée d'Anne-Chantal Hardy selon laquelle « le "retour" ne peut pas se penser en dehors de l'"aller", c'est-à-dire de la posture adoptée en entrant sur le terrain » (Hardy, 2011). L'objectif de la mise en discussion de nos questionnements avec des acteurs du monde médical sur nos terrains de recherche respectifs n'était pas d'être au service de la médecine mais de faire valoir nos problématiques anthropologiques et sociologiques centrées sur la parole des personnes concernées et sur la réalité sociale de l'infertilité¹⁹. Si cette recherche de partenariat n'a pas été acceptée par tous les médecins, certains se sont au contraire montrés disponibles dès le départ pour une telle recherche et d'autres nous ont même sollicitées pour venir travailler dans leurs cliniques.
- 26 Ces échanges ont abouti à deux « produits transactionnels » (Schurmans, 1994) principaux : - une présentation de la recherche devant le personnel médical de l'hôpital parisien ; - un colloque international réunissant chercheurs en sciences sociales et acteurs du monde médical, ainsi que quelques patientes²⁰.
- 27 Dans la lettre de collaboration scientifique adressée au directeur de l'hôpital parisien était mentionné le point suivant : « l'équipe s'engage à proposer chaque semestre une rencontre avec les professionnels de la consultation afin de discuter de l'avancée de ses travaux ». Ce rythme semestriel n'a pas pu être respecté, mais une rencontre institutionnelle s'est déroulée lors de la réunion mensuelle du service AMP, quinze mois après le début de l'enquête ethnographique et des entretiens. Elle a été animée conjointement par la coordinatrice du projet et la chercheuse du site. Le titre de la présentation, *Anthropologie et AMP*, avait été longuement réfléchi, la question étant de savoir s'il n'allait pas d'emblée créer des résistances ou un certain désintérêt du côté du monde médical. Les échanges qui ont suivi la présentation ont permis aux anthropologues et aux acteurs présents (psychologues, gynécologues de la maternité, médecins de l'unité AMP) d'interagir librement et de partager leurs expériences respectives. Quelque temps après, au cours d'échanges informels, l'une des gynécologues du service AMP déclarait qu'elle ne s'adressait plus de la même manière aux patientes africaines. Un gynécologue affirmait quant à lui qu'il n'avait à aucun moment imaginé que la famille « pesait » tant sur les femmes et sur les couples. Pour le personnel de santé présent (médecins et psychologues), cette séance de dialogue avec des anthropologues a permis de répondre à l'attente principale exprimée : assurer une meilleure prise en charge des patientes et des patients provenant de pays africains. A cette dimension

d'ordre clinique s'ajoutait un enjeu institutionnel fort pour l'hôpital en question. En effet, cette réunion s'est déroulée dans le contexte de préparation d'un audit de l'hôpital. Cette conjoncture a contribué à l'élargissement de la présentation des avancées de la recherche à l'échelle de la structure hospitalière dans son ensemble et non pas uniquement à l'attention des seuls spécialistes de l'AMP. Du côté de l'institution, cette présentation était l'opportunité de montrer que le service AMP en question était partenaire d'un projet de recherche novateur.

- 28 Le colloque intitulé « Technologies de la procréation et mondialisation. Dispositifs, savoirs, expériences en Afrique sub-saharienne », organisé à l'Université Paris-Descartes les 12 et 13 octobre 2013, a rassemblé des chercheurs européens, américains et africains travaillant sur la question de l'AMP en Afrique. L'objectif était de mettre en réseau des chercheurs et de dresser un état des lieux des recherches entreprises sur le continent africain. Dans la perspective de rendre accessible à un large public l'état des connaissances produites, toutes les interventions ont été filmées et elles seront mises en ligne à l'issue du projet, prévue en juin 2014. Cette modalité – communications scientifiques et, *a posteriori*, séquences vidéo mises en ligne – a pour finalité de s'adresser à l'ensemble des « cercles de restitution » identifiés, à savoir : les personnes interviewées ; les bailleurs de fond ; nos partenaires et pairs scientifiques ; la société civile des pays du Nord et des pays des Suds. Il s'agit de mettre en réseau les connaissances produites et d'engager des processus transactionnels pour permettre l'émergence de nouveaux projets, qu'il s'agisse de produits éditoriaux, de nouveaux programmes scientifiques, ou d'échanges et de partages d'informations (réseaux sociaux, blogs, etc.).

Conclusion

- 29 Nous avons cherché à mettre en évidence, dans cette contribution, notre manière de penser la restitution des savoirs et des expériences dans le champ de la santé de la reproduction, en opérant un retour réflexif sur certaines activités qui ont jalonné notre recherche. Nous souhaitons revenir, en conclusion, sur la question de la demande sociale évoquée en introduction. Comment envisager la restitution des savoirs et des expériences à propos de l'infertilité et du recours à l'AMP en lien avec la demande sociale ? Dans un article portant sur une démarche de restitution inscrite dans un suivi démographique au Mali, Véronique Hertrich s'interroge :

« Alors que la restitution transmet de l'information, les attentes des populations relèvent bien davantage de projets de développement local. À cet égard, la restitution ne correspond-elle pas davantage à une stratégie de contournement de la demande sociale ? Au final, est-elle véritablement une opération au service des populations étudiées [...] ? » (Hertrich, 2011).

- 30 Notre démarche plaide en faveur du dépassement d'une conception de la restitution comme transmission d'informations. L'interrogation de Véronique Hertrich n'en demeure cependant pas moins pertinente parce qu'elle place au cœur du débat la demande sociale. Dans le cadre de notre problématique de recherche, quelle est cette demande ? Les situations d'incertitude physique, relationnelle, sociale, dont témoignent les femmes, les hommes, les couples confrontés à l'infertilité dans les contextes africains et de migration, rencontrés dans nos terrains respectifs, peuvent être interprétées sous l'angle de « demandes sociales informées », de « révoltes sans nom » (Castel, 2004) en « quête de regard sociologique pour être enfin entendues » (Monchatre, s.d.). Ces

demandes renvoient, notamment, aux offres de soins dans le secteur de la santé publique : non seulement les soins gynécologiques de base (insuffisamment, voire non garantis dans beaucoup de pays subsahariens), mais également les traitements liés à l'infertilité et à l'AMP, accessibles presque exclusivement dans le secteur privé. Ces questions d'offres de soins renvoient quant à elles à l'ordre sanitaire mondial concernant la santé de la reproduction. Dans cette perspective, la restitution des savoirs et des expériences concernant l'infertilité consiste à contribuer à plus de « justice sanitaire » (Lemoine *et al.*, 2013), par un accroissement de l'égalité d'accès aux services de santé. Pour penser la restitution des savoirs et des expériences à propos de l'infertilité et de l'AMP dans une perspective de justice sanitaire, le concept de « justice cognitive » proposé dans ce Dossier par Florence Piron n'est pas seulement novateur, mais permet d'envisager la santé de la reproduction comme un Bien commun.

BIBLIOGRAPHIE

- BENOIST J., PAULME D., FERRY M.-P. & A. EPELBOIN (1983), « *In Memoriam. Anne Retel-Laurentin* », *Journal des africanistes*, vol. 53, n° 1-2, pp. 174-180.
- BONNET D. & V. DUCHESNE (2014, à paraître), « Migrer pour procréer : histoire de couples africains », *Cahiers du Genre*, n° 56.
- BURY M. (1982), « Chronic Illness as a Biographical Disruption », *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, n° 2, pp. 167-182.
- CASTEL R. (2004), « La sociologie et la réponse à la demande sociale », dans LAHIRE B. (dir.), *À quoi sert la sociologie ?*, Paris, Éditions La Découverte, pp. 67-77.
- CLOT Y. (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, Presses universitaires de France.
- COOPER B. M. (2013), « De quoi la crise démographique au Sahel est-elle le nom ? », *Politique africaine*, vol. 2, n° 130, pp. 69-88. DOI : 10.3917/polaf.130.0069
- DAVIET L. & G. MOUTEL (2001), « Problèmes éthiques de l'assistance médicale à la procréation : les cas des inséminations *postmortem* et du don d'ovocytes », *Éthique et santé - Réseau Rodin*, mis en ligne en décembre 2001, consulté le 26 mars 2014. URL : <http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/?q=node/1641>
- DUCHESNE V. (2014, à paraître), « Repenser l'alliance matrimoniale avec l'assistance médicale à la procréation en situation migratoire », *Enfance, Familles, Générations*.
- ESHRE (2008), *Special Task Force on "Developing Countries and Infertility"*, Volume 1, Oxford University Press. URL: <http://eshremonographs.oxfordjournals.org/content/2008/1.toc>
- FATHALLA M. (2002), « Current Challenges in Assisted Reproduction », dans VAYENA E., ROWE P. J. & P. D. GRIFFIN (dir.), *Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction (2001, Geneva)*, *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: Report of a WHO Meeting*, Genève, WHO Publications, pp. 3-12.

- GERRITS T. (2002), « Infertility and Matrilineality. The Exceptional Case of the Macua of Mozambique », dans INHORN M. C. & F. VAN BALEN, *Infertility Around the Globe : New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, pp. 233-246.
- HABERMAS J. (1981), *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Éditions Fayard.
- HARDY A.-C. (2011), « Donner, recevoir et rendre : Réflexion sur les règles de l'échange sociologique », *Interrogations ?*, n° 13. URL : <http://www.revue-interrogations.org/donner-recevoir-et-rendre>
- HERTRICH V. (2011), « Entre les attentes des enquêtés et la dette du chercheur, réflexions autour d'une démarche de restitution au Mali », *Interrogations*, n° 13. URL <http://www.revue-interrogations.org/Entre-les-attentes-des-enquetes-et>
- HESBEEN W. (1997), *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Éditions Masson.
- ESHRE (2008), *Special Task Force on 'Developing Countries and Infertility' (Volume 1)*, Oxford University Press. URL: <http://eshremonographs.oxfordjournals.org/content/2008/1.toc>
- HÖRST V. (2012), « Assisted Reproductive Technologies in Mali: Asymmetries and Frictions » dans BECK S., KLOTZ M. & M. KNECHT (dir.), *Reproductive Technologies as Global Forms: Ethnographies of Knowledge, Practices, and Transnational Encounters*, Hamburg, New York, Campus Verlag, pp. 120-148.
- LARSEN U. (1994), « Sterility in Sub-saharan Africa », *Population studies*, vol. 48, n° 3, pp. 459-474.
- LEMOINE M., GIRARD P.-M., THURSZ M. & G. RAGUIN (2013), « Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique subsaharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ? », *Face à face*, n° 12. URL : <http://faceaface.revues.org/792>
- MONCHATRE S. (s.d.), *Pourquoi la sociologie ?*, FASSP, Université de Lyon. URL : <http://socio.univ-lyon2.fr/spip.php?article1418>
- OMBELET W. (2008), « False Perceptions and Common Misunderstandings Surrounding the Subject of Infertility in Developing Countries », *Human Reproduction 2008*, DOI : 10.1093/humrep/den204
- PIRON F. (1996), « Écriture et responsabilité : trois figures de l'anthropologue », *Anthropologie et sociétés*, vol. 20, n° 1, pp. 125-148.
- PIRON F. & M.-A. COUILLARD (1996), « Les usages et les effets sociaux du savoir scientifique », *Anthropologie et sociétés*, vol. 20, n° 1, pp. 7-26.
- RETEL-LAURENTIN A. (1974), *Infécondité en Afrique noire. Maladies et conséquences sociales*, Paris, Éditions Masson.
- SCHURMANS M.-N. (1994), « Négociations silencieuses à Evolène. Transaction sociale et identité sociale », dans BLANC M., MORMONT M, RÉMY J. & T. STORRIE (dir.), *Vie quotidienne et démocratie. Pour une sociologie de la transaction sociale (suite)*, Paris, Éditions L'Harmattan, pp. 129-154.
- SCHURMANS M.-N. (2001), « La construction de la connaissance comme action » dans BAUDOUIN J.-M. & J. FRIEDRICH (dir.), *Théories de l'action et éducation*, Bruxelles, Éditions De Boeck, pp. 157-177.
- SCHURMANS M.-N. & M. CHARMILLOT (2007), « Les sciences sociales face au paradigme médical : approche critique », *Sociologie santé*, vol. 26, n° 2, pp. 317-336.

SCHURMANS M.-N., DAYER C. & M. CHARMILLOT (2014), « Prologue », dans *La Restitution des savoirs: un impensé des sciences sociales ?*, Paris, Éditions L'Harmattan, pp. 9-16.

UPTON L. R. (2001), « Infertility Makes You Invisible: Gender, Health and Negotiation of Fertility on Northern Botswana », *Journal of Southern African Studies*, vol. 27, n° 2, pp. 349-362.

VIDAL L. (2011), « Rendre compte. La restitution comme lieu de refondation des sciences sociales en contexte de développement », *Cahiers d'études africaines*, vol. 2, n° 202-203, pp. 591-607.

WHITEHOUSE B. & M. HOLLOS (2014), « Definitions and the Experience of Fertility Problems: Infertile and Sub-fertile Women, Childless Mothers, and Honorary Mothers in Two Southern Nigerian Communities », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 00, pp. 1-18. DOI: 10.1111/maq.12075

ZONABEND F. (1994), « De l'objet et de sa restitution en anthropologie », *Gradhiva*, n° 16, pp. 3-14.

NOTES

1. Le projet intitulé « Stérilité et recours à l'assistance médicale à la procréation dans le contexte de la mondialisation (Douala, Ouagadougou, Pretoria, Paris) », coordonné par Doris Bonnet, bénéficie de l'appui financier de l'Agence nationale de la Recherche (France), dans le cadre du programme de recherche *Les Suds aujourd'hui (II)* (2010-2014). En dehors des auteurs de cet article, sont associés au projet : Frédéric Le Marcis (École normale supérieure de Lyon), Rehana Ebrahim Vally (Université de Pretoria), Nina Botha (Université de Pretoria), Emmanuelle Simon (Université de Lorraine), Luc Massou (Université de Lorraine), Brigitte Simmonot (Université de Lorraine), Pierre Humbert (Université de Lorraine).

2. Voir à ce sujet, notamment, l'article à paraître de Doris Bonnet et Véronique Duchesne, intitulé « Migrer pour procréer : histoire de couples africains » (Bonnet & Duchesne, 2014).

3. Dans cette contribution, c'est principalement le second objectif qui alimente notre réflexion. Nous nous appuyons sur des entretiens à caractère compréhensif et sur des observations participantes réalisés à Douala, à Paris et à Ouagadougou, auprès de femmes, d'hommes et de couples vivant l'expérience de l'infertilité et engagés dans des parcours d'AMP, ainsi qu'auprès de gynécologues et de biologistes.

4. <http://amp.hypotheses.org/>

5. L'adresse du site Internet figurait sur la note d'information remise aux personnes sollicitées pour participer à un entretien ethnographique sur le terrain d'enquête parisien.

6. Voir notamment le texte pionnier de Françoise Zonabend à propos de la restitution des objets en anthropologie (Zonabend, 1994).

7. La figure du chercheur classique s'inscrit dans l'idéologie dominante de la science. Le chercheur classique instaure « une distance entre ce qu'il étudie et tout ce qui fait de lui une "personne" socialement engagée et située, c'est-à-dire son individualité ou son idiosyncrasie » (Piron, 1996, p. 134). Cette figure va de pair avec une conception de la restitution comme impensée et impensable (Dayer, Schurmans & Charmillot, 2014).

8. La forme écrite demeure la forme de restitution canonique dans les sciences sociales. La réflexion mériterait néanmoins d'être élargie aux modes de restitution visuelle, tels que les films ou les photographies, nettement moins valorisés, voire pas du tout, dans les expertises scientifiques (voir la contribution de Dayer, dans ce Dossier, qui propose d'autres modalités de restitution).

9. Parler de restitution des expériences fait écho à la définition de l'anthropologie proposée par Alice Desclaux, à savoir « une analyse et une restitution de l'expérience, de la manière de penser le monde et de le transformer, propres à des groupes sociaux, catégories, ou peuples » (Le Monde,

Portrait de février 2012, URL : <http://liberteas.blog.lemonde.fr/2012/02/09/portrait-de-fevrier-alice-desclaux-medecin-anthropologue/>

10. En référence au paradigme de la transaction sociale (Schurmans, 1994 et 2001).

11. Émission sur France Culture intitulée « De la PMA à l'euthanasie, des questions de vie ou de mort », à laquelle a participé Doris Bonnet le 19 février 2014 (<http://www.ceped.org/?-Actualites->).

12. Anne Retel-Laurentin a été l'une des premières chercheuses en France à articuler sur le terrain sa formation médicale et ses connaissances ethnographiques. Ses hypothèses sur les facteurs de stérilité en contexte africain l'ont confrontée aux réticences du corps médical (Benoist, Paulme, Ferry & Epelboin, 1983).

13. Voir les travaux de l'ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), en particulier ESHRE, 2008.

14. Tous les prénoms sont des pseudonymes.

15. Le mahorais, ou shimaoré (shimaore), est la langue comorienne parlée sur l'île de Mayotte.

16. *Tsija* signifie stérile en mahorais.

17. Pour Walter Hesbeen, la maladie ne se réduit pas au corps biologique, au corps que l'on a (corps-objet). Elle est le corps que l'on est (corps-sujet), un corps qui ne se limite pas à un ensemble d'organes, de membres et de fonctions, mais un corps animé d'une vie particulière, faite de projets, de désirs, de risques, de joies, de sources de motivation, de déceptions et aussi d'espérance (Hesbeen, 1997).

18. Les travaux sociologiques de Marie-Noëlle Schurmans sur le paradigme de la transaction sociale (voir notamment Schurmans 1994 et 2001) mettent l'accent sur le fait que l'approche des phénomènes sociaux en termes de transaction sociale souligne le caractère actif et réflexif des conduites des agents tout en donnant place aux contraintes issues des contextes matériels, idéels et sociaux. Dans cette perspective, toute démarche de connaissance procède d'une dialectique entre sujet, objet et autrui, les trois étant situés dans le temps et dans l'espace.

19. Cet objectif rejoint le renversement de perspective proposé par Marie-Noëlle Schurmans et Maryvonne Charmillot (2007) qui consiste, pour les sciences sociales, à s'affranchir de l'inféodation aux sciences médicales (Schurmans & Charmillot, 2007).

20. On notera également une présentation du projet de recherche en début d'enquête au cours d'une réunion régionale de gynécologues et de biologistes dans une clinique à Douala.

RÉSUMÉS

Les auteures de cette contribution analysent les enjeux de restitution en santé de la reproduction dans le contexte de la mondialisation. Elles distinguent, d'une part, la conception d'inspiration positiviste inscrite dans le canevas de recherche de l'institution de financement. D'autre part, la conception attachée à leur posture épistémologique compréhensive, orientée vers le « souci d'autrui » et la reconnaissance des situations d'incertitude physique, relationnelle, sociale, vécues par des femmes, des hommes, des couples confrontés à l'infertilité dans des contextes africains et de migration. À partir d'exemples de différentes formes de « restitution » produites en cours de recherche, elles plaident en faveur d'une justice sanitaire en relayant l'une des demandes sociales qui leur a été adressée sur leur terrain : « Parlez-en ! ».

The authors of this contribution analyze the stakes of restitution of a research program in reproductive health in the context of globalization. They distinguish, on the one hand, the conception of positivist inspiration inscribed in the research framework of the funding institution; and on the other hand, the conception linked to their understanding epistemological posture, oriented towards the "concern for others" and the acknowledgment of situations of physical, relational, social uncertainty experienced by women, men, couples facing infertility in African and migration settings. Based on examples of different forms of "restitution" identified during their research study, they argue in favor of a health justice in relaying one of the social demands that was transmitted to them on the field: "Talk about it!"

"¡Hablemos sobre ello!". Cuestiones de restitución de la procreación asistida e infertilidad

Las autoras de esta contribución analizan los retos de restitución de un programa de investigación en salud reproductiva en el contexto de la globalización. Distinguen, por un lado, la concepción de inspiración positivista inscrita en el marco de investigación de la institución financiadora; y por otro lado, la concepción vinculada a su postura epistemológica comprensiva, orientada a la "preocupación por los demás" y el reconocimiento de situaciones de incertidumbre física, relacional, social, que sufren las mujeres, los hombres, las parejas frente a la infertilidad en contextos africanos y de migración. A partir de ejemplos de diferentes formas de "restitución" producidas durante las investigaciones, argumentan a favor de una justicia sanitaria por la transmisión de una de las demandas sociales que les fue comunicada sobre el terreno: "¡Hablad sobre ello!".

INDEX

Mots-clés : anthropologie, procréation médicalement assistée, mondialisation, migration, infécondité, demande sociale, restitution

Keywords : anthropology, medically assisted procreation, globalization, migration, infertility, social demand, restitution

AUTEURS

MARYVONNE CHARMILLOT

Université de Genève, Suisse - Maryvonne.Charmillot@unige.ch

DORIS BONNET

CEPED (Université Paris Descartes – INED – IRD), Paris, France - doris.bonnet@ird.fr

VÉRONIQUE DUCHESNE

Centre Population & Développement (CEPED), Université Paris Descartes, France - veronique.duchesne@ceped.org

Charmillot M., Bonnet Doris, Duchesne V.

Parlons-en ! Enjeux de restitution à propos de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation.

In : Schurmans M.N. (ed.), Charmillot M. (ed.), Dayer C. (ed.). La restitution des savoirs.

SociologieS, 2014, (art. 4753), 13 p. [en ligne].