

Université du Québec en Outaouais

LES FEMMES INFERTILES AU BÉNIN (CAS DU MONO ET DU COUFFO)

Mémoire

Aryanne Armelle DOUVI

Département de travail social

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en travail social

Novembre 2022

Résumé

Le Bénin enregistre des naissances au quotidien, mais plusieurs ignorent la bataille des femmes infertiles au quotidien. Cette recherche s'intéresse au parcours des femmes béninoises ayant de la difficulté à concevoir dans les départements du Couffo et du Mono. Nul ne peut imaginer l'ampleur du processus par lequel elles passent pour vivre ne serait-ce qu'un jour la maternité. Le sujet demeure tabou au sein des communautés des femmes rencontrées. De plus, l'irrévocabilité du patriarcat avec la ténacité des valeurs traditionnelles rend particulière l'expérience des femmes infertiles. Pareillement, c'est bien connu que la pérennisation de la famille est sans l'ombre d'un doute un atout historique et majeur au Bénin. Non seulement les femmes rencontrées partagent leur histoire en insistant sur la confidentialité des propos mais elles portent un intérêt urgent pour obtenir de l'aide psychologique et financière de la part des institutions étatiques. Finalement, nous soulignons que c'est une recherche exploratoire sur une des problématiques importantes qui touche les femmes au-delà de la délimitation géographique de notre corpus d'enquête.

Mots-clés : infertilité - femmes en Afrique - Afrique subsaharienne - intersectionnalité

Abstract

Benin records births daily, but many do not seem to imagine the battle infertile women are going through daily. First, this research focuses on the journeys of women with difficulty in conceiving in the departments of Couffo and Mono. No one can imagine the magnitude of the process they go through to experience motherhood even for one day. Then infertility still seems to be a taboo subject within the community of women interviewed. Moreover, the irrevocability of patriarchy with the tenacity of traditional values makes the experience of infertile women special. Similarly, it is well known that the sustainability of the family is without a shadow of a doubt a historical and major asset in Benin. Not only do the women interviewed share their story, insisting on the confidentiality of the remarks, but also show an urgent interest in obtaining psychological and financial assistance from state institutions. Finally, we emphasize that this is an exploratory research on one of the important issues that affects women beyond the geographical delimitation of our corpus of investigation.

Keywords: infertility - women in Africa - sub-Saharan Africa - intersectional approach

Table des matières

REMERCIEMENTS	XIV
INTRODUCTION.....	1
Chapitre I : PROBLÉMATIQUE	3
I.1Bref portrait sur le Bénin.....	10
CHAPITRE II : L'ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'EXPÉRIENCE DES FEMMES INFERTILES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	11
II.1. Comprendre l'infertilité	11
II.1.a Quelques causes de l'infertilité.....	12
II.2 Problèmes psychosociaux des femmes infertiles.....	13
II.2.a Stress lié à l'infertilité	17
II.2.b La stigmatisation.....	19
II.3. Dilemme entre la religion et le choix du traitement médical	20
II.4. Alternatives possibles	22
II.4.a. Comprendre le confiage	22
II.4.b. Adoption dans le contexte africain	23
II.4.c Autre approche adaptée aux besoins	26
II.5 Pesanteurs culturelles post-mortem subies par les femmes infertiles	28
II.7 Question de recherche	31
CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE.....	32

CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE	43
IV.1 Stratégie générale de recherche	43
IV.2 Stratégie d'échantillonnage et recrutement	44
IV.3 Description de l'échantillon	45
IV.4. La procédure de collecte de données.....	46
IV.5 Les outils de collecte de données	48
IV.6 Stratégie d'analyse	51
IV.7 Considérations éthiques	52
CHAPITRE V : RÉSULTATS.....	55
V.1 La maternité après le mariage.....	55
V.2 Normes du Couffo et du Mono face au mariage.....	56
V.2.a Importance du mariage dans le Couffo et le Mono.....	57
V.3 Rôle social de la femme du Couffo et du Mono.....	58
V.3.a Attentes de la belle-famille de la femme mariée.....	59
V.3.b Attentes des membres de l'entourage vis-à-vis de la femme mariée	60
V.4 Statut de la mère et reconnaissance sociale	61
V.5 Importance de fonder une famille dans le Couffo et le Mono.....	62
V.6 Signaux avant la consultation.....	63
V.6.a Infertilité ou problème de fertilité ?	64
V.6 b Impacts sur la femme au sein du foyer	65
V.6.c Responsable des problèmes de fertilité ?.....	66

V.6.d Isolement des femmes en difficulté de concevoir	67
V.6.e Stigmatisation vécue par la femme soupçonnée d'infertilité	68
V.7 Réactions de l'époux face à l'infertilité	70
V.7.a Tumultes au sein du couple	72
V.7.b Naissance de la polygamie ou infidélité au sein du couple ?	72
V.7.c Violence vécue par la femme au sein du couple	73
V.8 Pressions émises par l'entourage	75
V.9 Conciliation entre profession et soins médicaux	76
V.9.a À la conquête de la fertilité	76
V.9.c Orientation vers des soins médicaux.....	78
V.9.d Coûts approximatifs des soins médicaux dans le Couffo et le Mono	79
V.9.e Précarité financière des femmes	80
V.10 Tradithérapie comme alternative de soin	81
V.10.a Expérience des femmes avec les tradipraticiens.....	82
V.10.b Consultations.....	83
V.10.c Infertilité vue comme un sortilège	83
V.10.d Interventions et traitements subis par les femmes chez le tradipraticien.....	84
V.10.e Place de la religion dans le processus de traitement de l'infertilité chez la femme .	85
V.11 Devenir une mère de substitution par dépit	86
V.12 Don familial pour consoler la femme ?	87
V.13 Appels à l'aide par les femmes aux institutions étatiques	89

V.13.a Accompagnement psychologique souhaité par les femmes	90
CHAPITRE VI : DISCUSSION	93
VI.1 Rôle social genré.....	94
VI.2 Prestige et virilité assurés à l'homme africain	95
VI.3 Dispositions juridiques sur l'égalité des droits de l'Homme	96
VI.4 Compréhension de l'union des époux dans le contexte africain.....	97
VI.4.a Procréation : charge assignée au sexe biologique féminin	99
VI.4.b Conscientisation des femmes	100
VI.5 Crises au sein du couple	102
VI.5.a Violence psychologique : micro-agressions	102
VI.5.b Violence physique	103
VI.5.c Violence morale et physique : absence de libido	103
VI.6 Dispositions prises par le législateur béninois.....	104
VI.6.a Ignorance des textes de loi.....	105
CHAPITRE VII : CONCLUSION.....	106
VII.1 Limites et forces	107
VII.2 Conseils pour préparer les futures femmes mariées à un problème d'infertilité.....	109
VII.2.a Quid d'une recherche future ?.....	112
RÉFÉRENCES.....	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXES	Erreur ! Signet non défini.
Formulaire de consentement	Erreur ! Signet non défini.

REMERCIEMENTS

Merci à ma directrice, Geneviève Pagé, pour qui je l'avoue, la patience et l'écoute attentive ont été nécessaires durant des années pour venir à bout de cette rédaction. Face à des imprévus de tous genres, elle n'a pas cessé de manifester un intérêt sain et constant à mon travail et d'ailleurs par rapport à ma vie privée également.

Je manifeste une énorme gratitude à toutes ces braves femmes qui ont partagé, une page immense, sensible et marquante de leur histoire de vie avec moi. J'ai appris au contact de celles que je surnomme « braves amazones » que le privilège de la confiance liée à cette problématique doit être méritée et valorisée. J'espère qu'à travers chaque morceau de votre vécu, je peux en faire une référence d'appel à l'aide aux institutions étatiques du Bénin.

À ma maman, Denise A. DOUGLOUI, je ressens sempiternellement ta présence et ton incommensurable amour.

Nérita DOUVI, tu n'as pas cessé de me dire, à quel point il urge de porter haut ce sujet qui fait tant briller mes yeux quand j'en parle. Face aux multitudes coups auxquels je devais faire face et qui au dernier moment m'ont fait douter et explorer l'idée de lâcher ce travail, tu m'as rappelé mon dévouement du début et ma témérité face à mes défis quotidiens.

Rudy Peace, Ori-Yona, Yorick-Falante et mon neveu Naël, mes amours au quotidien. J'apprends tellement à vos côtés, aux contacts de vos sourires, vos mots et vos bévues. Me mettre en priorité, depuis des mois n'est pas un désaveu de mes devoirs et amour à votre égard. Merci pour vos remarquables mots et câlins pour me reconforter.

À mon papa Richard G. DOUVI, mon épanouissement professionnel te tient tellement à cœur qu'à chaque contact, finir ce travail est à tes yeux une victoire collective.

À Frédéric Dakpogan, mon ami-frère, en dépit de ta vie de famille et tes occupations, tu as toujours eu une place dans ton quotidien et dans ta maison pour prendre soin de mes merveilleux enfants quand j'en ai eu besoin. Sans oublier toutes les fois que tu n'omettes pas de me demander si j'avance dans mon travail.

Merci Virginie HOUNPKÉ pour ta disponibilité et ton aide qui perdurent dans le temps.

Merci à Éloïse WHANNOU qui a fait un long et épuisant voyage à la campagne avec moi.

Merci à Nestor ZOUNDJI, pour les divers repères de ma démarche dans le Couffo.

INTRODUCTION

La stérilité des couples est partout stigmatisante, particulièrement en Afrique où il n'est pas bien vu, de ne pas procréer ; la responsabilité en incombe la femme, même si l'infécondité masculine commence à être connue. Elle reste toutefois une honte et elle est minutieusement cachée (Mestre, 2017).

L'importance de la procréation et de la façon d'appréhender la natalité a toujours fait l'objet de vifs débats dans le domaine de la recherche. D'un point de vue scientifique et religieux, l'importance ou non d'avoir un ou plusieurs enfants est abordée selon les cultures et l'époque. Cependant, la plupart des religions pratiquées en Afrique subsaharienne demeurent unanimes par rapport à la nécessité d'avoir des enfants biologiques dans un contexte familial où le mariage constitue une prémisse de base. Par exemple, dans la plupart des sociétés africaines, le nombre d'enfants a longtemps été un signe de prospérité. C'est particulièrement le cas au Bénin. Une raison parmi tant d'autres, puisque « il y a autant de raisons de désirer un enfant que de personnes sur la Terre, tant est particulier et mystérieux le désir d'enfant » (Jean et Petit, 2013, p. 34).

À l'inverse, pour Szejer et al. (2000), la hausse de la natalité en Afrique est une action pour contrer l'exode causé par la traite des esclaves. À ceci, s'ajoutent le départ des hommes valides, les travaux forcés pendant la colonisation et les nombreux conflits armés qui ont secoué tout le continent. L'auteur soutient qu'avoir des enfants est une réponse aux réflexes de survie en Afrique. C'est aussi une manière d'empêcher la disparition de la descendance. Par conséquent, dans les sociétés traditionnelles africaines, avoir un enfant est source d'honneur et de richesse. Les familles se vantent d'être nombreuses, ce qui peut sous-entendre que l'importance du nombre est un signe de force et de solidarité en Afrique.

Nonobstant une augmentation du taux de fécondité observé sur le continent, il n'est pas rare de voir, au quotidien, des femmes avec des problèmes de fertilité. D'ailleurs,

s'émanciper de la maternité ne semble pas encore une alternative dont les femmes sont à même de discuter librement. Étant donné qu'au Bénin, les valeurs traditionnelles, loin d'être rétrogrades, sont omniprésentes dans la société.

D'ailleurs, à ce propos, certains auteurs (Boerma et Mgalla, 2001 ; Feldman-Salvesberg, 1999 ; Inhorn et van Balen, 2002) soutiennent que le problème d'infertilité, longtemps ignoré par tous, a finalement motivé de nombreuses recherches scientifiques. Il faut souligner qu'auparavant, la plupart des recherches effectuées étaient faites sur les couples occidentaux infertiles. En occurrence de classes aisées et qui ont suivi des traitements dans des cliniques de fertilité (Abbey et al., 1992 ; Daniluk et Tench, 2007 ; Greil, 1997 ; Peterson et al., 2006). À présent, vu que l'intérêt est porté sur tous les couples, ce mémoire vise à explorer la réalité de ces femmes infertiles béninoises à partir de leur point de vue.

À cet effet, ce mémoire est structuré en sept chapitres pour exposer les divers axes traités : le premier chapitre aborde naturellement la problématique. Le deuxième chapitre est consacré à la recension des écrits qui ressort les impacts psychosociaux de l'infertilité sur les femmes, les interactions avec l'entourage et les démarches entreprises pour se faire soigner. Les chapitres trois et quatre exposent le cadre théorique et la méthodologie utilisés. In fine, les chapitres cinq, six et sept exposent les résultats de la recherche, la discussion, la conclusion et des recommandations pour des interventions inhérentes aux besoins des femmes infertiles béninoises. Sans oublier de susciter un intérêt scientifique plus approfondi sur ce sujet au Bénin.

Chapitre I : PROBLÉMATIQUE

L'Afrique, à ce jour, est le continent ayant la plus jeune population. Selon les démographes, depuis trois décennies, « 9,2 % de la planète en 1990 à 10,5 % en 2000, 12,1 % en 2010 et 14 % prévus en 2020. Elle représentait 19 % de la croissance absolue de la population mondiale de 1990 à 2000, 25 % entre 2000 et 2010, et atteint 31 % ces 10 dernières années. Actuellement, dans le monde, une naissance sur quatre est africaine contre 1 sur 6 dans les années 1990 » (Tabutin et Schoumaker, 2020, p. 179). C'est un atout non négligeable face à l'inquiétude du vieillissement de la population mondiale. Dans la société traditionnelle africaine, la famille a une signification importante en ce sens qu'elle est le centre, sinon le noyau de la communauté et le « jalon des pratiques traditionnelles » (Nguimfack et al., 2010, p. 26-27). Étant un pays d'Afrique de l'Ouest, le Bénin fait partie des sociétés qui valorisent la famille. Par le biais de son organisation étatique, il a mis en place des lois et règles pour les familles. Les mariages coutumier, religieux et civil sont considérés au Bénin. Chaque couple se marie en fonction de ses convictions et parfois par des contraintes familiales.

De ce fait, par son article 126 de la Loi fondamentale (1977), l'État encadre le mariage et assiste la famille. Dans ses prérogatives, il crée des conditions propices pour l'épanouissement des enfants tout en assurant la protection des mères et de la famille en général (Midohouan, 1987). Plus tard, le législateur a mis en place le Code des personnes et de la famille pour donner à « chaque époux la pleine capacité juridique » (article 173). Au-delà de ce contexte, les religions qui prédominent comme le christianisme, l'islam et le vaudou accordent unanimement une place essentielle au mariage et à la famille.

À cet égard, le mariage revêt une importance capitale pour les jeunes filles, tout en leur permettant d'accéder à un noble rôle de mère de famille (Lacourse, 2010). Les mariages, fruits du contrôle social, peu importe qu'ils soient par contrainte et par choix,

sont destinés à la formation des couples. Au Bénin, ce sont les clans, c'est-à-dire les membres de la famille, qui orientent les unions. Le mariage renvoie au besoin de reproduction de l'espèce humaine. Il ne se limite pas seulement à la satisfaction de la libido. Sur ce point, les femmes sont instrumentalisées. Leur mariage n'est pas toujours basé sur des sentiments d'amour (Meillassoux, 1975). Les lois issues de la tradition et de la coutume l'emportent sur celles qui découlent d'un désir et d'un sentiment (Valentin, 2008). Selon Tanguy-Domingo (2021), le Bénin est une société patriarcale et pour perpétuer la filiation par le sang au sein de la famille, le couple doit avoir des enfants biologiques. L'auteur ajoute que peu importe l'accointance du Bénin avec les autres peuples et la colonisation, les croyances traditionnelles à ce sujet sont demeurées inchangées.

Le mariage oblige la femme à faire un enfant vivant. En Afrique, surtout dans les zones rurales, la grossesse et l'accouchement donnent à la femme une légitimité au sein de la famille de l'homme (Akarsu et Beji, 2021).

De prime abord, pour Lacourse (2010), la lignée familiale se perpétue à travers le mariage et engendre du même coup la parenté. C'est aussi vu comme une manière de perpétuer la lignée du clan et de pérenniser les pratiques ancestrales (Binet et Gastineau, 2008). La société béninoise s'attend à ce que le couple fonde une famille. Ainsi, une fois mariées, les femmes béninoises cherchent à fonder une famille avec leur partenaire. Les époux devraient avoir des enfants sans se demander si cette décision est le fruit de leur choix ou pas. Si bien qu'il semble justifié d'affirmer que le couple subit une pression sociale. Peu importe si le mariage se fait à l'intérieur ou à l'extérieur du clan, la chose la plus importante est de faire (vite) beaucoup d'enfants. Outre ceci, les hommes acquièrent un statut social considérable parce qu'ils ont beaucoup d'enfants et les femmes qui accouchent de plusieurs enfants renforcent leur considération au sein de la famille de leur époux (Morganti, 2014).

De même, Lacourse (2010) et Diallo (1992) rapportent que la famille se forme avec l'arrivée des enfants. La formation de cette famille est fondée sur le désir de parentalité du couple et le besoin de respecter l'importance de procréer. La famille traditionnelle assure une fonction de procréation et n'existe que s'il y a une présence d'enfants. Pour Ezembe (2000), en Afrique de l'Ouest, par exemple, une famille est composée de personnes qui sont en vie, de celles qui sont mortes et d'enfants qui vont naître plus tard.

Ainsi, une union entre les époux qui ne s'accompagne pas de la venue d'un enfant est vue comme une offense à la nature (Saintôt, 2015 ; Héritier, 2005). Être une femme vivant en concubinage incombe un autre rôle que celle d'épouse, c'est-à-dire être mère d'au moins un enfant. La maternité est considérée comme étant un passage naturel ou normal imputé à toute femme africaine. Il est conséquent de prendre en compte la spécificité de chaque clan, pris dans son pays et de comprendre comment la reconnaissance du statut de la femme passe par sa capacité à donner naissance à des enfants biologiques vivants (Hugon, 2005). Les femmes qui veulent être mères voient ce rôle comme un commandement reçu. Et elles le perçoivent comme si elles étaient contraintes d'agir en fonction de ce que la norme sociale leur impose (Pommier, 2004).

C'est pourquoi, dans la société béninoise, un enfant est synonyme de richesse (ou « vi-vê », en langue Fon) dans les cultures patrilinéaires et patrilocales adja-fon¹. La fertilité est tout aussi importante chez les hommes que chez les femmes. « La reproduction du groupe humain étant la condition même de sa survie, l'exaltation de la fécondité lie la reconnaissance sociale des individus à leur fertilité » (Barou, 2016, p. 48).

Ensuite, une fois mariées, les femmes sont sous la responsabilité symbolique de l'homme. C'est le patriarcat qui dicte leurs conduites. L'homme est au-dessus de la

¹ Cultures du sud-Bénin

femme. C'est lui, le chef de famille. Que le mariage soit voulu ou forcé, les femmes sont logées à la même enseigne en matière de responsabilités. Leurs conditions de vie sont différentes, mais elles partagent des contraintes et appréhensions similaires. Après le mariage, elles coupent symboliquement les liens avec leur famille biologique en ayant pour deuxième famille celle qu'elles forment dorénavant, avec leurs maris et leurs belles-familles. Elles doivent s'atteler à assurer leur intégration auprès de leurs belles-familles. Une des preuves de l'attachement à leurs nouvelles familles reste la naissance d'un enfant vivant.

Force est de constater que toutes les femmes qui ont franchi le pas du mariage ne parviennent pas à tomber enceintes et à accoucher de l'enfant tant attendu. Si l'horloge biologique fait des signaux à la femme qu'il est temps de donner vie à un enfant, le désir n'accompagne pas toujours la réalité du corps. Il est à noter que l'idée, bien qu'elle soit plaisante et associée à l'anatomie des femmes, perdure à l'étape embryonnaire d'un souhait pour certaines.

Nonobstant cette quête de maternité tant voulue par le couple, les désirs ne se concrétisent pas toujours aisément. Les femmes créent alors des conditions pour réaliser le souhait du couple le plus rapidement possible. Elles deviennent actives sexuellement pendant au moins un an pour tomber enceintes. Une fois cette étape franchie, elles doivent toujours prendre soin de leur corps afin que leur grossesse aille à terme pour donner naissance à un enfant vivant. Vu de cette façon, l'objectif est réaliste et simple. Dans la majorité des cas et au vu du rythme des naissances annuelles enregistrées au Bénin, c'est évident.

D'ailleurs, traditionnellement au Bénin, le rôle des femmes est d'assurer la procréation et d'être mères. Ce n'est que par ce statut qu'elles sont considérées dans la

société. Une femme qui ne parvient pas à remplir ce rôle de « méjito ² », c'est-à-dire de génitrice, n'a pas de valeur. En plus de s'affirmer par la maternité qui pérennise la lignée familiale, elle est responsable quasi exclusivement de l'éducation des enfants dès leur plus jeune âge (Midohouan, 1987). Dans cette optique, « la fertilité des femmes apparaît comme un compte à rebours, comme une réserve d'eau qui se vide, ou une horloge qui à un moment donné marquera minuit » (Vialle, 2014, p. 8). Cela reviendrait à dire que les femmes ne sont pas fertiles à vie. Cependant, si la fécondité permet de considérer les atouts biologiques et maternels des femmes, elle est en partie un aspect qui dégrade la dignité d'une autre catégorie de femmes qui ont du mal à concevoir facilement ou non un enfant biologique (Vimard et Guillaume, 1992).

Enfin, Cousineau et Domar (2007) nous apprennent que le taux d'infertilité dans le monde oscille entre 5 % et 30 %. Ils ajoutent que l'infertilité affecte plus les personnes dans les pays du sud où l'accès aux services de fertilité est limité ou parfois inexistant, à cause de certaines maladies infectieuses, des interruptions de grossesse dangereuses et de la pauvreté. En Afrique subsaharienne, 30 % des femmes au moins sont infertiles, et 20 à 50 % au moins des couples en âge de procréer ont de la difficulté à avoir des enfants (Andipatin et Pedro, 2014).

Par conséquent, toutes les femmes mariées légalement ou coutumièrement ne sont pas en mesure d'avoir des enfants biologiques avec leurs époux, et ce, nonobstant les raisons médicales ou anatomiques qui seraient à l'origine de leur infertilité et qui, de surcroît, pourraient être au-delà de leur envie de procréer. Compte tenu des pressions sociales présentées ci-dessus, nous pouvons nous attendre à ce que bon nombre de femmes tentent de pallier leur « handicap social » de ne pas pouvoir enfanter par d'autres moyens.

² Pour désigner la mère en langue Fon au Bénin

Eu égard à tout ce qui a été dit, les femmes confrontées à l'infertilité peuvent avoir tout un parcours tant à travers les alternatives dont elles disposent et les choix qu'elles font. Cousineau et Domar (2007) révèlent que dans leur quête de se défaire de leur infertilité, les femmes font du yoga et suivent des traitements d'acupuncture, boivent des tisanes, afin d'augmenter leurs chances de tomber enceinte. De plus, certaines s'adonnent à la spiritualité et font des prières afin de concevoir tout en misant sur les pensées positives. D'autres choisissent de recourir aux traitements médicaux.

Depuis 1990, en Afrique subsaharienne, les femmes infertiles peuvent se tourner vers la procréation médicalement assistée (Bonnet et Duchesne, 2014). Ce service est offert dans des centres médicaux privés, mais il est dispendieux. Au départ, l'objectif de ces auteurs était de voir comment cette pratique, qui est bien connue dans les pays occidentaux, est acceptée dans les pays en voie de développement. Leurs résultats montrent qu'à Douala (au Cameroun), le choix le plus évident et le plus courant est l'adoption nationale et le confiage qui sont, entre autres, des moyens plus ancrés dans les valeurs traditionnelles.

Parallèlement, les femmes peuvent privilégier d'autres moyens quand elles découvrent que le traitement de leur fertilité ne les amènera pas à devenir mère naturellement. Dans ce cas, la solidarité devient la leur d'espoir pour ces femmes infertiles de devenir mères. En effet, des membres d'une famille proche ou éloignée peuvent confier un enfant à un couple qui a du mal à concevoir. Cette pratique est appelée « confiage » ou « fosterage » (Bonnet et Duchesne, 2014).

Bien qu'en son temps, l'adoption légale n'est pas pratiquée au Bénin, Donadjé (1992) affirme que c'est récurrent de voir un enfant issu d'une famille nucléaire, confié à une autre famille d'accueil sans craindre de voir disparaître le lien de parenté. Il ajoute que le couple qui est sans enfant se contente un tant soit peu de l'enfant confié, puisque cela lui confère le privilège d'avoir une famille nombreuse à son tour. Ce choix se fait sous l'approbation de l'homme.

Au Bénin, l'homme qui a des problèmes d'infertilité a la chance de se voir confier des enfants d'un membre au moins de sa fratrie. Personne ne fait cas de l'infertilité de l'homme. Cependant, la polygamie est l'apanage de moult ethnies au Bénin. Finalement, un homme qui soupçonne son épouse d'infertilité n'hésite pas à prendre une autre épouse pour lui donner des enfants biologiques (Tanguy-Domingo, 2021).

Une définition de ce terme, selon Porcelli (2011, p. 278), englobe les propos de plusieurs auteurs qui trouvent que « c'est un processus de transferts d'enfants, une adoption traditionnelle ou, parfois adoption, tout court, une circulation des enfants, un don d'enfants, et une mobilité enfantine ».

Pour finir, des femmes infertiles se tournent vers l'adoption légale (Bonnet, 2014), même si la pratique est peu courante au Bénin. Nonobstant les choix présentés ci-haut, les femmes infertiles peuvent connaître de l'isolement social, le divorce et le rejet par leur époux et leur entourage. Ceci de leur vivant jusqu'à leurs dépouilles mortelles. Donadjé (1992) confie qu'au Bénin, un homme qui est marié avec une femme infertile la répudie une fois qu'il se rend compte de son état ou prend une autre femme pour avoir des enfants.

Puisque les clans, la tradition, la religion, les coutumes, les institutions étatiques prônent l'importance de l'enfant et de la famille, alors : que vivent les femmes qui ne sont pas en mesure de répondre à cette norme sociale imposée au Bénin ? Il est question de s'intéresser ici aux femmes qui ont de la difficulté à procréer et celles qui l'ont vécue aussi par le passé. Simplement parce que dans certaines cultures, c'est par la maternité que les femmes parviennent à s'affirmer et à améliorer leur statut au sein de leur famille et de leur communauté. Et l'incapacité d'avoir des enfants est une pression plus grandement vécue par les femmes que par les hommes. Aussi la plupart du temps dans les couples, l'incapacité de faire des enfants est une problématique attribuée aux femmes (Cousineau et Domar, 2007).

I.1 Bref portrait sur le Bénin

Comme cette recherche se déroule au Bénin, il est de bon aloi de faire un bref portrait géographique et sociopolitique du pays. Il est situé en Afrique de l'Ouest. À l'instar de tous les pays colonisés et indépendants, le Bénin a fait peau neuve en adoptant un système politique démocratique. Bien qu'il ait des traces des vestiges de son passé colonial, les valeurs traditionnelles et les coutumes sont inextirpables dans le paysage culturel (Tanguy-Domingo, 2021). Dans sa quête d'émergence, il a découpé dans un processus de décentralisation son espace géographique en 12 départements. Dans le cadre de cette recherche, deux départements constituent le centre d'intérêt. Le Couffo est le sixième département et le Mono le neuvième. La surface du Bénin est de 114 763 km². Les femmes constituent 51,2 % de sa population. Ses pays limitrophes sont le Niger, le Nigeria, le Togo et Burkina-Faso (Dramé, 2018). Sa population est de 12 712 903 habitants³. Les religions pratiquées sont : le christianisme (53 %), l'islam (23,9 %), religion populaire (18,1 %), agnosticisme et athéisme (5 %).

³ (<https://worldpopulationreview.com/countries/benin-population>) Consulté le 21 avril 2022, à 12h 10 mn

CHAPITRE II : L'ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'EXPÉRIENCE DES FEMMES INFERTILES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Vu le manque d'écrits sur le sujet au Bénin, des écrits scientifiques d'autres pays de l'Afrique subsaharienne et ailleurs dans le monde ont été nécessaires pour comprendre les aspects du sujet qui ont été traités par d'autres chercheurs. Dans ce chapitre, les études réalisées et le but des recherches y sont expliqués brièvement.

II.1. Comprendre l'infertilité

De façon succincte, une définition sommaire retenue dans plusieurs écrits scientifiques s'avère pertinente pour mieux comprendre l'infertilité.

Plusieurs auteurs (Ceballo et al., 2015 ; Chateauneuf, 2011 ; la Société Américaine pour La Médecine Reproductrice, 2008) définissent l'infertilité comme un problème de conception tout en étant active sexuellement avec le même partenaire une année durant, sans se protéger. L'infertilité est bien connue dans les sociétés depuis l'antiquité gréco-latine (Barou, 2016). Elle est présentée dans la mythologie grecque comme une maladie qui touche exclusivement les femmes (Cailleau, 2006). « Une femme sans enfant paraît frappée du sceau du malheur, de la faute morale, voire de la monstruosité » (Gaille, 2011, p. 35).

Toutefois, pour mieux préciser la problématique de l'infertilité, il serait important de mentionner qu'auparavant, c'était le mot stérilité qui était utilisé pour désigner les femmes qui avaient des problèmes à enfanter (Rochon, 1986). Mais avec le temps, une dissociation a été faite en fonction de différentes disciplines dont les chercheurs sont issus.

La nuance est que la stérilité peut être définitive alors que l'infertilité prend en compte des problèmes pour engendrer un enfant dans la période où le couple s'y met (Rochon, 1986).

Selon Bourgeois-Pichat (1965), l'utilisation du mot infertilité requiert la prise en considération des conséquences liées aux aspects « physiologiques et socioculturels » des femmes qui vivent cette problématique. Ce qui fait que, dans le cadre de notre recherche, c'est l'infertilité telle que définie ci-dessus qui nous intéresse et non la stérilité. Par ailleurs, l'infertilité peut ne pas être décelée puisqu'il n'y a pas de signe avant-coureur de maladies ou de détresse (Rochon, 1986).

Généralement, la femme se rend compte de son état qu'au moment où elle est prête pour la maternité. Ultimement, l'infertilité est une réalité sociale qui suscite des soucis et de l'inconfort dans toutes les sociétés, comme l'affirme El Aaddouni (2003). Ce qui change, c'est la manière de la percevoir. À titre d'exemple, « chez les femmes britanniques, c'est une tragédie personnelle tandis que chez les femmes pakistanaises, c'est une tragédie familiale » (Batoool et de Visser, 2016, p. 194).

II.1.a Quelques causes de l'infertilité

Les diverses causes de l'infertilité peuvent varier d'une femme à une autre : le trouble d'ovulation, l'atteinte des trompes, les anomalies utérines, l'endométriose, la glaire cervicale anormale, la baisse de la fertilité due à l'âge, l'anomalie congénitale, le tabagisme, le poids, l'alimentation, le mode de vie, l'alcool et la caféine, le stress, l'environnement et des causes inconnues qui à ce jour ne sont pas toutes documentées (Arnaud et Vérité, 2016 ; Jean et Petit, 2013). Pour Fledderjohann (2017), certaines habitudes sexuelles pratiquées dans plusieurs cultures sont à l'origine des causes de l'infection de l'appareil génital qui peuvent rendre infertile.

II.2 Problèmes psychosociaux des femmes infertiles

Quasiment toutes les revues scientifiques parcourues mettent en évidence la similarité des maux psychologiques et sociaux auxquels les femmes infertiles sont confrontées. La singularité intervient avec l'environnement familial et l'importance des valeurs culturelles. C'est en effet cette particularité qui va être relatée et approfondie dans le chapitre de résultats de ce mémoire.

Peu importe la cause de l'infertilité des femmes, à l'instant où elles réalisent leur difficulté à concevoir un enfant, l'infertilité peut être vécue comme un choc violent parce qu'elle va à l'encontre des valeurs qui font que deux individus se mettent en couple (Bourdet-Loubère et Mazoyer, 2013). Certaines femmes qui ont longtemps nourri le rêve d'avoir un jour un enfant biologique découvrent leur infertilité et remettent en cause leur féminité. L'impossibilité de concevoir les amènerait à se questionner sur leur identité féminine et à se poser la question suivante « comment être femme sans être mère ? » (Cailleau, 2006, p. 91). Sans omettre que leur estime de soi est très écorchée parce qu'elles se sentent inférieures et rabaissées (Peterson et al., 2006).

Dans le but de comprendre la réalité des femmes infertiles, plusieurs auteurs (Abbey et al., 1992 ; Bell, 2013 ; Bonnet, 2014 ; Ceballo et al., 2015 ; Greil, 1997 ; Greil et al., 2011 ; Mariani, 2009 ; McQuillan et al., 2003) ont conduit des recherches sur des femmes d'origines diverses. Ces auteurs sont unanimes que la prise de conscience des femmes à propos de leur infertilité engendre une gamme d'émotions qui va de la colère à l'inquiétude, d'un sentiment de perte à la honte. Elle peut aussi conduire certaines femmes à la dépression. Dans plusieurs pays d'Afrique, les femmes infertiles se voient stigmatisées. Elles ne parviennent pas à enfanter, peu importe si elles sont fécondes ou non, et deviennent la risée de la société. Retranchées dans un autre cadre, certaines se livrent à la mendicité ou à la prostitution et vont jusqu'au suicide. Non seulement les femmes infertiles doivent endurer les médisances à leur égard, mais aussi elles sont poussées à vivre en autarcie. Ces femmes sont hypersensibles et ressentent du chagrin au

point où elles sont choquées de voir des couples, ayant la chance d'être parents, maltraiter leurs enfants. Elles se décrivent comme sensibles et hostiles à la négligence et aux abus vis-à-vis des enfants.

Baram et al. (1988) rapportent qu'au moins 13 % de femmes dans les pays en voie de développement ont des idées suicidaires quand elles ne parviennent pas à enfanter même après les traitements médicaux. Un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 2002 dit sans évoquer de pourcentage que les femmes infertiles préfèrent se suicider plutôt que d'endurer les pressions et jugements sociaux. Mais force est d'admettre que leur espoir pour trouver des solutions semble limité avec un parcours parsemé de dévouements et de troubles de tout genre.

Dans le cadre d'une étude sur l'adaptation psychosociale de couples après une fécondation *in vitro* infructueuse (Baram et al., 1988), un questionnaire a été envoyé par courrier à 86 couples. Un peu plus de la moitié (52 %) des questionnaires ont été retournés. Selon les résultats de ces questionnaires, les femmes sont limitées dans diverses ressources pour la plupart, telles que des moyens financiers suffisants ou l'absence d'une assurance maladie. Elles ont aussi une volonté à tout prix de trouver un traitement pour contrer l'infertilité. Pour Barou (2016), certaines femmes ont choisi de s'affranchir de ce rôle et sont devenues des religieuses. Elles l'ont fait pour ne pas se soumettre à la pression sociale relative à leur statut de femmes dans la société traditionnelle.

Dans cette même logique, pour Cousineau et Domar (2007), l'infertilité donne lieu à des conséquences psychologiques et sociales à cause d'un manque d'empathie de la famille et la sensation de désespoir que les personnes affectées éprouvent. Ces auteurs identifient comme conséquences : l'isolement social, la stigmatisation et la détresse mentale chez les femmes touchées. L'infertilité peut aussi conduire les couples à la séparation et parfois au divorce. Une fois que les femmes ont de la difficulté à concevoir, elles vivent une totale désorganisation dans différentes sphères de leurs vies. « As a result,

couples may experience changes in their social networks, family relationships, and even potential threats to their future together » (Peterson et al., 2006, p. 3).

C'est ainsi que Hollos et al. (2009) constatent qu'au Nigeria, il y a une forme d'exode des femmes infertiles d'une région à une autre pour fuir les railleries de leur entourage. Car cet éloignement leur permet de faire fortune dans le domaine du commerce pour enfin consacrer une grande partie des fonds pour des traitements médicaux, des cures, des massages de l'utérus et des potions à base d'herbes. En outre, selon les mêmes auteurs, d'autres femmes vont dans les églises pour prier parce que les pasteurs leur ont promis la guérison par la prière. Pour finir, faute d'essais infructueux, elles reviennent encore dans leurs communautés aussi démunies qu'au départ.

Naab et al. (2019) ont effectué une recherche qualitative à Zamfara, une région du Nigeria. Le but de cette recherche est d'explorer les expériences psychosociales des femmes souffrant d'infertilité à Zamfara. Douze femmes âgées de 22 à 45 ans ont été rencontrées pour une entrevue semi-dirigée. Le recrutement a été fait dans un hôpital public où ces femmes suivaient un traitement contre l'infertilité. Ces femmes ont des problèmes de santé psychosociaux qui nécessitent l'attention des professionnels de la santé pour améliorer leur bien-être.

Toujours selon ces auteurs, de nombreuses femmes évoquent des pensées envahissantes sur leur condition et de la peur qui s'ensuit à chaque fois qu'elles s'interrogent sur leur réalité. Pour celles qui n'ont pas reçu formellement un diagnostic médical, elles sont sujettes à l'incertitude, à l'anxiété et une perte d'estime de soi qui va jusqu'au dégoût des ébats amoureux. Certaines mentionnent des insomnies parfois chroniques qui les amènent à une amnésie temporaire dans leur quotidien. Sans oublier la tristesse qui les envahit constamment. Les femmes annoncent qu'elles ont du désintérêt à échanger avec l'entourage et ressentent l'incapacité d'échapper à toute cette charge mentale.

Au-delà de tout, Naab et al. (2019) rapportent un sentiment de détresse et des émotions comme l'amertume, la colère, la culpabilité le doute, la honte, les lamentations, les idées suicidaires, le stress et la frustration en lien avec l'infertilité. Les attitudes provocantes et l'irrespect des membres de la famille viennent envenimer ce qu'elles vivent déjà, ce qui les rend davantage malheureuses et pensives. Comme mécanisme de défense, elles explosent de colère vis-à-vis d'elles-mêmes et des autres occasionnellement. Pour finir, Naab et al. (2019) remarquent que dès lors qu'il est question de l'annonce à la famille d'une nouvelle grossesse d'une proche ou d'une naissance, l'entourage les exclut de la célébration de cette nouvelle ; elles sont donc jugées inaptes à s'inviter dans ce type de conversation.

Oforu-Budu et Hanninen (2020) ont mené une recherche qualitative selon une approche phénoménologique auprès de 30 femmes infertiles ghanéennes de deux régions différentes sur leur vécu et comment les aider à passer au travers des difficultés sociales liées à l'infertilité. Le recrutement a été fait par l'intermédiaire des herboristes des régions qui ont déjà au préalable un certain contact avec les femmes. Les chercheurs parlent de l'inconfort mentionné par ces participantes qui souffrent de problèmes de santé mentale et sont constamment animées par des sentiments de désespoir et d'inquiétude.

Selon Ofosu-Budu et Hanninen (2020), l'isolement que les participantes s'imposent par dépit pèse sur elles au point de les rendre plus vulnérables. Elles disent vivre mal le fait d'entendre les enfants des autres communiquer et appeler affectueusement leurs parents. Rien qu'à l'idée d'être témoin de cette interaction, elles ressentent un malaise au point de se considérer comme des célibataires bien qu'elles soient mariées. Les femmes rencontrées vont également remettre en cause le fait d'avoir des emplois rémunérés parce qu'au final, selon elles, les fonds gagnés ne seront pas bénéfiques à des enfants biologiques qu'elles auraient aimé avoir (Ofosu-Budu et Hanninen, 2020).

II.2.a Stress lié à l'infertilité

Akarsu et Beji (2021) ont recruté 12 femmes mariées âgées de 20 à 39 ans formellement diagnostiquées d'infertilité dans une clinique obstétrique en Turquie. Les femmes présentaient des profils variés, en termes de scolarisation et d'emplois. Pour cinq participantes, la raison de l'infertilité demeure inconnue, quatre participantes sont diagnostiquées infertiles et pour les trois autres, ce sont les hommes qui sont la cause de leur difficulté à avoir un enfant. L'expérience d'infertilité des femmes va d'un à 14 ans.

Pour la plupart des femmes rencontrées par Akarsu et Beji (2021), leur infertilité est due au stress. Les contraintes professionnelles des maris de certaines les affectent au point d'augmenter le niveau de stress, ce qui, selon elles, serait la cause de leur infertilité. Les femmes ont du mal à suivre les recommandations liées aux démarches de traitement de l'infertilité en raison des contraintes professionnelles de leur mari. Mais pour les autres, elles voient le fait de ne pas avoir un enfant comme une œuvre divine. Les femmes sont les premières accusées de l'absence d'enfant dans le foyer par leur belle-famille, alors que leur propre famille n'a aucune connaissance de leur situation (infertilité). Elles sont constamment sous la menace de divorce de la part de la belle-famille. Sans oublier les questions douloureuses, encombrantes et implicitement insultantes de l'entourage immédiat.

À plusieurs reprises, ces femmes turques infertiles sont victimes de critiques acerbes qui leur sont adressées sous forme de proverbes ou en railleries à peine voilées. Quelques rares personnes à qui elles font des confidences à propos de leur infertilité et tout ce qui s'y rattache répandent les échanges au sein de la communauté. Cette situation occasionne une crainte et un sentiment de honte qui les empêchent de s'ouvrir à d'éventuels soutiens extérieurs et à se rapprocher des professionnels de la santé qui offrent des soins dans leur localité. Il est vrai qu'au-delà de ce refus d'approcher les autres, les femmes infertiles rapportent que les personnels médicaux de leurs régions ne respectent pas la confidentialité des informations recueillies sur elles à la consultation. Pour se

protéger et avoir une certaine quiétude d'esprit, elles évitent les environnements nocifs qui sont source de commérages (Akarsu et Beji, 2021).

Donkor et al. (2017) ont mené une étude à Accra, une région du Ghana, auprès de 14 femmes infertiles mariées âgées de 27 à 42 ans. Le but de cette étude était d'explorer les expériences psychologiques des femmes atteintes d'infertilité. Douze des femmes vivent de l'infertilité depuis leur mariage, soit depuis deux à cinq ans, alors que les deux autres ont chacune un enfant biologique. Les femmes rencontrées qui subissent d'infertilité confessent qu'à leur retour à la maison après la journée de travail, elles sentent un vide autour d'elles, même en compagnie de leurs conjoints, simplement parce qu'elles n'entendent aucune voix d'enfant dans leur demeure.

Les auteures ont trouvé que les femmes auraient aimé changer des couches d'enfants et se faire câliner par leurs progénitures. Certaines disent que faire une fausse couche leur donnerait une légère satisfaction et l'impression de ne pas être inutiles sur terre. Une source d'anxiété est la peur de vieillir sans enfant et la crainte permanente de perdre leurs maris au profit des femmes plus jeunes. Une source de dépression vient du fait qu'elles ne puissent pas contrôler leurs larmes quand d'autres femmes, qui sont mères, ont des conversations au sujet de leurs enfants à leurs côtés. À force de penser à toutes ces différences qui les opposent aux femmes mères d'enfants biologiques, elles tombent dans un état dépressif qui se solde par une dépréciation de leur corps. Cette comparaison va plus loin, quand elles se retrouvent face à leurs amies d'enfance qui ont déjà eu plusieurs enfants. In fine, les auteures rappellent que les femmes sont confrontées à un dilemme avec leur corps au point de trouver les relations sexuelles comme un calvaire parce qu'elles n'aboutissent pas à une grossesse. Sans oublier le regard de l'entourage et le climat familial qui n'allègent pas les maux et sentiments antagonistes dont elles sont victimes au quotidien (Donkor et al., 2017).

II.2.b La stigmatisation

Dans la plupart des lectures, la notion de stigmatisation revient lorsqu'il s'agit de mettre des mots sur les gestes et les regards de l'entourage dans leur interaction avec les autres.

Pour Naab et al. (2019), les femmes infertiles vivent la stigmatisation de deux façons : la stigmatisation perçue stipule que les femmes prennent des contraceptifs pour éviter et retarder les grossesses. La stigmatisation vécue est l'ensemble des railleries et préjugés des membres de l'entourage et l'idée selon laquelle les femmes préfèrent poursuivre leurs études que de tomber enceinte. Dans les foyers polygames, par exemple, les femmes qui n'ont pas enfanté sont considérées comme une menace pour les enfants de coépouses par la belle-famille. Exprimer des émotions fortes telle que la colère de leur part est vu comme un signe lié au fait qu'elles soient infertiles. Certaines femmes sont renvoyées dans leur famille d'origine parce qu'elles ne sont jamais tombées enceintes depuis leur mariage. Hormis ceci, elles sont accusées de jalousie par les coépouses, à qui elles ont fréquemment rendu des services (Naab et al., 2019).

À ce propos, Dugravier (2011) illustre bien que dans les sociétés traditionnelles, les femmes infertiles subissent les railleries de leur entourage en plus d'être tenues à l'écart de la société. Si bien que « les femmes souffrent du stigmate d'être des femmes inutiles » (Hollo et Larsen, 2008, p. 166). En Tanzanie, dans la langue Swahili par exemple, les gens font usage du sobriquet *mgumba* ou *tasa* pour désigner les femmes qui ont de la difficulté à concevoir. D'ailleurs, une femme qui a déjà accouché d'un enfant au moins n'est pas totalement épargnée par les critiques, elle doit en avoir plus d'un. Une autre particularité de la Tanzanie est que les femmes sont dotées à moitié lors de leur premier accouchement et elle reçoit la seconde partie lors du deuxième accouchement. En revanche, lorsque la femme ne parvient pas à donner au moins un enfant à son mari, sa famille doit se charger de rembourser intégralement la dot. Dans ce cas, le don est utilisé pour faciliter le divorce (Fledderjohann, 2017 ; Hollos et Larsen, 2008). Une femme qui

a déjà accouché d'au moins un enfant mort-né, est perçue comme plus importante que celle qui n'a jamais été enceinte (Hollo et Larsen, 2008).

Au Ghana, Alhassan et al. (2014) soutiennent que les femmes infertiles sont ignorées et vues comme des parias par les membres de leur famille d'origine et surtout de leur belle-famille. Selon Fledderjohann (2017), les femmes ghanéennes qui n'ont pas eu un enfant de leur vivant n'ont pas de cérémonies funèbres. Sinon qu'autrement, les coûts funéraires sont à la charge d'un enfant adopté ou de sa famille d'origine. Qualifiées d'« inutiles » par l'entourage, tout don, peu importe la nature, leur est refusé.

Pour Klitzman (2017), la religion est un terrain fertile à la stigmatisation et à la désorientation. À ce propos, les femmes croyantes se cachent pour aller recevoir des soins appropriés à leur condition par des méthodes de procréations assistées tout en restant discrètes, à l'abri des regards et des opinions de désapprobation des chefs religieux. De surcroît, les familles et amis font pression sur les femmes pour qu'elles ne dérogent pas aux règles religieuses sous peine de dénonciation. Pour l'entourage, vivre sans enfant est un plan de Dieu. Donc se forcer de l'avoir par le biais de la médecine est comme aller à l'encontre des commandements divins. Ces derniers leur préconisent de s'orienter vers l'adoption.

II.3. Dilemme entre la religion et le choix du traitement médical

Selon Klitzman (2017), les femmes hésitent entre leur envie d'aller se faire soigner et le recours aux méthodes alternatives de procréation pour enfin réaliser leur rêve de devenir mère. Les interdictions de certains clergés et rabbins les empêchent de recourir aux méthodes de procréation médicale. Un choix qui accentue la colère et les sentiments réprimés par les femmes en difficulté de porter une grossesse. Bien que certaines religions, comme le judaïsme orthodoxe, se montrent réfractaires à l'assistance médicale à la procréation (AMP) ou la fécondation in vitro (FIV), le catholicisme et les protestants

évangéliques portent un regard moins intrusif face aux choix des traitements suggérés aux femmes (Klitzman, 2017).

Paradoxalement, Klitzman (2017) constate que les femmes infertiles non croyantes trouvent refuge dans la sphère religieuse par dépit, dans l'ultime quête de guérir. L'infertilité est vue comme une des morbidités populaires dont souffrent les femmes africaines. L'auteur ressort l'intensité du désir de procréer et les obstacles rencontrés par ces femmes. Sans omettre cette explication métaphysique trouvée aux problèmes. Pour elles, la rationalité ne convient plus à expliquer leur état de santé. Trouver une explication spirituelle et entrevoir une guérison dans ce sens paraît plus censé. De plus, l'auteur souligne le malaise du personnel médical qui craint l'impact de cette priorité accordée à la religion au détriment de la qualité des traitements et suivis médicaux.

Pourtant, Klitzman (2017) trouve qu'en fin de compte, il existe bel et bien un lien entre le bien-être psychologique des femmes et la religion. Ce « désir d'enfant s'explique en partie par un besoin existentiel de se prolonger, et de continuer à exister après sa mort à travers sa descendance » (Gravillon, 2016, p. 32).

Pour mieux illustrer cette pratique, les hommes ont plus d'intérêt pour un enfant issu de leur sang. D'ailleurs, un enfant qui n'est pas né du couple n'est pas considéré comme un membre de la famille et n'hérite pas du père à son décès en plus de subir une discrimination au sein de la famille. Une femme qui arrive avec un enfant dans le mariage est mieux accueillie qu'un enfant adopté traditionnellement par le couple (Nachinab et al., 2019).

II.4. Alternatives possibles

Face aux difficultés, certaines femmes infertiles explorent d'autres solutions en attendant d'accueillir un enfant. Cela dit, elles se voient confier un ou plusieurs enfants de l'entourage du couple avec l'approbation du mari. Cette pratique, autrefois en vogue, est encore d'actualité partout en Afrique. C'est au couple de faire le choix face aux options qui sont a priori accessibles. C'est soit le confiage, soit l'adoption légale. Déterminées à être mères, elles optent pour la solution de prendre un enfant qui n'est pas issu de leur sang (Bonnet, 2014).

II.4.a. Comprendre le confiage

Le confiage est une pratique ancestrale très prisée au Bénin pour venir en aide aux enfants (Hounyoton, 2009). L'histoire du confiage remonte à l'époque de la royauté au Danxomé⁴. La pratique permet aux hauts dignitaires et certains sujets vertueux d'avoir le privilège d'inculquer aux petits princes les habiletés requises pour diriger et assurer consciencieusement leur futur rôle au sein du royaume. Ces éducateurs choisis à dessein jouissaient d'une notoriété spéciale (Tanguy-Domingo, 2021).

L'accoutumance au confiage est observable encore de nos jours dans les communautés en Afrique (Pilon, 2003). Le confiage est aussi une sorte de don d'enfant organisé et scellé par le respect des engagements pris au sein de la famille élargie dans les sociétés africaines. La famille d'origine ne cherche pas à savoir si la famille d'accueil remplit les conditions requises pour élever un enfant. C'est l'intérêt du don qui prévaut (Menick Mbassa, 2014).

Somme toute, le confiage est un lien qui ne passe pas inaperçu. En d'autres termes, ce transfert d'enfant se fait à la discrétion des familles concernées. Toutefois, la

⁴ Ancien nom du Bénin avant l'indépendance

famille d'accueil est bien consciente que les liens de l'enfant avec sa famille biologique demeurent (Camara et al. 2014). Le confiage en Afrique subsaharienne assure un équilibre démographique au sein des peuples et une preuve de solidarité familiale (Deshusses, 2005). Dans le contexte social africain, une autre sorte de don presque similaire existe également.

II.4.b. Adoption dans le contexte africain

La pauvreté qui pèse sur plusieurs familles compromet l'épanouissement, le bien-être et l'éducation de moult enfants. La délicatesse accordée aux problématiques liées aux enfants a contraint le législateur béninois à instaurer des lois pour encadrer les politiques familiales (Tanguy-Domingo, 2021).

À ce propos, Tanguy-Domingo (2021) insiste sur la présence de la pratique courante de l'adoption en Afrique. Il prend l'exemple des enfants dont les membres de la famille ont la garde immédiate après le décès de leurs parents. Ce transfert est orchestré par la famille. Il se trouve qu'un transfert d'enfant formel devant le tribunal n'est pas en adéquation avec les réalités culturelles du Bénin. Selon Tanguy-Domingo, (2021) force est de reconnaître que l'adoption plénière telle que pratiquée hors du continent africain connaît un essor au Bénin. Cette récente ouverture à l'adoption est bien encadrée par les juridictions compétentes. Un couple marié dont un partenaire âgé d'au moins 35 ans est en proie à des problèmes de fertilité reconnus aura la possibilité, après cinq ans de mariage, de faire la demande auprès de l'autorité publique compétente en la matière au Bénin. L'époux peut adopter les enfants de son épouse (adoption intrafamiliale). Tout citoyen célibataire de 35 ans peut adopter aussi, si et seulement si cet enfant a un écart de 15 ans d'âge avec lui. Selon l'auteur, dans l'un ou l'autre des cas, les procédures doivent être suivies avec les documents exigés (Tanguy-Domingo, 2021).

Dans la culture africaine et surtout chez les Béninois, la présence d'un enfant a une connotation spéciale au sein de la société. D'un point de vue spirituel, il est un retour à la vie des ascendants de chaque lignée. Ce qui le prédestine à un rôle bien identifié parmi les siens (Bonnet, 2014).

D'après les auteurs cités par Tanguy-Domingo (2021), au Bénin, l'enfant n'appartient pas qu'à sa famille nucléaire ; toutes les habiletés par le biais de l'éducation, l'apprentissage à son futur rôle et statut au sein de la société relèvent de toute une communauté. C'est d'ailleurs le même *modus operandi* en Afrique, contrairement aux normes étrangères. Bien évidemment, ce sont les parents biologiques ou des membres de la famille élargie qui décident de son changement de domicile et de son futur tuteur. Toutefois, ces déplacements d'enfants sont organisés pour amoindrir les charges financières de leur famille d'origine, honorer une promesse faite à un proche parent et pour consolider les relations claniques.

Pour les femmes infertiles, l'adoption ne comble pas leur désir d'avoir un enfant biologique. Selon elles, adopter est comme une confirmation de leur infertilité aux yeux de l'entourage et contraire à la « maxime divine selon laquelle avec Dieu tout est possible » (Nachinab et al., 2019, p. 6). L'abandon de l'espoir n'étant pas une option, elles continuent leur quête de multiplier les chances de tomber enceinte. Viens alors l'idée de privilégier éventuellement l'adoption en attendant pour certains couples et pour les autres couples les deux alternatives tels que le recours aux experts de la santé et l'adoption sont mis en avant.

L'adoption traditionnelle ou coutumière telle que pratiquée en Afrique subsaharienne est le fait de devenir le parent d'un enfant sans qu'il existe nécessairement un lien de parenté entre l'enfant et l'adoptant (Sow Sidibe, 1993). Le fosterage impose un devoir aux nouveaux parents qui doivent prendre soin de l'enfant comme s'ils l'avaient conçu eux-mêmes. Ils s'en occupent entièrement et doivent veiller à ce que l'enfant vive mieux dans son nouveau foyer que celui qu'il a quitté (Kamga et Tillard, 2013). Il

n'implique aucune législation. Il relève d'une entente au sein de la famille élargie, contrairement à l'adoption plénière, qui a une valeur légale (Bonnet, 2014).

À l'instar d'autres auteurs, Nachinab et al., (2019) parlent de deux sortes d'adoption au Ghana : l'adoption « formelle » qui passe par une juridiction légale avec une procédure. Tandis que l'adoption coutumière est le fait de confier un enfant à un membre de la famille ou à un proche sans rompre les liens avec sa famille d'origine. Quand les femmes ne parviennent pas à faire un enfant, elles songent à l'adoption, néanmoins, c'est de l'homme et de la belle-famille qu'elles doivent obtenir l'approbation et le consentement. Devenir mère par adoption d'enfant ne leur confère pas de reconnaissance au sein de la famille. Pour la plupart, les hommes ont du mal à donner une suite favorable à leur souhait d'adopter parce qu'ils sont déjà comblés par d'autres compagnes qui leur donnent des enfants biologiques.

Autrement dit, cette pratique a aussi pour but de permettre aux couples qui ont plusieurs enfants, mais avec des moyens limités, d'envoyer un ou plusieurs de leurs enfants vers des membres de la famille élargie qui n'ont pas pu en avoir. Ces enfants changent de foyer et vivent dans leurs nouvelles familles. Par conséquent, cette forme d'adoption consolide le lien entre les familles et les réseaux sociofamiliaux (Bonnet, 2014 ; Pourchez, 2004). Le fait de laisser un enfant à une femme infertile met fin à la souffrance morale de cette dernière temporairement. Elle échappe aux jugements de son entourage parce qu'elle exerce un rôle de mère au sein du couple. Cependant, c'est un soulagement temporaire qui n'efface pas la stigmatisation. Accueillir cet enfant lui permet et permet à son couple, enfin, de répondre aux normes sociales de leur milieu de vie. Ainsi, elle est valorisée au sein de la belle-famille.

Selon Pourchez (2004), c'est une manière de répondre aux pressions sociales de son milieu de vie. Cela bénéficie aussi à l'enfant confié qui peut jouir des droits de la succession auprès de sa nouvelle famille. Alors « plus qu'une affaire de famille, le

confiage est également une affaire entre familles ou entre alliés » (Pourchez, 2004, p. 736).

En Afrique, quand un enfant est confié à une autre famille, cela veut dire que les liens ne sont pas définitivement coupés entre la famille d'origine et le nouveau foyer de l'enfant. D'ailleurs, ce transfert n'est pas fait clandestinement (Delaunay, 2009). Chez les Kotokoli⁵ au Togo et tout comme ailleurs en Afrique, l'adoption comble non seulement l'attente des couples infertiles, mais confère aussi au chef de la famille un surcroît de prestige (Lallemand, 1980).

Rappelons que l'adoption n'est pas un traitement de l'infertilité, mais une modalité d'accès à la parentalité, qui pour être vécue le mieux possible, doit être choisie (Blanchy, 2011). Cette même auteure rappelle que les principaux motifs de l'adoption viennent du fait que les femmes aient pensé et parfois essayé d'autres solutions face à leur infertilité. Il est question des essais médicaux infructueux ; des choix de vie malgré une conception biologique possible ; des refus de passer à l'assistance médicale à la procréation (AMP) conçue comme trop contraignante, dangereuse ou aux résultats trop incertains (Bourdet-Loubère et Mazoyer, 2013, p. 102). Selon Mazuy et Rosée (2009), l'est un privilège que les couples infertiles les plus fortunés peuvent se permettre.

II.4.c Autre approche adaptée aux besoins

Au-delà, du traitement médical offert aux femmes infertiles, les auteurs suggèrent une approche holistique centrée sur les besoins psychosociaux et physiques des patientes (Aiyenigba et al, 2019 ; James et al. 2018 ; Klitzman 2017 ; Naab 2011). D'abord, selon eux, l'infertilité n'a pas d'impact que sur l'appareil génital de la femme, elle affecte son mental, les interactions avec l'entourage et sa vie professionnelle. Ensuite, cette approche

⁵ Ethnie au nord du Togo.

dite holistique est pertinente et adaptée aux attentes des femmes en quête de fertilité. Elle requiert aussi un travail multidisciplinaire qui regroupe les compétences de médecins, gynécologues, psychologues, chefs religieux et tradipraticiens qui faciliteront l'accompagnement des femmes en cas de succès ou d'échec des traitements. De plus, cette pratique préconise une inclusion des valeurs culturelles et personnelles des patientes. Finalement, l'approche holistique permet une communication plus fluide et accessible aux patientes et réduit sensiblement les méfaits de l'automédication liés à l'utilisation des plantes et des médicaments.

Somme toute, cette approche vise à « soigner la personne tout entière en tenant compte de La Trinité. Certaines femmes n'enfantent pas facilement et pas du tout à cause des blocages physiques et inconscients que la médecine classique ignore » (Arnaud et Vérité, 2016, p. 157).

Dans une étude de James et al. (2018) portant sur l'utilisation de la phytothérapie chez les femmes qui cherchent des soins pour soigner l'infertilité à Freetown, en Sierra Leone, il ressort que les femmes déboursent leurs propres fonds pour se procurer des traitements à base de plante chez les tradipraticiens. La plupart du temps, cette pratique maximise leurs chances de tomber enceinte. Néanmoins, l'utilisation des plantes peut causer des intoxications car certains praticiens peuvent aller par tâtonnement dans les traitements par faute de dosage et de connaissances des plantes. Souvent, elles sont conseillées par une proche plus âgée à cause de l'accessibilité et du coût du traitement.

Selon James et al. (2018), en Afrique, la pratique est courante simplement en raison des causes surnaturelles que les femmes imputent à l'infertilité. Ces auteurs démontrent que les tradipraticiens sont vénérés par les femmes parce qu'elles sont impressionnées par le mythe entourant la guérison traditionnelle. Bien qu'elles fréquentent les tradipraticiens, elles n'en parlent à personne à cause des jugements hâtifs et celles qui alternent les soins avec les plantes et ceux de la médecine craignent d'être réprimandées par les médecins. Ces chercheurs révèlent que cette crainte demeure

infondée, parce que le personnel de la santé n'interroge pas sur les mesures parallèles prises pour augmenter les chances de faire un enfant (James et al. 2018).

II.5 Pesanteurs culturelles post-mortem subies par les femmes infertiles

D'après Hollos et al. (2009), au Nigeria, les femmes qui n'ont pas eu au moins un enfant avant leur mort sont enterrées dans les forêts et non aux endroits habituels, afin de ne pas porter préjudice à la fertilité de la terre. Dans la même veine, Cailleau (2006) soutient que les femmes infertiles mêmes au-delà de la vie subiraient l'emprise des coutumes et pour preuve qu'au Burkina-Faso, le corps de ces femmes subit un rituel post-mortem pour que leur esprit animé d'intentions malsaines ne vienne pas perturber les femmes fécondes, surtout quand ces dernières sont enceintes. Au Ghana, à la mort d'une femme infertile, son auriculaire est coupé pour boucher son rectum (Naab, 2011). De façon anecdotique, l'auteure rapporte qu'une autre sorte de châtiment est de répandre du poivre en poudre dans le vagin de la femme qui n'a pas fait un enfant de son vivant. Toutefois, ce sont des pratiques qui ne sont presque cachées de tous au Ghana et en Afrique en général (Naab, 2011). Et pourtant de leur vivant, ces femmes participent à plusieurs rituels pour attirer vers elles la bénédiction de la maternité et pour conjurer le mauvais esprit qui les a privées de faire un enfant. Quitte à se déposséder de tout ce qu'elles ont comme biens matériels (Mariani, 2009).

II. 6 Ce qu'il faut retenir de la pertinence scientifique et sociale de cette recherche

À la lumière de l'état des connaissances scientifiques sur la problématique de l'infertilité en Afrique, il faut impérativement se pencher spécifiquement sur le cas du Bénin. Attendu que le Bénin est une société traditionnelle malgré la modernisation qui se fait sentir surtout dans les villes, les valeurs culturelles occupent encore une place très importante au sein de la société. Il faut souligner les pertinences sociale et scientifique de cette recherche sur les femmes infertiles (cas du Couffo et du Mono).

II.6.a Apport de cette recherche

Effectuer une recherche empirique sur le sujet aide à mieux cerner le vécu des femmes mariées infertiles en plus de leur donner une voix pour mieux faire connaître leur réalité. Un réseau de soutien, formel et informel, peut naître entre elles et pour elles. D'une part, cette étude sur l'infertilité fait prendre conscience à tous qu'au-delà des pratiques courantes et des préjugés, certaines femmes vivent des réalités pénibles qui méritent un auditoire. D'autre part, cette recherche permet d'identifier les besoins des femmes en termes d'aides et d'accompagnement adaptés aux besoins de chacune. Les institutions étatiques et les organisations non gouvernementales (ONG), par exemple, pourront cibler les ressources et orienter les femmes vers les centres proches de leur localité. Différentes thérapies et traitements à la portée des bourses sont envisageables. Une démythification des nouvelles techniques de procréation émergerait pour soulager les couples.

Quand bien même les services sociaux ne sont pas si développés pour le moment au Bénin, cette recherche offre une source d'information pour s'intéresser davantage à la cause des femmes infertiles. D'ailleurs, cette démarche doit être interprétée comme une aide pour soulager les femmes qui sont constamment en proie aux préjugés qui affectent leur santé mentale. Dédramatiser l'infertilité avec la création de groupes de soutien et une agora qui permettent aux femmes de s'exprimer librement et sans jugements. Surtout dans un contexte social, où l'accent est plus mis sur l'importance du « planning familial ».

Les auteurs consultés dans la revue de littérature scientifique ont recruté les participantes dans les hôpitaux publics, par l'entremise des cliniques de fertilité et par le biais des herboristes. Or, les femmes interviewées lors de cette recherche dans les départements du Mono et du Couffo ont été recrutées individuellement. C'est aussi une étude qui ne cible que deux départements du Bénin. Dans la revue de littérature, la stigmatisation est souvent récurrente dans les résultats de certaines études. De plus, les réels besoins en termes d'accompagnement des femmes ne sont pas évoqués. Il est toujours question dans les études et les articles scientifiques de leurs expériences sans faire

ressortir comment les femmes n'arrivent pas à dire le rôle des conjoints. En conclusion, la recension des écrits parle de l'infertilité en évoquant les ressources disponibles pour se faire traiter ou sinon surseoir à la maternité.

C'est une quête pour fournir des pistes de réflexions et d'interventions sociales aux divers acteurs de la santé et au ministère de la famille, de manière à fournir des services individuels et appropriés aux femmes infertiles. Prendre en compte la singularité de leurs expériences afin de trouver des solutions adaptées, surtout à ces femmes qui vivent hors des grandes villes du pays. Cette recherche permet aussi de voir les démarches effectuées par les femmes infertiles elles-mêmes à petites échelles.

La pertinence scientifique de cette recherche exploratoire sur les femmes infertiles dans le Couffo et le Mono ne peut être représentative de toute la réalité des femmes mariées infertiles du Bénin. Mais elle contribue à s'intéresser à cette problématique dans l'ensemble du pays. En revanche, c'est un début d'intérêt à certains aspects qui touchent l'intimité de la femme au sein du couple dans une société ancrée dans la tradition. Éveiller les consciences sur les droits des femmes à prendre certaines décisions par elles-mêmes.

C'est déjà un appel à la communauté scientifique béninoise de pousser plus loin les réflexions en s'intéressant à cette problématique dans plusieurs autres régions du Bénin, et de prioriser un recrutement sur une base individuelle. Le Bénin regorge de multiples ethnies dont les pratiques culturelles varient d'un endroit à un autre peu importe les départements. Au-delà de cela, même si le statut de la femme sur le plan juridique est unique, il demeure réel que l'applicabilité des lois au sein des couples dans certaines régions n'est pas à l'image des prescriptions du législateur.

II.7 Question de recherche

La question qui est à l'origine de la présente recherche est la suivante :

Quelle est l'expérience des femmes béninoises infertiles des départements du Mono et du Couffo ? Quels sont les mécanismes mis en place pour vivre avec l'infertilité dans un contexte culturel axé sur l'importance de fonder une famille ?

CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE

Notre préoccupation majeure est d'explorer l'expérience des femmes infertiles du Couffo et du Mono en tenant compte de leurs réalités culturelles et sociales.

L'intersectionnalité intervient pour identifier et déconstruire tous les sévices de l'hégémonie masculine sur les femmes. Elle permet de toucher les structures de la société qui facilitent et confinent des personnes en fonction de leur attribut biologique, de leur couleur de peau et leur classe sociale (Crenshaw, 1991, cité dans Hagège et Condon, 2020).

Cependant, il faut saisir l'intersectionnalité dans la logique « d'une expérience située et spécifique aux groupes minoritaires et à leurs divers contextes de production » (Hagège et Condon, 2020, p. 191). Le concept d'intersectionnalité est inconditionnellement utile pour explorer, exposer et tenir compte des diverses formes d'oppression subies par certains individus au sein de la société (Hagège et Condon, 2020).

Le Collectif des femmes au Cameroun reconnaît que la compréhension du féminisme en Afrique s'articulait autour des revendications concernant la polygynie et l'excision. Or, il trouvait que les femmes étaient victimes d'une multitude de systèmes qui les rendait vulnérables et les contraignait à une subalternité vis-à-vis des hommes (Eteki-Otabela, 1992).

Donadjé (1992) insiste qu'en Afrique subsaharienne, les hommes occupent une place plus prisée que les femmes dans la cellule familiale. Ce constat est avéré en ce qui a trait à la procréation. Sanoussi (1984, cité dans Donadjé, 1992) rapporte qu'un homme qui n'a pas accueilli un enfant depuis son mariage préfère se séparer de sa femme. Sinon, il convole à une deuxième noce avec une autre femme.

Conséquemment, il nous apparaît que le concept d'intersectionnalité est le plus indiqué pour faire office de cadre théorique à la présente recherche. Cette approche permet

d'attirer l'attention sur la singularité des femmes, donc elle s'aligne bien sur notre question de recherche. Il s'agit d'une perspective qui se veut le dépassement de la question du genre et de la condition féminine universelle (Maillé, 2014).

L'intersectionnalité permet de concevoir la vie des femmes et des hommes sur le plan social et de saisir les rapports sociaux, culturels, politiques et économiques qui en ressortent (Stasiulis, 1999). « La famille reconduit les valeurs dominantes de la société et de sa classe sociale ; c'est ce que l'on appelle la reproduction sociale » (Lacourse 2010, p. 127). Toute cette attention élogieuse vouée à la fertilité dans les sociétés africaines a pour but non seulement de pérenniser l'espèce humaine mais aussi d'en tirer une notoriété sociale. Force est d'admettre que les bénéficiaires de ce prestige sont les hommes dans quasiment toutes les sociétés.

La binarité des sexes à la naissance conduit à intégrer une notion de genre (Lacourse, 2010). C'est par le prisme de cette norme construite par la société que les hommes et les femmes développent, assimilent et endossent des responsabilités conçues de toutes pièces pour eux. Donc un homme sait déjà dès son jeune âge l'autorité qu'il incarne et comme il doit agir différemment de l'autre sexe. Même processus pour la femme qui comprend à travers son éducation l'exigence culturelle implicite et les habiletés à acquérir pour convenir au rôle auquel elle est prédestinée.

Toutefois, il faut comprendre que les femmes et les hommes sont reliés et interdépendants entre eux à travers une multitude d'« axes d'organisation sociale significatifs » (Stasiulis, 1999, p. 71).

Allant dans le même sens que Crenshaw (1991, cité dans Hagège et Condon, 2020), Bilge (2009) décrit l'intersectionnalité comme une théorie émanant de plusieurs disciplines qui proposent de démêler toutes les questions liées aux identités et inégalités dans une société par une « approche intégrée ». La notion d'intersectionnalité n'adhère pas à l'idée de classer dans un ordre hiérarchique les principaux axes suivants : le sexe,

le genre, la classe, la race, l'ethnicité, l'âge, le handicap et l'orientation sexuelle (Bilge, 2009). Toutefois, l'approche s'est basée sur ces différents concepts présents dans d'autres théories pour fournir « une nouvelle complexité à la compréhension des hiérarchies et des rapports de domination » (Maillé, 2014, p. 43).

En réalité, les travaux de recherche sur l'intersectionnalité ont servi de tremplin pour ressortir moult problématiques liées aux femmes qui sont « dites de couleur » dans leur quotidien. De plus, il faut souligner que le mouvement féministe et les mouvements antiracistes ont longtemps négligé de nombreuses problématiques touchant la vie sociale de ces femmes. De nos jours, les travaux de recherches universitaires dans diverses disciplines permettent d'élaborer un cadre d'analyse intersectionnel qui pourrait influencer positivement les mesures mises sur pied pour lutter contre les oppressions de tout genre et les politiques élaborées pour instaurer la justice sociale dans toutes les sociétés (Bilge, 2009).

L'intersectionnalité favorise la compréhension de l'interaction entre la question du genre, de la race, de l'ethnicité et de la classe (Harper, 2012). Il s'agit de montrer comment les répercussions de la question du genre sur la vie des femmes passent, par exemple, par la violence et les inégalités sociales.

L'approche féministe intersectionnelle, entre autres, permet d'évoquer et d'attirer l'attention sur plusieurs aspects des problématiques en lien avec les femmes délaissées et mises de côté dans les démarches féministes occidentales, telles que les femmes noires (Hooks, 1984 ; Davis, 2008 dans Harper, 2012). C'est-à-dire que, selon Crenshaw (2005 cité dans Harper, 2012), l'intersection entre la race et le genre fait en sorte que les femmes noires ne vivent pas l'expérience d'une situation de la même manière que les femmes blanches qui vivent cette même situation.

Oxman-Martinez et al. (2002) trouvent que le concept l'intersectionnalité comme cadre d'analyse ouvre une voie à d'autres questionnements qui n'ont pas été élucidés

jusqu'à présent. Cette théorie amène les chercheurs à se rendre compte qu'en réalité, les femmes qui vivent de l'exclusion en fonction des difficultés qu'elles affrontent dans leur quotidien ne sont pas toutes pareilles.

De manière plus explicite, il faut comprendre qu'il est erroné de penser que toutes les femmes vivent les mêmes choses et qu'il faut réfléchir à des solutions adaptées en fonction du vécu de chaque femme infertile. De même, Crenshaw (2005 dans Harper, 2012) observe que les femmes noires ne sont pas en mesure de dénoncer les violences auxquelles elles sont confrontées, en raison d'enjeux comme : leurs relations avec les institutions étatiques et les faibles revenus dont elles disposent.

À ce propos, il faut noter qu'il existe plusieurs formes d'intersectionnalité, mais dans le cadre de notre recherche, deux nous semblent pertinentes : l'intersectionnalité structurelle et l'intersectionnalité socio-constructionniste. L'intersectionnalité structurelle s'applique aux difficultés vécues par les femmes qui, en proie aux inégalités, s'isolent et, faute de moyens parfois, ne parviennent pas à utiliser certaines ressources disponibles (Harper, 2012).

Crenshaw (2005, cité dans Harper, 2012) ajoute au sujet de la violence conjugale, que les femmes noires ne parviennent clairement ni à exprimer leurs préoccupations, ni à affirmer leur identité raciale. Pour la simple raison que des mouvements féministes et antiracistes qui se font porteurs de leur voix élaborent des plans d'interventions qui sont souvent à l'encontre de ceux déjà préétablis par les institutions en place.

Pour exemplifier la contradiction, la même auteure observe dans une ville américaine que le fait de sortir des statistiques sur le nombre de femmes noires victimes de violence conjugale est interprété autrement par les militantes féministes et celles des communautés touchées. Selon les deux groupes de militants concernés, cela augmenterait non seulement la stigmatisation vécue par les femmes noires. Puisque la plupart des services offerts répondent aux besoins de la majorité hégémonique.

D'un autre point de vue, Crenshaw (2005, cité dans Harper, 2012) nous apprend, à travers cet exemple, qu'à force de lutter pour les causes des femmes noires marginalisées, le militantisme féministe et antiraciste pourrait ignorer et minimiser un enjeu de stratégie politique très important de leur problématique. C'est-à-dire qu'il mettrait de côté l'importance de la hiérarchisation des questions liées à la race et le genre dont sont victimes les femmes noires.

Quand bien même les femmes béninoises sont noires aussi, le contexte culturel joue un grand rôle dans ce qu'elles vivent et les choix qu'elles font. Les valeurs culturelles reliées au respect de la tradition, des us et des coutumes du Bénin sont en lien avec leur vie sociale et matrimoniale. La femme béninoise évolue dans un environnement social qui a élu l'homme comme un chef de famille. Donc, elle vit dans une société patriarcale. Au Bénin, les coutumes sont encore d'actualité dans le Code des personnes et de la famille (Honvou, 2016). Selon la même auteure, la femme était autrefois prise pour le sexe faible qu'importe le critère d'âge. C'est donc avec l'imbrication de la démocratie que le droit a intégré ce principe même d'égalité lorsqu'il est question de la famille. Cependant, les objectifs fixés n'ont pas été atteints dans le Code des personnes et de la famille qui favorise encore des inégalités entre les époux (Honvou, 2016).

D'ailleurs, de la sphère sociale à la sphère familiale, c'est l'homme qui prend les grandes décisions. Car la femme béninoise a une place qui lui est assignée de toutes pièces. Ce rôle dans lequel est confinée la femme la place dans une posture de vulnérabilité sous plusieurs angles.

Les privilèges des hommes et le validisme auxquels la femme est exposée l'oblige à poser des gestes pour plaire à son époux, c'est-à-dire que la femme béninoise doit fournir des efforts constamment pour maintenir sa place dans la société, en respectant le chef de famille à qui il faut rendre des comptes. Au Bénin, l'aisance des garçons avec la sexualité n'écœure pas grand monde au sein de la société. Or, celle des filles est très scrutée et contrôlée. Les filles se doivent d'avoir des comportements exemplaires et s'abstenir de

manquer aux exigences des parents (Badou et al., 2021). Tout comme il est clair que la société est dominée par les hommes, les filles sont conditionnées à se plier à des règles tenaces au sein de cette communauté.

Au Rwanda, par exemple, la femme qui attend un enfant doit faire une toilette à son ventre avec de l'eau chaude remplie d'objets pour sa protection et celle de l'enfant à naître. Elle est tenue d'avoir une hygiène alimentaire bien adaptée à sa condition. Tout un rituel pour garder une belle forme après l'accouchement et pour plaire à son époux (Musabymana, 2016).

Les diverses oppressions subies par les femmes béninoises pourraient être identiques à celles des femmes noires occidentales. Il faut souligner que les conduites et les mécanismes développés par les femmes béninoises pour faire face aux diverses problématiques relèvent de la pesanteur culturelle et des réalités socioéconomiques de leur milieu de vie. Somme toute, il y a certainement des oppressions identiques, mais aussi des oppressions différentes, du fait de cultures différentes entre l'Occident et le Bénin et du fait qu'au Bénin, les femmes noires font partie de la majorité (contrairement aux femmes noires occidentales qui font partie d'une minorité). Donc, les oppressions vécues par ces femmes sont d'un tout autre ordre que celles associées à leur race ; elles sont plutôt liées au genre, mais également au fait de vivre de l'infertilité. Les femmes béninoises ne sont pas toutes instruites et ne connaissent pas leurs droits. Culturellement, ce sont plus les devoirs qu'elles assimilent dès leur jeune âge. Le tabou est tellement entretenu qu'elles se discriminent en premier face à l'infertilité pour sauver l'honneur des époux. Elles n'ont pas accès à un suivi psychologique professionnel faute de moyens et d'informations. Les femmes béninoises infertiles, dans la plupart des cas, sont tenues de se procurer des soins et à la demande de la permission des maris. Les conjoints se réservent le droit d'aller faire les examens seulement s'ils jugent cela nécessaire. Elles subissent des violences morales et physiques pourtant punies par la loi sans dénoncer leurs bourreaux. La maternité leur est inculquée comme une obligation à satisfaire pour valoriser les conjoints et immortaliser la lignée familiale.

Knudsen (2006) ressort que l'intersectionnalité socio-constructionniste se préoccupe du mécanisme par lequel certains groupes d'individus opprimés vivent des difficultés sociales qui nécessitent une intervention. Cette auteure propose de ce fait, dans une situation de violence conjugale visant des femmes immigrantes par exemple, qu'il faudrait s'interroger sur certains détails clés à savoir : premièrement, ce qui peut conduire ces femmes spécifiquement à s'exposer sans se défendre à ce genre de situation. Ensuite, le rôle et le pouvoir des interventions mises en place en matière de politiques sociales au sujet de cette problématique pour ce groupe de femmes.

Après, comprendre la source de cette violence sans oublier de chercher à savoir comment les femmes immigrantes conscientes de la particularité de leur identité parviennent à communiquer par exemple avec des intervenants, des avocats ou des employeurs. À la toute fin, s'interroger sur l'impact de la collaboration lors des divers échanges. Toujours pour Knudsen (2006), cette approche socio-constructionniste est la mieux adaptée pour avoir un éventail d'outils afin de mieux comprendre comment les inégalités sociales agissent et compliquent le vécu de bon nombre de femmes.

Corbeil et Marchand (2006) soutiennent que l'approche intersectionnelle est la mieux adaptée pour accompagner et intervenir auprès des femmes vulnérables faisant partie d'une minorité visible. Cette approche priorise les problématiques liées aux systèmes de dominations des uns sur les autres et repère les domaines qui favorisent une telle apathie.

Les auteures voient l'intersectionnalité comme un modèle capable de faire émerger toutes les situations et aspects qui occasionnent moult oppressions aux femmes. Ce modèle tient compte de la singularité des situations vécues dans la vie sociale et matrimoniale par les femmes et des avantages conçus socialement par les institutions et les construits sociaux par le truchement des hommes.

En revanche, selon Corbeil et Marchand (2006), cette même approche ne fait pas seulement un inventaire des sources d'oppressions. Elle sert aussi à comprendre que les conséquences subies par les opprimées sont immuables et conditionnent la personne à se définir au travers du prisme de cette réalité.

Finalement, pour Corbeil et Marchand (2006), l'approche intersectionnelle contribue essentiellement à ce que tous les systèmes qui asservissent des individus soient pris en compte. Tout en intégrant l'histoire de chaque personne de même que l'ensemble des désagréments subis pour trouver des solutions collectives adaptées à tout le groupe.

L'intersectionnalité socio-constructionniste conduit de ce fait à cerner et à décortiquer les rapports sociaux entre les personnes dans la société et en même temps leur capacité et leur pouvoir d'agir (Harper, 2012). En effet, l'approche socio-constructionniste fait valoir que les groupes d'individus en proie à une problématique donnée ne sont pas toujours impassibles face aux situations qu'ils vivent. Il faut donc retenir que ces groupes d'individus « n'acceptent pas nécessairement les identités qui leur sont imposées et qu'ils sont inconfortables face au contexte de domination dans lequel ils évoluent » (Harper, 2012, p. 10). Cette approche de l'intersectionnalité socio-constructionniste voit les personnes concernées comme des artisans qui construisent leur propre identité malgré les soubresauts de leur vie quotidienne et les mécanismes de résilience mis en place pour affronter toutes formes d'abus dont elles sont victimes (Prins, 2006).

De plus, l'approche socio-constructionniste se résume au fait que d'une part, les personnes vivant dans une société ne sont pas uniquement assujetties par l'idée selon laquelle elles sont des victimes des institutions, des systèmes, des organisations dans la société. D'autre part, l'approche insiste sur le fait que ces individus subissent toutes formes d'oppressions tant de la part de leurs familles que de leur communauté. En un mot, cette oppression survient aussi lorsque les femmes communiquent et interagissent avec leur entourage au quotidien (Harper, 2012).

Dans un contexte plus large, pour plusieurs auteures (Crenshaw, 1989 ; Collins, 2000 ; Brah et Phoenix, 2004), l'intersectionnalité ne se limite pas à la conception qu'il existe moult systèmes d'assujettissement et de domination qui découlent des principaux axes identitaires (le sexe, le genre, la classe, la race, l'ethnicité, l'âge, le handicap et l'orientation sexuelle). Elles ajoutent que la production et la reproduction des inégalités sociales proviennent de la réaction réciproque qui relie les différents axes.

Certains auteurs (Henderson et Tickamyer, 2009 ; Weber, 2001), quant à eux, pensent que l'intersectionnalité doit servir comme cadre d'analyse si, et seulement si, elle traite des questions macrosociologiques et microsociologiques. Pour la simple raison que l'intersectionnalité vise ces deux paramètres. À cet effet, l'aspect microsocial amène une compréhension de toutes les formes d'inégalités et d'oppression dont chaque individu est victime au cours de sa vie tant vis-à-vis des institutions que par des interactions avec le reste de la communauté. L'aspect macrosocial questionne comment les pouvoirs en place et les façons d'agir sont des sources perpétuelles des oppressions et des inégalités sociales dont sont victimes de nombreux individus.

Therborn (2000) considère que la vision sociologique actuelle a conduit à accepter des explications variées sur l'inégalité sociale qui auparavant ont contraint l'approche intersectionnelle à s'attarder uniquement sur des questions de classe, de multiples oppressions et d'inégalité complexe.

Dans le cadre du présent mémoire, l'approche féministe intersectionnelle nous a permis de bien cerner les vécus des femmes infertiles béninoises à partir de leur discours et de leurs perceptions concernant la construction de leur identité de femme, d'épouse et de mère tout en mettant l'accent sur les aspects culturels et sociaux propres à leur société.

Cela dit, cette approche nous permet, dans un premier temps, de comprendre les axes d'oppression que subissent les femmes béninoises infertiles. Les femmes béninoises infertiles vivent malgré tout dans un foyer où l'homme a la liberté de prendre une autre

épouse après un retard de maternité. Elle est soit rejetée ou reléguée au rôle d'épouse assistante afin de seconder la coépouse dans les tâches. De plus, la femme est portée à garder une sérénité face à son conjoint et préserver son mariage à coups de mutisme. D'ailleurs même si la femme en difficulté de concevoir dispose des moyens financiers pour suivre ses traitements, il lui faut l'assentiment de son époux. Les décisions de ce dernier sont souveraines. C'est aussi à la femme béninoise de négocier avec son conjoint afin de l'inviter à faire des examens médicaux pour situer lequel des partenaires a des problèmes de conception. Sinon que le mari tient pour acquis sa virilité comme un signe de fertilité et blâme d'office la femme.

Pour finir, il s'agit des interactions des femmes infertiles béninoises au contact de toutes les structures de dominations qui passent par la socialisation, la tradition, les institutions étatiques et la pesanteur culturelle.

De plus, il faut, dans cette optique, ressortir les normes culturelles établies exclusivement pour les femmes béninoises. Sans oublier d'explorer une éventuelle association entre les choix de vie des femmes et la façon dont elles ont été socialisées.

Cette approche nous permet de comprendre la spécificité de la femme infertile béninoise. Comment vit-elle la problématique dans son quotidien ? C'est aussi dans cette optique qu'il faut comprendre comment ces femmes cohabitent avec les autres femmes qui sont mères. La manière dont les femmes infertiles qui éduquent des enfants adoptés traditionnellement sont perçues et reconnues comme exerçant le même rôle que celles qui ont eu des enfants biologiques. Tout en y ressortant les similarités et les divergences d'opinions à ce sujet compte tenu du poids de la tradition qui insiste sur la nécessité de la filiation par le sang.

Il importe d'explorer d'éventuelles divergences dans les comportements des femmes infertiles dans les campagnes versus ceux de celles qui habitent en ville. Sans oublier de chercher à comprendre si au Bénin, le code de la famille ou des textes de loi

protègent l'intégrité physique et morale des épouses infertiles. Il est bien évident que ce n'est pas tout le monde qui pourrait être sujet à l'infertilité, à un moment ou un autre de sa vie. Mais le fait de s'intéresser et de comprendre la singularité du vécu de chaque femme est pris en compte.

Dans un second temps, il est de bon aloi de faire ressortir comment les femmes infertiles sont conscientes ou non des attentes que leurs époux, leurs familles et leur entourage entretiennent par rapport à elles, au prisme des normes et coutumes qui sont valorisées dans la société. Sans toutefois omettre de faire savoir comment elles agissent pour se conformer aux coutumes et aux normes.

CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE

Cette section vise à présenter les points essentiels de la méthodologie à savoir : la stratégie générale de recherche, la stratégie d'échantillonnage et le recrutement, la description de l'échantillon, la procédure de collecte de données, les outils de collecte de données, la stratégie d'analyse et les considérations éthiques.

IV.1 Stratégie générale de recherche

La présente recherche est de type ethnographique qualitative exploratoire (Roy, 2009). Elle a permis de recueillir des données à partir d'observations sur le terrain et d'entrevues individuelles semi-dirigées. Au cours de cette recherche, nous avons fait une analyse pour rendre compte de la culture ou de la sous-culture de la population à l'étude.

En recherche ethnographique, le chercheur s'ouvre sur des conditions non contrôlées, presque sauvages. Il invite même l'interférence, les contradictions ; en anthropologie les informateurs pourront se contredire. Le chercheur observe, sympathise, écoute le déroulement embroussaillé du terrain ; il accepte au départ toutes les causes qui peuvent servir à peindre le tableau pour voir les nuances que prendra tel ou tel questionnement dans une mosaïque de couleurs. La condition essentielle est de ne pas forcer les choses. Le chercheur doit se connaître et savoir que c'est lui avec sa grille qui va donner une vie nouvelle aux événements en façonnant seul ou avec les gens ou une interprétation de la réalité du terrain (Morin, 1985, p. 42).

La méthode du récit de vie partiel a été retenue dans la présente étude, afin de permettre à la population à l'étude de définir elle-même sa situation dans son cadre de vie. Ceci a permis d'écouter les femmes depuis la socialisation dès l'enfance jusqu'au mariage, en plus de leurs réalités en tant qu'épouses rencontrant des difficultés de procréation, leurs vulnérabilités et leurs conditions de vie. S'intéresser à la spécificité de la vie des femmes infertiles au sein de leur communauté permet d'interagir directement avec elles. Cette posture demeure un atout majeur pour comprendre, analyser leurs démarches médicale et psychologique ainsi que leurs interactions sociales dans ce contexte culturel structuré autour des us et coutumes de la dynamique familiale. Le récit force à tenir compte des

propos de chacune tout en leur donnant une importance majeure. À travers leurs narrations, les formes d'oppressions nommées et celles normalisées sont ressorties. Sans oublier l'ensemble des dominations culturelles et des rapports sociaux qui les a fragilisées dans leur quotidien (Harper, 2012).

IV.2 Stratégie d'échantillonnage

La définition de l'infertilité, telle que présentée dans le chapitre deux sur la recension des écrits a été revue pour faciliter le recrutement. Rappelons que plusieurs auteurs (Ceballo et al., 2015 ; Chateaneuf, 2011 ; la Société Américaine pour La Médecine Reproductrice, 2008) définissent l'infertilité comme un problème de conception tout en étant active sexuellement avec le même partenaire une année durant, sans se protéger. Sur le terrain, nous avons rapidement constaté que les femmes approchées pour la recherche ne considéraient pas cette définition comme étant de l'infertilité. Par conséquent, nous avons élargi notre définition à une période minimale de deux ans d'activités sexuelles sans protection avec le même conjoint.

Aucune recherche n'a été faite auparavant sur les femmes infertiles au Bénin. Le but ici est de comprendre la réalité de la population cible. Il s'agit : des femmes infertiles béninoises dans deux départements du sud du Bénin, soit le Couffo et le Mono. Auparavant, ces deux régions du Bénin formaient un seul département mais avec la décentralisation, les deux ont été séparées.

Le sud-ouest du Bénin regroupe plusieurs communautés ethniques appelées communément « Mina » et connues sous l'appellation ethnique « Adja » (Sanni, 2018). Comme les deux langues « adja » et « mina » sont des langues que nous parlons couramment, cela a facilité le contact avec les participantes qui parlent tant les deux langues et le français.

Au moment de la planification du terrain et vu la sensibilité du sujet, le nombre initial de participantes envisagé était de huit. En ce qui concerne les critères de sélection,

la fourchette d'âge retenue était de 20 à 65 ans. Les femmes devaient être mariées légalement ou coutumièrement en couple. La problématique d'infertilité pouvait dater d'au moins deux à cinq ans. Les participantes devaient habiter les départements du Couffo et du Mono.

IV.3 Description de l'échantillon

Les participantes rencontrées sont au nombre de 17 et âgées de 22 à 56 ans. Ce sont toutes des femmes noires hétérosexuelles mariées et vivant avec leurs conjoints. Toutes les participantes ont depuis au moins deux ans des difficultés à concevoir.

Les entrevues réalisées avec les deux dernières participantes ont permis de constater que nous étions arrivées à saturation des données, de sorte que l'échantillon final est composé de 15 femmes. Savoie-Zajc (1996) définit la saturation comme ce moment où le chercheur découvre que dans son corpus d'enquête, les propos recueillis deviennent redondants et n'apportent plus de nouvelles précisions sur la problématique.

Somme toute une fois sur le terrain, les premières personnes recommandées par des proches ont décliné la proposition de rencontre. Mais après un peu plus de persévérance et l'insistance sur le contexte académique de la recherche, une première participante s'est manifestée. Elle en a parlé autour d'elle. Cette approche est appelée « la technique boule de neige ». Par souci de confidentialité, nous taisons les noms des villes où les personnes ont été recrutées.

Les femmes rencontrées exercent toutes un métier (commerçante, coiffeuse, responsable d'entreprise, employée de pharmacie, cultivatrice). Elles ont pour la plupart un niveau d'instruction primaire et deux d'entre elles ont fait des études universitaires. À la différence de la plus âgée qui n'a pas fréquenté l'école. D'autres ont décroché très tôt de l'école, faute de moyens financiers pour embrasser des métiers leur permettant de subvenir aux besoins de leur famille. Le tableau suivant, présente un bref portrait des participantes rencontrées.

Tableau 1. Âge et occupation des participantes

Pseudonyme	Age	Occupation
Akuété	33	Commerçante
Apkédjé	45	Commerçante
Atchéhoun	43	Superviseure dans une société de place
Danmontin	36	Employée de pharmacie
Essè	28	Commerçante
Gnonvo	22	Coiffeuse et vendeuse de denrées alimentaires
Hindè	22	Couturière
Kobavi	36	Employée dans une firme de comptabilité
Mahinnonhoué	42	Entrepreneure
Naguey	56	Commerçante
Nondi	38	Commerçante
Nondignon	26	Secrétaire à la fonction publique
Oboubé	34	Vendeuse dans un magasin de grande surface
Tchédjinassin	34	Styliste et commerçante (secteur informel)
Vomin	30	Commerçante

IV.4. Le recrutement et la procédure de collecte de données

Notre terrain de recherche était à des kilomètres de notre lieu de résidence permanente (Canada). Toutefois, décider d'effectuer cette recherche en Afrique impose une certaine rigueur et une prise en compte de la multitude des réalités culturelles. Ce qui revient à explorer conséquemment des approches de résolutions à la problématique visée (Yoro et Guillemette, 2012). Attendu que la distance est un facteur à prendre en compte, avant de s'y rendre, il fallait avoir pris certaines dispositions. S'il faut s'en tenir à la

recension des écrits, ce sujet est peu abordé et les femmes infertiles stigmatisées. Alors des précautions étaient nécessaires pour aborder le sujet dans son contexte culturel.

Un premier voyage au Bénin a été réalisé à l'été 2017 pour préparer le recrutement des participantes. C'est le premier contact avec quelques femmes qui répondaient aux critères de sélection lors du premier voyage au Bénin.

À la suite de l'évaluation du projet de mémoire et de l'obtention du certificat d'éthique, un deuxième voyage au Bénin a permis de réaliser les entrevues. Le recrutement a débuté dans le courant des mois de juillet et août 2017 et s'est confirmé lors du second voyage de novembre 2017 à janvier 2018. D'abord, nous avons fait un long séjour dans les villes du Couffo et du Mono, étant donné que les régions ciblées sont loin de notre lieu de résidence à Cotonou (capitale économique du Bénin). Ceci était dans le souci d'être proche des participantes et pour éviter des frais de déplacements inutiles d'un endroit à un autre. Somme toute, environ trois mois sur place au total ont été consacrés au recrutement des participantes, aux entrevues et aux divers échanges avec les femmes.

Le contact avec les autres participantes a été favorisé par l'entourage et la parenté de la première personne recrutée, en repérant des femmes par simple déduction, parce qu'elles n'ont pas enfanté depuis leur mariage. Ce procédé présente évidemment un biais de sélection (Martel et Roux, 2020). Pour rappel, la problématique traitée est délicate et très intrusive donc le recrutement s'est avéré ardu. Outre cela, le but est que les échanges forment une compréhension de l'objet à l'étude à travers les propos recueillis lors de l'enquête.

Toutes les participantes ont été rencontrées individuellement dans un endroit de leur choix. Plusieurs ont opté pour des quartiers éloignés de leur lieu d'habitation. D'autres ont carrément changé de ville afin de préserver l'anonymat et leur liberté de parler. Ce sont des abris de fortune installés par des marchands de la place. Il fallait faire

avec les bruits ambiants pour donner la priorité à leur besoin de se protéger. De manière exceptionnelle, cinq participantes, ont été rencontrées en groupe dans la région du Couffo.

Ces dernières ont reçu l'approbation du délégué du quartier avant d'accorder l'entrevue. Le délégué, étant le chef de quartier dans la zone, doit être au courant du rassemblement fait avec des personnes qui ne font pas partie de la communauté. Selon les participantes, c'est une précaution prise pour éviter des cellules dormantes allant contre l'institution étatique. Après l'avoir assuré que les rencontres étaient d'ordre académique en dehors du Bénin, le délégué a donné son accord pour rencontrer les femmes. Ces cinq participantes ont trouvé agréable et convivial de pouvoir échanger en groupe. Une forme de soutien psychologique s'est installée, leur permettant, bien qu'étant en groupe, de parler individuellement de la singularité de leur vécu.

Lors des entretiens, la majorité des participantes ont avoué avoir recours à des soins chez des tradipraticiens (femmes et hommes). Elles nous ont mis en contact avec deux de ces tradipraticiens chez qui elles suivaient des traitements contre l'infertilité. En revanche, le temps n'a pas permis de rencontrer une des guérisseuses qui offre des soins à base de plantes aux femmes. Une seule participante a insisté sur l'accompagnement des clergés de l'église ; elle a pris un rendez-vous pour nous permettre de rencontrer le curé. Des échanges informels ont été réalisés brièvement avec ces trois informateurs clés, qui ne sont pas considérés comme faisant partie de l'échantillon de l'étude, afin d'enrichir notre compréhension de l'expérience des femmes rencontrées.

IV.5 Les outils de collecte de données

Sylvain (2000) explique qu'une entrevue semi-dirigée a pour but de recueillir des propos de la population à l'étude en s'en tenant aux questions clés de la grille. De ce fait, le chercheur évite les digressions qui peuvent nuire à la qualité des propos recueillis.

Somme toute, ce type d'entrevue nécessite au préalable l'élaboration d'une grille basée sur des thématiques claires.

L'entrevue semi-dirigée nous donne la possibilité de mieux comprendre ce que l'autre veut nous apprendre et d'établir un échange. Étant donné que la réalité n'est pas toujours telle que nous la percevons, elle se présente sous diverses formes. En quelques mots, une réalité peut être « multiple, subjective, personnelle et socialement construite » (Fortin, 2016, p. 26). Il était question pour nous d'explorer le contexte social et culturel et le vécu des femmes béninoises infertiles.

D'après Olivier de Sardan (2008), dans le processus d'une enquête exploratoire, le chercheur doit avant tout élaborer une grille lui permettant de parcourir les thèmes essentiels de son travail. Dès lors, il formule des questions qui lui permettent de recueillir le plus de propos possibles. Des questions qui laissent libre cours au répondant sans trop le limiter dans ses réponses. De même, le chercheur se doit d'être constamment en cohérence avec ses valeurs professionnelles. Finalement, il lui revient de préserver en permanence son intérêt pour le discours du répondant, son attention, et éveiller à ce que l'interlocuteur demeure dans le contexte tout le long de la rencontre.

Les grands thèmes de notre grille d'entrevue étaient les suivants : 1) La femme au sein du mariage ; 2) Rôle de la femme mariée au cœur des foyers dans le Couffo et le Mono ; 3) Importance de l'enfant au sein du couple ; 4) Réactions depuis qu'elles essaient de faire au moins un enfant biologique ; 5) Réactions de la famille et de l'entourage ; 6) Mécanismes, choix et des stratégies adoptés depuis leur désir d'avoir un enfant ; 7) Abus vécus par rapport à leur infertilité ; 8) Ressources personnelles et institutionnelles disponibles pour les femmes infertiles.

Pendant l'entrevue, il a été question de recueillir auprès des participantes leurs sentiments, leurs motivations, leurs expériences et la conception qu'elles ont de leur vie. Sans oublier que nous avons tenu compte de leur personne, de la culture dans laquelle

elles évoluaient afin que tout ceci s'organise dans une dynamique égalitaire où la personne interviewée est l'experte de son vécu. C'était une manière de minimiser les préjugés et les stéréotypes culturels (Egan, 2005).

Les entrevues ont été réalisées en langues adja et mina, à l'exception de deux participantes qui ont choisi de parler français. Nos questions d'entrevue ont été faites en français et formulées oralement dans ces deux langues locales, que nous maîtrisons parfaitement.

Pour avoir la certitude d'avoir fait les bons choix de mots, la grille a été testée dans les deux langues devant un orateur qui manie efficacement l'Adja et le Mina. Quoique nous ayons conscience qu'au cours d'une traduction, les idées peuvent subir une légère modification, tout le soin a été pris pour traduire et transcrire les entrevues faites en langues locales dans la langue française.

Selon Parent et Sabourin (2017), les interactions sociales entre les individus doivent être dissociées avec ce qui se passe dans l'environnement physique. Une observation sur le terrain pousse l'ethnographe à rompre avec ses connaissances antérieures pour ne considérer et analyser que les faits observés et répertoriés par des prises de notes au fur et à mesure sur le terrain.

Un journal de bord est, en effet, un support permettant de noter tout ce qui se passe dans l'environnement physique du répondant et certaines réponses non verbales de ce dernier. Elle est un complément de l'enregistreuse. Ce journal aide à décrire les attitudes de la personne interviewée, son état d'âme et les situations à l'improviste vécues en tant que chercheur (Baribeau, 2005). Le journal de bord a été nécessaire pour répertorier les comportements non verbaux et certaines réactions par rapport à l'environnement où se sont tenues les entrevues. Nous les avons mis à titre personnel pour avoir un portrait sociodémographique de l'échantillon afin de favoriser les prochaines étapes. Les notes sur l'âge actuel, le nombre d'année de mariage, la profession, le nombre de frère et sœur et le

lieu d'habitation ont été inscrits dans le journal de bord. L'aisance à répondre aux questions et à aborder les parties qui paraissaient sensibles aussitôt que la question leur était posée a été consignée dans le journal de bord.

De plus, les points suivants ont été pris en considération : (1) le regard du cadre de vie de nos participantes, 2) la dynamique familiale autour d'elles au moment de l'entrevue, 3) les signes non verbaux, 4) les interactions avec l'entourage. En cohérence avec le cadre théorique, cette démarche nous a amenées à faire ressortir comment les multiples caractéristiques des participantes (genre, ethnie, âge) et leur expérience de l'infertilité pouvaient engendrer de multiples oppressions et de la marginalisation chez les femmes béninoises.

Les participantes, en racontant leur histoire, ont manifesté une certaine gêne quand elles parlent de l'anatomie de la femme, des symptômes menstruels, des fausses couches répétitives et des faux symptômes de grossesse. Quelques-unes m'ont demandé si j'avais remarqué ce malaise. J'ai eu à lâcher quelques mots pour les mettre à l'aise. Quelques femmes m'ont demandé si j'avais eu un enfant biologique ; par souci de transparence et espérant établir un lien de confiance, la réponse a été donnée.

IV.6 Stratégie d'analyse

Une fois que les données ont été recueillies, une autre étape s'impose à ce stade. Tous les verbatims sont écoutés par nous. Étant donné que les propos sont en langues du Bénin, toutes les entrevues ont été traduites dans la langue académique (le français). La transcription est le moment où les données conviennent d'être réparties minutieusement afin d'en extraire une logique structurée du sujet étudié (Intissar et Rabad, 2015). Une relecture après chacune des transcriptions est faite. C'est important de ne pas perdre le sens des mots en faisant la traduction. Les notes prises dans le journal de bord servent également lors de ce processus pour ne rien laisser de l'analyse. Puisque les mimiques et hésitations par exemple y sont consignées lors de l'entrevue. Chaque entrevue est aussitôt numérotée pour permettre les allers-retours sans se tromper.

Après avoir lu et relus chaque verbatim, une codification s'impose. Selon Paillé (1994, cité dans Intissar et Rabeb, 2015), la codification requiert une habileté à faire ressortir différents titres et construire une trame en harmonie avec l'objet à l'étude. Dans le cas de cette recherche qualitative, la codification est faite manuellement. « Concernant les codes descriptifs, ils ne suggèrent aucune interprétation, mais simplement l'attribution d'une classe de phénomènes à un segment de texte » (Intissar et Rabeb, 2015, p. 65). Tout en s'imprégnant des propos et scrupuleusement les grands thèmes dégagés sont maintenus. Au fur et à mesure, les thèmes aussi sont ajoutés toujours dans un ordre pour favoriser la compréhension du sujet étudié et maintenir une chronologie à suivre qui a permis de rédiger le chapitre des résultats.

IV.7 Considérations éthiques

Le projet de mémoire a été soumis au comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). De plus, ce certificat a été renouvelé annuellement jusqu'au dépôt du mémoire. Toutes les consignes énumérées par le comité ont été suivies à la lettre. L'interaction avec les participantes s'est déroulée tout le long avec respect. Leur intégrité et la confidentialité ont été prises en compte durant tout le processus. Nous avons pris le temps d'expliquer, à chaque participante, toutes les informations contenues au formulaire d'information et de consentement tant en français que dans les deux langues locales.

Les soucis d'équité et de respect mutuel ont guidé notre démarche et nos approches tout le long des rencontres et des entrevues. L'empathie, l'insistance sur le maintien de la confidentialité des propos, l'écoute attentive, la courtoisie, la reformulation, la patience, pour ne retenir que ceux-ci, sont demeurés des aspects clés qui ont perduré lors des divers échanges avec les participantes.

L'accent a évidemment été mis sur la liberté de se retirer à tout moment du processus sans craindre une quelconque désapprobation. Nous avons expliqué aux participantes par la même occasion qu'elles n'étaient pas obligées de répondre à toutes les questions qui leur étaient posées. Elles ont eu le droit d'aller à leur rythme et de renoncer à une question qui leur remémorait des souvenirs douloureux ou mélancoliques. En outre, le consentement éclairé a permis d'évoquer avec les participantes tout ce qui a trait à l'objet d'étude. Effectivement, elles ont fait le choix de partager leurs expériences quotidiennes et celles en rapport avec leurs environnements physique et social.

In fine, l'intérêt porté à un pays fort ancré et fidèle aux valeurs culturelles est un choix réfléchi. Les dispositions ont été prises pour que le sujet qui ne traite que des femmes ne soit pas vu comme une atteinte aux valeurs du terroir. Des explications transparentes ont été données pour justifier cette recherche empirique sur les femmes dans ces régions au Bénin. Pour exemplifier ce souci d'éthique :

- 1) Les objectifs et modalités de la recherche ont été expliqués aux participantes dans leur langue respective.
- 2) Pour celles qui étaient en mesure de le faire, la signature du formulaire de consentement a été faite.
- 3) Pour les participantes analphabètes, un consentement verbal a été enregistré avant de commencer l'entrevue. Dans la procédure de collecte de données, les entrevues ont été enregistrées sur support audio.

Lors des entrevues, il y a eu des moments où certaines participantes ont fondu en larme en évoquant surtout leur parcours passé. À chaque fois, il fallait arrêter et valider avec empathie pour être bien sûre que la participante était dans une meilleure condition pour continuer l'entrevue. Selon Hagège et Condon (2020), le fait de se présenter comme une femme confère une posture de personne attentionnée à la chercheuse. Un facteur qui favorise les interactions en matière de communication sur un sujet sensible. Donc, la

chercheure est favorisée dans son entretien par sa délicatesse, sa sensibilité et son empathie vis-à-vis des répondantes.

CHAPITRE V : RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous aborderons diverses thématiques qui ressortent des propos tenus par les participantes : la maternité, après le mariage, normes du Couffo et du Mono face au mariage, rôle social de la femme du Couffo et du Mono, statut de la mère et reconnaissance sociale, importance de fonder une famille dans le Couffo et le Mono, signaux avant la consultation, réaction de l'époux face à l'infertilité, pressions émises par l'entourage, conciliation entre professions et soins médicaux, tradithérapie, comme alternative de soins et une mère de substitution par dépit.

Il est important de préciser que les femmes rencontrées parlent de la spécificité de la femme du Couffo et du Mono pour ensuite nommer la femme béninoise par endroits. Elles insistent unanimement que le rôle de la femme face à la maternité est adapté à toutes les ethnies du Bénin. D'où l'usage par du thème dans ce chapitre de la femme béninoise.

V.1 La maternité après le mariage

Pour les femmes interviewées, la maternité est une étape obligatoire après le mariage. Si cela semble perçu, a priori comme un construit social, les répondantes soulignent que c'est l'éducation qu'elles ont reçue de leurs mères. En effet, pour elles, aucune fille rendue à l'âge adulte ne peut se défaire de ce devoir. De leurs propres aveux, elles ne trouvent rien de mal à se conformer aux rôles et pratiques ancestrales déjà endossées par leurs mères. C'est d'ailleurs, selon elles, depuis l'enfance qu'elles sont éduquées en ce sens pour assumer dignement les diverses attentes reliées à leur rôle de femme.

Ce sont toujours les enfants, que l'on attend des femmes mariées, et la plupart du temps. Le plus important est de faire un enfant de sexe masculin pour pérenniser le nom de famille de l'homme. De plus, l'entourage te le fait clairement savoir (Oboubé, 34 ans).

Être femme, c'est que tu dois avoir à tout prix des enfants et les éduquer. Une femme doit fonder forcément une famille avec son mari (Nondignon, 26 ans).

Cette citation de la répondante fait écho à l'importance de la maternité dans la société béninoise dans les régions du Mono et du Couffo. Les paragraphes qui suivent permettent de mieux comprendre cette conception.

V.2 Normes du Couffo et du Mono face au mariage

Nos répondantes rappellent que l'âge légal pour se marier au Bénin est dix-huit ans, avec un consentement mutuel des partenaires. Une seule participante a confié s'être mariée à 15 ans avec le consentement de ses parents.

(Rires avec les mains sur le visage) L'homme qui était mon petit ami dans le temps m'aimait et moi je l'aimais aussi. Alors nous avons décidé de nous marier avec l'accord de nos parents. L'entourage a dit que ce n'était pas sage de ma part (Gnonvo, 22 ans).

Toutes les autres femmes rencontrées se sont mariées au-delà de 19 ans.

Je me suis mariée à 23 ans. À mon humble avis, au plus à 26 ans une femme doit être mariée, sinon, elle peut se retrouver sans mari plus tard (Tchédjinassin, 34 ans).

Il en ressort que les femmes interviewées n'ont pas eu les mêmes parcours avant le mariage. La plupart ont fini leur scolarisation et ont eu une profession avant de se mettre en couple. Toutefois, elles avouent collectivement être soumises à des attentes similaires dès le mariage et la vie avec leurs époux. Elles ajoutent unanimement que peu importe leur âge au moment de leur mariage, le rôle qu'elles doivent jouer dans le foyer est le même. À moult reprises, elles insistent sur l'obligation de quitter le cocon familial, avoir au moins un métier pour seconder leur époux et enfin sceller le mariage par l'arrivée d'au moins un enfant vivant.

La femme doit quitter la maison de ses parents à un moment donné pour vivre avec son mari. Une femme doit se marier pour avoir quelqu'un sur qui elle peut compter. C'est un honneur pour elle et sa famille du côté paternel et maternel (Danmontin, 36 ans).

En somme, l'éducation de la jeune fille et les rôles endossés par les modèles féminins de sa famille biologique et de son entourage la prédisposent à se marier le plus tôt possible et à avoir des enfants pour former à son tour sa famille nucléaire.

V.2.a Importance du mariage dans le Couffo et le Mono

Toutes les femmes qui ont participé à cette recherche ont précisé que le mariage se fait obligatoirement avant l'idée de planifier une grossesse. L'accent est mis sur l'importance du mariage lorsqu'il s'agit du couple. Elles admettent sans équivoque qu'à un moment donné de la vie d'une femme, celle-ci doit se projeter mentalement dans la transition entre le domicile de ses parents et le domicile de son futur mari. Naturellement, à l'âge adulte, les répondantes disent que la femme, peu importe son rang social, doit se marier. Elles ajoutent qu'elle doit s'engager dans une relation stable, qui passe par la rencontre des deux familles, c'est-à-dire la leur et celle de leur compagnon, pour célébrer symboliquement l'union et accepter officiellement le consentement des époux.

La femme béninoise, c'est un être important qui en grandissant doit se marier et habiter avec un homme. Ensuite, elle doit obligatoirement agrandir et honorer la famille de son mari en enfantant. Elle doit se marier pour fonder son propre foyer pour ne pas devenir celle qui se balade d'hommes à hommes. Pour tout dire, toute femme doit être obligatoirement mariée au Bénin (Tchédjinassin, 34 ans).

Nos mères l'ont fait avant nous, et ce n'est pas à nous de remettre en cause la tradition. La femme et l'homme ne sont pas identiques et cela est dit aussi dans la Bible (Hindè, 22 ans).

Bien au contraire, pour elles, les mères insistent sur les directives pour bien garder le foyer, faire les tâches ménagères, être irréprochables aux yeux du mari et de la belle-famille. Sans oublier selon elles, que leurs mères leur intiment l'ordre de continuer à faire le commerce, à agir comme revendeuses de produits vivriers, à exercer leur métier de coiffeuse ou de couturière et de continuer à travailler comme agente de bureau ou

fonctionnaire d'État, même si le mari est symboliquement reconnu comme le pourvoyeur de la famille. Les femmes interviewées avouent donner un coup de main à leur mari avec les charges financières. Elles répètent à plusieurs reprises qu'une bonne épouse doit être irréprochable, puisque le bonheur et le succès de son foyer reposent entre ses mains.

Toutes nos mamans aident encore nos papas. Elles le faisaient avant nous et cela doit perdurer dans toutes les familles. Aucune femme ne déroge à cette obligation. Nos mères ne s'en sont pas plaintes. Nous sommes en accord avec cela (Mahinnonhoué, 42 ans).

Ce qui amène à comprendre au fond que les motivations de la femme dans la vie de couple sont multiples et elles sont en harmonie avec ce que leurs parents attendent d'elles et ce qu'implique leur nouvelle vie au sein du foyer.

V.3 Rôle social de la femme du Couffo et du Mono

Selon les femmes interviewées, elles ont toutes appris à donner des soins à un enfant en gardant sporadiquement leurs jeunes frères et sœurs. Pour elles, elles partent déjà avec des rudiments de connaissances parentales qu'il reste à mieux développer et appliquer à leurs enfants biologiques. Ce qui n'exclut pas la charge de mener à bien leur foyer. D'après elles, cela fait d'ailleurs partie des qualités que les hommes béninois recherchent de leur future épouse. L'épanouissement personnel de la femme devient alors secondaire. Les participantes certifient que c'est le moment de mettre en pratique les instructions de leurs mères ou tutrices. D'après elles, le rôle d'une bonne épouse passe inévitablement par le fait de tomber enceinte le plus rapidement possible et de mettre au monde un enfant vivant et en bonne santé.

Les répondantes affirment que le respect du mari est la base du mariage. L'homme devient comme un second père pour la femme, donc il faut prendre soin de lui pour rester longtemps dans un foyer, c'est aussi une des bases d'un mariage réussi. Outre cela, l'époux est l'autorité dans la famille béninoise. C'est ce qu'elles ont retenu entre autres de l'éducation donnée par leurs mères et du rôle que leurs pères ont joué au sein de leur

famille d'origine. Les participantes disent qu'elles ne sont pas là pour remettre en cause les normes suivies et perpétuées par des générations de femmes dans la région du Couffo et du Mono. Elles reconnaissent qu'à défaut de questionner la tradition, l'éducation sexuelle donnée aux filles et leur rôle au sein du foyer, elles s'exécutent sans plus. Elles font savoir qu'une femme mariée doit être vertueuse et respectueuse.

Au-delà des attitudes qu'elles doivent adopter au sein du foyer, elles font mention de l'urgence d'annoncer la confirmation d'une grossesse à leur partenaire. Outre cela, elles soutiennent que pour elles, la procréation vient légitimer leur statut au sein de la belle-famille et de la communauté. Les répondantes ajoutent qu'en plus des tâches ménagères, de prendre soin de leur mari et d'effectuer un travail rémunéré, elles ne perdent pas de vue le fait de tomber enceinte dans un délai raisonnable. Pour elles, tout doit se faire simultanément. De plus, elles mentionnent que l'entourage scrute les moindres gestes pour surveiller les éventuels symptômes d'une grossesse. Au début, elles sont à l'aise avec cette attente et ne trouvent en rien les regards de l'entourage trop intrusifs dans leur vie de couple. Selon les femmes rencontrées, après une année, les propos avilissants et les regards deviennent lourds à soutenir.

V.3.a Attentes de la belle-famille de la femme mariée

L'annonce de la grossesse qui se fait attendre soulève des murmures de part et d'autre, tant de l'entourage que de la belle-famille.

Dès que je me suis mariée, c'est clair dans ma tête que je vais aussitôt tomber enceinte. Malheureusement cela ne s'est pas passé comme je l'ai espéré. Ma maternité tarde à venir, alors mon entourage a commencé à me questionner à ce sujet (Naguey, 56 ans).

Les femmes rencontrées révèlent qu'elles vivent tout un calvaire moral avec les non-dits de leur entourage. D'abord, ce sont les autres qui s'impatientent déjà du fait qu'il n'y a pas d'annonce de grossesse après des mois de vie commune avec leur époux. L'entourage cherche des signes de la grossesse chez la femme, même si elle n'est pas

enceinte. Sinon, les doutes quant à l'infertilité s'installent au sein de l'entourage. Certains remettent déjà en question la possibilité de la femme de concevoir un enfant. Aux dires des femmes rencontrées, la belle-mère fera une visite impromptue chez sa belle-fille pour discuter sans langue de bois de l'absence de grossesse et d'enfant biologique qui porte préjudice à la notoriété de son fils, et par ricochet, de sa famille.

La femme contrainte de se montrer respectueuse vis-à-vis de sa belle-famille se laisse dans certains cas invectiver par sa belle-sœur, son beau-père ou sa belle-mère. Pour d'autres participantes, la belle-mère, au lieu de faire une déduction hâtive sur les raisons de l'absence de la grossesse, procure des conseils et astuces afin de l'aider à vite tomber enceinte. Elles vont jusqu'à raconter leurs expériences personnelles à leur bru ou celle d'un membre de la famille qui a réussi à passer le cap de la difficulté à vite tomber enceinte. Tout est minutieusement fait et dit dans la seule optique de voir le couple avoir un enfant le plus rapidement possible pour honorer l'homme.

Par respect, toutes les participantes avouent être passées par cette étape et elles jugent que cet échange se conclut toujours par une promesse de donner un enfant biologique à la famille même si, a priori, ce n'est pas de leur ressort et que dans certains cas, c'est l'époux qui a des problèmes de procréation.

En dépit de la difficulté à vivre des angoisses à propos de l'absence de maternité et les tensions latentes qui y sont reliées, entre autres au sein du couple, les répondantes affirment ne montrer aucun signe apparent de découragement ni de détresse au cours de la première année de mariage. Cette tendance à se montrer fortes et invulnérables face au problème fait partie de leur socialisation.

V.3.b Attentes des membres de l'entourage vis-à-vis de la femme mariée

Certaines participantes vont plus loin en avouant qu'elles ne sont pas seulement épiées par la belle-famille. Pour elles, l'entourage professionnel, parents et voisins épient leurs faits et gestes pour savoir si le mari veut un garçon ou une fille comme enfant aîné.

Ou si c'est parce que c'est une première grossesse que la forme du ventre n'est pas encore visible. Les répondantes affirment que les intrusions du genre vont si loin que certains proposent d'être les futurs parrains ou marraines de l'enfant. Les femmes interviewées mentionnent que l'entourage ou la belle-famille ne se contente pas de le dire à mots couverts, ils vont jusqu'à attirer l'attention de la femme sur la présence ou l'absence de symptômes.

Moi j'entends les critiques, je n'aime pas y répondre. Par exemple, j'ai quitté mon travail à la pharmacie, parce que mes collègues me demandaient à chaque fois pourquoi je ne suis pas encore enceinte après mon mariage. Même après ma démission un de mes cousins qui va me chercher des médicaments à mon ancien lieu de travail se fait demander constamment si j'avais accouché ou pas (Atchéhoun, 43 ans).

Ce sont des signes qui rappellent constamment à la femme que, peu importe son occupation et ses efforts, l'obsession des autres de la voir procréer de gré ou de force devient inévitable. Elle n'aura de répit que si elle accouche d'un enfant en vie.

V.4 Statut de la mère et reconnaissance sociale

L'insistance des répondantes sur l'importance de tomber enceinte et d'accoucher d'un enfant en vie est récurrente. D'abord, elles sont unanimement convaincues qu'être mère est plus qu'un devoir d'épouse. Selon leurs propos, plus qu'un accomplissement, c'est un besoin normal qui n'est aucunement contraignant. Nonobstant les difficultés pour parvenir à accoucher d'un enfant biologique, c'est pour elles, une tradition familiale. D'abord, les femmes interviewées voient en la maternité, l'expression et la preuve d'une féminité. Ensuite, vient la reconnaissance perçue et reçue de tout l'entourage.

De façon plus explicite, elles laissent savoir qu'aussitôt qu'elles ont un enfant, elles ne sont plus appelées par l'entourage par leur prénom de naissance. Elles racontent que le changement se traduit par le fait que tout le monde l'appelle désormais maman, accompagnée du prénom de l'enfant. Les répondantes de la région du Couffo trouvent qu'en langue Adja, la nouvelle mère est appelée aussi « *mihonon* » (ce qui veut dire notre

maman). Cette pratique permet de savoir automatiquement que la femme désignée a accouché d'un enfant et son prénom est connu de tous. Hormis cela, le mari appelle désormais sa femme maman, juste pour signifier qu'elle est mère.

Enfin, les répondantes soulignent qu'avec la naissance d'un enfant biologique au sein du couple, l'épouse, à présent maman, est admise aux rencontres, aux festins et aux réunions familiales. De façon plus explicite, l'épouse devenue mère prend part officiellement à certaines cérémonies familiales et ses avis sur un sujet débattu sont pris en compte. Ce nouveau statut de mère de famille lui donne des droits relativement importants au sein de la grande famille en l'absence du mari et lors de rassemblements familiaux.

La femme en tire une fierté et confirme ainsi qu'elle est fertile et utile pour sa nouvelle famille. L'accouchement d'un enfant vivant dans son mariage symbolise une grande réussite de son mariage (Vomin, 30 ans).

Les répondantes font savoir que la famille et l'entourage s'intéressent à la nouvelle mère parce qu'elle contribue officiellement à pérenniser le nom de famille de son mari en assurant sa descendance. Quelques femmes interviewées ont d'ailleurs précisé qu'à l'occasion, un baptême est fait au nouveau-né et cette célébration en grande pompe dans quelques familles est accompagnée d'ovations et des cadeaux spéciaux pour la mère. Il est intéressant ici d'ajouter que les participantes insistent que peu importent les moyens financiers, c'est la célébration qui importe.

À la lumière des propos tenus par les répondantes, être mère est résolument un ultime accomplissement pour les femmes interviewées. La reconnaissance sociale qui en découle est appréciée et renforce l'affiliation au sein des familles du couple.

V.5 Importance de fonder une famille dans le Couffo et le Mono

Les femmes rencontrées attirent l'attention sur l'importance d'avoir des enfants biologiques dans le couple pour consolider les liens de sang. Elles ne manquent pas de

marteler que la parenté passe forcément par le lien de sang. Pour elles, c'est inconcevable de ne pas donner la vie à son tour à un enfant, si les femmes dans la famille sont toutes passées par ce stade. Elles déclarent même que c'est la suite logique de la vie d'une femme, après le mariage, et que cette dernière ne doit en aucun cas douter du fait qu'elle a l'obligation de procréer.

Avoir un enfant est signe de fertilité et détermine que leur trace sur cette terre ne sera pas effacée. Toutes les participantes sont convaincues qu'aucun mariage n'a sa raison d'être si la mariée ne donne pas de descendance à son mari. Selon ces dernières, c'est à la femme mariée que revient la grande part de responsabilité de donner un enfant au couple. Des répondantes expriment que le fait de naître femme est une source de bénédictions et que donner la vie relève d'un miracle que seules les femmes peuvent accomplir. Elles ajoutent accepter ce rôle avec fierté et ne le questionnent jamais, comme leurs mères et grands-mères.

Nonobstant cette socialisation et leur motivation de se montrer respectueuses de la tradition, les répondantes reconnaissent que ce n'est pas toujours évident de devenir mère naturellement. Il ne suffit pas de le vouloir ou de le désirer. D'autres facteurs échappent à leur contrôle et rendent ce rêve complexe et périlleux. Les femmes interviewées affirment qu'au fil des années de mariage, l'atteinte de la maternité qu'elles tiennent pour acquis depuis l'enfance devient une source d'insécurité lorsqu'elles commencent à rencontrer des difficultés pour tomber enceinte et garder une grossesse. Alors le questionnement de la fertilité commence à se poser au fil du temps.

V.6 Signaux avant la consultation

Nos données nous révèlent d'autres points importants. Les répondantes parlent des fausses couches après deux ou trois mois de grossesse, des irrégularités des menstruations. Les femmes rencontrées évoquent aussi de faux symptômes de grossesses, comme une salivation passagère au cours du mois, le vertige et un changement dans les préférences des repas. Elles parlent du phénomène « du ventre chaud » (expression qu'elles expliquent

par un début de grossesse avec une forte chaleur ressentie à l'intérieur du ventre et qui se solde par une fausse couche). Pour les participantes, cette succession d'évènements et d'inconforts les amène à remettre en cause leur fertilité après cinq ans d'essais infructueux.

V.6.a Infertilité ou problème de fertilité ?

Les répondantes n'ont mentionné à aucun moment lors des rencontres qu'elles sont infertiles. Elles parlent plutôt de la difficulté à concevoir un enfant.

Depuis que je me suis mariée, j'ai commencé en même temps à être sexuellement active, pour tomber enceinte. Je me suis vite rendue compte que je rencontrais des difficultés, surtout après deux ans sept mois (Kobavi, 36 ans).

Les femmes rencontrées rapportent qu'elles sont remplies d'espoir et que rien ni personne ne peut les en priver. D'ailleurs, à force d'y croire selon elles, trois d'entre elles ont fini par concevoir un enfant au moins cinq ans après leur mariage. Elles croient encore en la capacité de faire d'autres enfants malgré le parcours périlleux pour avoir une grossesse. Les témoignages de celles qui ont confié avoir vécu des cas similaires leur donnent plus d'espoir. Elles ne sont inquiètes ni pour leur âge relativement avancé, ni pour la ménopause. Toutefois, les répondantes mentionnent ne pas avoir échangé avec leur mère sur leur difficulté à faire un enfant.

Elles disent choisir à qui en parler, d'abord par affinité, ensuite, elles optent pour une personne de l'entourage (par exemple, une cousine avec qui elle a passé son enfance ou une tante maternelle) qui n'échappera pas la confiance lors d'une discussion ou d'un conflit avec elles. Le respect de la confidentialité est une valeur qu'elles nomment toutes et qui revient souvent dans leur prise de parole. Les participantes choisissent toutes quelqu'un avec qui discuter de la peur, des douleurs, de la colère et des frustrations enfouies en elles. Parmi ces confidences, elles parlent des premières fausses couches, de

l'irrégularité des menstrues et de l'acharnement des douleurs au bas-ventre tout le long des mois.

V.6 b Impacts sur la femme au sein du foyer

Bien que les répondantes avouent que l'entourage ne manque pas de les désigner comme les premières coupables, elles sont les premières à se remettre en cause dans le couple. Aussitôt que le couple se décide à concevoir un enfant, les répondantes avouent être attentives à leur corps et surveillent leur cycle menstruel plus attentivement. Elles révèlent être à l'affût du moindre indice qui pourrait leur permettre d'annoncer une grossesse à leur époux et à la famille immédiate dans certains cas. Cependant, après plusieurs années sans le moindre signe d'absence des règles et de symptômes de grossesse, l'inquiétude au sujet de leur fertilité devient une préoccupation récurrente.

La majorité de nos répondantes avertissent qu'elles sont les premières, après au moins deux ans, à prendre l'initiative d'aller consulter un médecin. Bien que leurs époux soient réticents au départ à cause des coûts, de l'image de leur couple et leur démotivation dans certains cas, ils acceptent cette démarche. Pour d'autres femmes interviewées, la décision de consulter un spécialiste de la santé fait l'objet d'un consensus au sein du couple. Selon leurs dires, certains époux vont à la première visite avec leur femme, dans le seul but de les motiver, à suivre un traitement médical. Les répondantes insistent pour faire savoir que les hommes ne les accompagnent pas dans l'optique de se faire ausculter aussi au premier rendez-vous médical.

Oui, je suis allée à l'hôpital accompagnée, de mon mari. C'est juste moi qui ai fait une échographie et des examens de sang, ensuite le gynécologue m'a prescrit des médicaments que je prends sur une base régulière. Il m'a rassuré que mon utérus se porte bien et que je dois me contenter des médicaments (Essè, 28 ans).

Pour ces femmes, l'initiative est plus centrée sur l'idée de faire un bilan révélateur de ce qui peut être l'obstacle provisoire de leur difficulté à tomber enceinte, puisqu'elles sont plus que convaincues que le problème vient d'elles.

V.6.c Responsable des problèmes de fertilité ?

D'après les femmes rencontrées, les hommes ne peuvent pas être en cause, parce que visiblement, ils sont virils et dans la famille, tous les hommes ont au moins un enfant. Pour quelques répondantes, le fait que le mari ait un enfant né d'une autre union est révélateur de sa fertilité. De plus, elles témoignent que depuis leur mariage, elles n'ont pas entendu parler de problème d'infertilité dans la famille de leur époux.

Elles ajoutent qu'au fil du temps, certains diagnostics émis par le personnel traitant prouvent clairement qu'elles n'ont pas des problèmes de fertilité. Ces participantes disent paniquer à l'idée de demander aux époux d'aller passer un test. Les femmes affirment que les gynécologues leur demandent dans ce cas de faire venir les époux, afin qu'ils fassent aussi des examens médicaux pour mieux orienter le couple sur le meilleur traitement à suivre. Force est de constater qu'elles racontent que les conjoints ne sont pas emballés à l'idée de se faire questionner sur leur fertilité.

Quand j'ai reçu les résultats de mes tests, ma joie était mitigée parce que je n'avais pas le courage de trouver les mots pour convaincre mon conjoint à passer les examens médicaux (Nondi, 38 ans).

C'était douloureux de subir des insultes alors que les tests prouvent que je n'ai aucun problème. Je vais devoir faire tout pour ce que mon mari demande, afin de lui suggérer d'aller consulter dans une clinique de son choix (Apkédjé, 48 ans).

Si certains conjoints y vont après les multiples supplications des répondantes, d'autres refusent de s'y soumettre catégoriquement, en sommant leur femme d'aller se faire soigner au lieu de chercher un bouc émissaire. Dans ce cas, les femmes insistent que bien que perdues, elles persistent à rechercher les moments propices pour faire entendre

raison à leur conjoint de faire les examens. En attendant, le temps passe et l'attente devient longue et pénible pour le couple qui espère toujours une grossesse ainsi qu'un enfant vivant et en bonne santé.

V.6.d Isolement des femmes en difficulté de concevoir

Après au moins deux ans d'essais infructueux et d'attente, les femmes interviewées confient qu'elles se posent de multiples questions et leur entourage en fait autant. Elles racontent qu'elles réduisent leurs contacts sociaux, c'est-à-dire qu'elles déclinent les invitations de leurs copines et de la famille. Toutes les répondantes préfèrent passer du temps à la maison qu'au-dehors. Elles se renferment de peur de se faire poser des questions très intrusives sur leur couple. Dans une logique identique, les propos tenus par plusieurs autres participantes sont les suivantes :

C'est le regard des autres, les préjugés et les insultes qui m'ont forcée à m'enfermer chez moi plus souvent. Je réfléchis tout le temps, je pleure, je m'incrimine et je me juge sévèrement dans ma chambre (Kobavi, 36 ans).

Je suis critiquée par certains membres de mon entourage. Ils me disent pourquoi ma coépouse fait encore des enfants et moi je ne suis pas capable d'en faire. [...] Alors que concrètement ils ne savent rien de ma vie et des démarches que j'entreprends à leur insu. Tous ses questionnements attirent de la colère en moi (Akuété, 33 ans).

C'est difficile à vivre, surtout les fois où vous vous rendez compte qu'une fois en contact avec les autres c'est moi qu'on apostrophe à travers des commentaires désobligeants et négatifs sur mon état. Je préfère souvent m'enfermer, ne pas avoir de contact avec les autres, de cette façon cela m'épargne d'entendre des insinuations, des sous-entendus et des injures qui blessent. Je peux vous dire c'est une des raisons pour lesquelles je suis quasi casanière (Naguey, 56 ans).

Il m'arrive de croiser les filles avec qui j'ai grandi et celles avec qui je me suis mariée dans la même période. [...] J'ai tellement honte que je pleure. Je me suis promis de ne plus fréquenter le même marché

qu'elles. Je souffre énormément quand elles changent de chemin avec leurs enfants pour que je ne les approche pas. Il m'arrive de pleurer toute la journée à la douche et le soir avec mon morceau de pagne qui couvre ma face. [...] Je suis dégoûtée par tout et tout et je m'enferme chez moi (Oboubé, 34 ans).

Non seulement elles avouent qu'elles font de l'évitement, mais aussi elles passent parfois des jours sans éprouver l'envie de manger et échanger avec personne d'autre que leur époux. Plusieurs relatent qu'elles ont évoqué des prétextes afin de convaincre leur mari de déménager. L'idée est de se faire oublier de l'entourage. Pour les participantes, c'est une manière de se protéger de la curiosité malsaine de leur entourage immédiat. En dépit de cette distance physique, elles reconnaissent que ce sont des solutions temporaires. Le vrai calvaire est davantage psychologique et physique.

J'étais souvent énervée et stressée au travail lorsque mes collègues me demandent si je suis enceinte. Je cours à la salle de repos et je fonds en larmes. J'y reste aussi pour éviter les discussions sur la maternité entre les clientes et les femmes stagiaires de la pharmacie qui ont déjà accouché (Apkédjé, 45 ans).

Les femmes rencontrées concluent que les discussions de leur entourage en leur présence sont une ingérence dans leur vie privée. Cette intrusion dans leur quotidien occasionne beaucoup d'inconforts suivis d'agressions verbales et de préjugés à leur égard.

V.6.e Stigmatisation vécue par la femme soupçonnée d'infertilité

Malgré des discours résilients, aucune des répondantes ne trouve facile de vivre en communauté avec leur difficulté à concevoir un enfant. Elles mentionnent toutes être exposées à des jugements émis par au moins un membre de leur entourage, et ce, quotidiennement. Le seul endroit où elles se sentent à l'abri des regards malveillants et des moqueries est dans leur chambre à coucher. Pour les répondantes qui habitent avec leur belle-famille, elles font cas d'une cohabitation éprouvante moralement. Les femmes interviewées avouent toutes s'être déjà comparées à leurs sœurs et amies d'enfance qui sont mères d'un ou plusieurs enfants. Elles racontent qu'elles ont reçu de la part des amies

au moins un commentaire désobligeant sur leur incapacité à concevoir. L'entourage leur rappelle souvent qu'une femme qui n'a pas connu de maternité n'est d'aucune utilité pour la famille. Une des répondantes relate sa pire expérience à ce propos :

Un jour, je suis allée rendre visite à ma meilleure amie d'enfance. Tous nos amis communs sont au courant qu'elle a eu un enfant sauf moi. Quand je l'ai appris, toute contente j'ai fait un trousseau de bébé pour aller lui offrir. Une fois sur place, elle est étonnée de me voir à sa porte et s'est empressée de mettre son nouveau-né dans la chambre à coucher. Blessée et surprise par son attitude, j'ai néanmoins échangé quelques salutations d'usage et je lui ai tendu mon présent. Elle ne m'a pas proposé de voir l'enfant en plus de feindre une fatigue, elle m'a suggéré de rentrer chez moi après cinq minutes de conversation. C'est une fois sur le perron du salon qu'elle me fait savoir que dans sa belle-famille, une femme comme moi sans enfant ne doit pas être en contact avec un nouveau-né. Sinon que ce serait la poisse pour ses futures maternités à elle (Kobavi, 36 ans).

Si son expérience n'est pas similaire à celles des autres, elle est révélatrice des malaises que chacune des femmes dit vivre parce qu'elles n'ont pas encore d'enfant biologique. Toutes les femmes interviewées confessent qu'elles ont un surnom.

Chez moi, je suis appelée « *adjipkonon* » qui signifie « *utérus inutile et percé* », c'est le premier mot que mon entourage à l'exception de mon mari me sort quand une mésentente ou un conflit survient. Mon interlocuteur oublie mon prénom et préfère m'identifier avec ce nom disgracieux, tout en le criant fort. Ceux qui sont autour de nous ne manquent pas de se marrer et d'ajouter qu'à ma place, ils iraient se faire tout petits (Essé, 28 ans).

Au nombre des sobriquets qu'elles avouent avoir hérités de leur entourage, le mot « *konon* » ou « *femme infertile ou une femme qui ne peut pas enfanter* » a été souvent cité. Une autre des répondantes fait savoir ceci à ce propos :

Mon entourage se moque de moi. Ils disent ce qu'ils veulent de moi et me traitent de tous les noms qui blessent ma féminité. Les plus cruelles sont mes belles-sœurs et ma coépouse qui pour me demander un simple service utilise le sobriquet « *konon* » pour m'interpeller (Nondignon, 26 ans).

Toutes les répondantes révèlent ne pas être épargnées, allant de moqueries subtiles à celles qui sont explicites. Pour elles, chaque période d'échanges au sujet de leur difficulté à concevoir ravive les blessures qu'elles essaient de panser chaque jour. Elles s'isolent encore plus pour éviter de se confronter aux détracteurs. Elles confient que bien que courageuses par moments, elles sont en larmes après avoir entendu des atrocités déversées sur leur personne par l'entourage.

D'autres ajoutent prendre des tisanes ou des somnifères pour les aider à dormir, afin d'oublier au moins cette journée pénible. Mais elles assurent être conscientes de ne pas avoir trouvé la bonne solution. Certaines répondantes avouent se confier parfois à leurs époux pour avoir un soutien moral. Exceptionnellement, certains maris font des remontrances aux fautifs et leur interdisent d'approcher leurs épouses. Les femmes ne manquent pas de souligner l'effort qu'elles déploient pour avoir une distraction ou une activité qui peut leur procurer une détente et des rires à foison.

Dans ce tumulte, elles déclarent que l'anxiété, le découragement, la dépression, la honte et l'insécurité sont quelques douleurs qu'elles vivent au quotidien quand elles sont terrées dans leur maison. Elles mentionnent qu'elles ont enduré tellement d'épreuves, d'une part, se souvenir de toutes est impossible, et d'autre part, elles ont choisi de faire table rase du passé face à certains détails pour renouer avec une paix intérieure. Finalement, elles font remarquer qu'en plus d'être les souffre-douleurs de l'entourage immédiat, elles font face à des heurts de tout genre dans leur couple.

V.7 Réactions de l'époux face à l'infertilité

Les répondantes font savoir que si la vie de couple est parfois tumultueuse, elle l'est encore plus quand le couple a de la difficulté à avoir un enfant biologique. Elles s'accordent toutes pour souligner que les hommes ne sont pas toujours enthousiastes de les accompagner la première fois que l'idée de suivre les traitements médicaux est abordée au sein du couple. Cette réticence selon les femmes rencontrées est due soit à la peur de

faire des dépenses, soit que les époux ne veulent pas prendre de leur temps de travail pour accompagner leurs épouses. Pour finir, le conseil le plus récurrent de la belle-famille est de prendre une autre épouse pour pallier ce retard de paternité. Une des répondantes illustre bien cette situation avec une expérience personnelle de son couple.

Ma belle-mère m'apprend que mon mari va me remplacer avec la jeune fille du délégué. Elle m'a dit que je pourrais la vie à son fils avec des traitements coûteux. Elle m'apprend qu'elle s'est renseignée sur la dot et les préparatifs. Ma belle-mère trouve que c'est mieux de voir son fils polygame heureux que de supporter une femme à l'utérus percé (Akuété, 33 ans).

Selon les répondantes, les hommes ne se sentent pas concernés quand une éventuelle infertilité est soupçonnée dans le couple. Pour elles, ces derniers justifient leur attitude par le fait de confondre la virilité avec la fertilité parce qu'ils soutiennent avec assurance qu'ils ont été au moins une fois l'auteur d'une grossesse suivi d'un avortement ou père d'un enfant né d'une aventure amoureuse avant leur mariage. Alors quelques répondantes disent qu'elles sont contraintes d'accepter leur parole comme une preuve de leur fertilité. Elles admettent que l'entourage soutient que l'homme n'a pas de problème de fertilité. Elles se contentent de cette affirmation jusqu'à preuve du contraire même si à leurs yeux ce n'est pas satisfaisant.

J'en suis bien consciente. J'ai déjà pensé à cette éventualité, mais ma belle-famille s'est révoltée et m'a dit sans détour que c'est moi qui aie le problème de conception d'enfant que ce n'est pas son fils (Mahinnonhoué, 42 ans).

Ma belle-mère m'a dit un jour si tous ses garçons ont eu des enfants. Donc c'est moi qui suis infertile et que je dois le tenir ma tante qui n'a pas eu des enfants jusqu'à sa vieillesse (Gnonvo, 22 ans).

Raison pour laquelle les conjoints, dans ce cas, n'ont pas besoin d'aller consulter un médecin pour confirmer ce qui, à leurs yeux, est évident. En revanche, les répondantes se disent étonnées de voir que la belle-famille ne se préoccupe pas de savoir qui dans le

couple a des problèmes pour concevoir. En fin de compte, le plus important est que le conjoint soit père à tout prix.

V.7.a Tumultes au sein du couple

Les femmes interviewées soulignent toutes n'avoir pas songé à quitter leur mari et ne le feront d'ailleurs jamais, peu importe qui est à l'origine du problème de fertilité. Quelques-unes d'entre elles ont douté à un moment donné de la fidélité de leurs conjoints, sans plus. En dépit de cet attachement, certaines des répondantes se retrouvent avec une coépouse du jour au lendemain. De plus, les femmes racontent qu'elles doivent prendre soin de la coépouse et de son enfant sans animosité, à la demande de la belle-mère. Certaines des répondantes déclarent le faire sous ordre des époux. Or, d'autres se proposent de le faire pour venir en aide à la cellule familiale. Ce qui n'est pas toujours interprété comme une bonne action par les coépouses.

En outre, les répondantes précisent que la belle-famille les convie à une réunion pour leur présenter la coépouse avec une grossesse avancée, alors que pour d'autres, un nouveau-né dans les bras de nouvelle épouse est présenté.

V.7.b Naissance de la polygamie ou infidélité au sein du couple ?

Des confidences même des femmes interviewées, l'absence de maternité conduit l'homme soit à la polygamie, dans le meilleur des cas, soit à renvoyer la femme qui n'enfante pas dans sa famille d'origine. La famille et les amis le questionnent pour savoir ce qui ne va pas. Dans le quartier, les voisins l'assaillent de questions sur sa vie de couple. Les uns et les autres s'érigent en sauveur pour lui trouver une femme capable de faire de lui un père de famille respecté au sein de la communauté.

Quelques répondantes soutiennent que c'est à la suite de la grossesse d'une autre femme ou à la naissance d'un enfant en dehors du foyer dont leur mari est auteur qu'elles réalisent qu'elles sont dans une famille polygame. Certaines femmes rencontrées voient

l'infidélité comme étant légitime parce que leur couple a un problème de fertilité. Chez les femmes Adjias, un homme peut prendre autant de femmes qu'il désire. La première épouse est prévenue quand le mari nourrit déjà l'idée d'en épouser une autre. Donc étant préparées psychologiquement à cette réalité, les participantes ne sont pas offusquées par l'arrivée de la rivale qui va donner des enfants au mari en attendant qu'elles aient à leur tour au moins un enfant biologique. Une seule répondante qui est légalement mariée a parlé d'infidélité si son mari fait un enfant avec une autre.

Toujours selon les femmes rencontrées, elles peuvent utiliser tous les moyens pour s'opposer à cette union, mais aux yeux de l'entourage, l'homme doit trouver d'autres solutions pour assurer sa descendance après des années de concession et de patience. Comme elles le mentionnent, même si elles peuvent, dans certains rares cas, empêcher la cohabitation avec la coépouse, cette dernière a quand même davantage de privilèges auprès de l'époux et de la belle-famille. L'équilibre du couple, qui est d'ores et déjà ébranlé par l'infertilité, se fragmente davantage.

V.7.c Violence vécue par la femme au sein du couple

Les femmes interviewées, bien qu'elles aient toutes une profession, rapportent qu'avoir des difficultés à concevoir un enfant au sein de leur foyer augmente leur niveau de stress tant à la maison qu'au travail. Selon elles, cela peut occasionner des échanges houleux avec leur époux. Il leur arrive à chacun de ne plus se montrer patient l'un vis-à-vis de l'autre dans le couple.

Il lui arrive de négliger sa médication alors que l'objectif que nous poursuivons nécessite des efforts. Il me dit qu'il n'a pas à faire des sacrifices pour une femme inutile. Un jour il a dit que la chienne du voisin qui venait de donner des chiots vaut mieux que « l'homme » qu'il a pris pour femme. Il m'a laissé savoir que les femmes comme moi ne devraient pas mériter une dot au mariage. Face à ses propos récurrents, je me mets en colère contre lui et le fait d'être sans enfant m'attriste encore plus (Nondi, 38 ans).

Mon mari fait chambre à part avec moi parce qu'il me dit que je risque de le contaminer avec mon infertilité. Il lui arrive de me dire d'aller me désenvoûter ou de faire don de mon utérus (Atchéhoun, 43 ans).

Un jour, il a dit devant ma belle-mère que je suis la pire rencontre de sa vie. La maman a rigolé et m'a laissé savoir de me débrouiller pour satisfaire son fils (Tchédjinnassin, 34 ans).

Quand je m'assieds proche de mon mari, il me demande si j'ai ma place à ses côtés. Face à mon silence, il me dit, voilà tu as la réponse. Ensuite, il me balance que bientôt une vraie femme va lui donner de beaux enfants (Hindè, 22 ans).

Elles justifient cette agressivité par l'absence de dialogue, les sorties régulières, le refus de consulter un médecin, l'interruption du traitement contre l'infertilité par le conjoint, le manque d'effort pour soutenir la conjointe qui suit le traitement, le désintérêt du mari d'avoir des rapports sexuels réguliers comme indiqué par le gynécologue, les fausses couches répétées vécues par la femme et les commentaires de l'entourage qui trouvent que l'homme fait trop de concessions vis-à-vis de sa femme qui est jugée comme l'infertile du couple. À cet effet, une répondante raconte :

Pendant que je suppliais mon mari pour qu'il aille faire des examens médicaux afin qu'on soit fixés sur ce qui nous empêche de faire un enfant, il m'annonce brutalement l'accouchement d'un enfant dont il est le père biologique. Il me traite ouvertement de femme infertile sous les regards complices de ses parents parce que nous habitons dans la maison familiale. J'ai répondu avec des propos acerbes à mon mari et il a répliqué par une gifle. Plus tard dans la soirée, je me suis battue avec lui dans notre chambre à coucher parce que je ne me laisse pas faire. Il a décidé de me quitter et c'est là que mon hypocrite de belle-mère intervient le lendemain pour lui dire qu'il ne va pas me quitter (Atchéhoun, 43 ans).

Les répondantes citent de nombreuses raisons pour parler de la violence verbale et physique au sein de leur couple. Elles rappellent qu'en plus de ce qu'elles endurent au sein du couple, l'entourage ne manque pas de remuer le couteau dans la plaie de leurs comportements déplacés.

V.8 Pressions émises par l'entourage

Les femmes interviewées insistent sur le fait que le choix de rester délibérément en retrait temporairement ne leur épargne pas tous les ennuis avec l'entourage. Elles évoquent une prise de distance volontaire entre l'entourage et elles. C'est de leurs aveux une protection contre les jugements de valeur et des affrontements inutiles contre l'entourage. Toutes racontent qu'il leur est déjà arrivé de ne pas être conviées à une cérémonie alors que cette interdiction ne s'applique pas à leurs époux. C'est à croire, d'après elles, que la difficulté à concevoir selon l'entourage est contagieuse et c'est disgracieux pour la famille de se tenir en leur compagnie.

Certains me demandent de quitter mon mari immédiatement parce que je ne lui donne pas des enfants. Ils vont jusqu'à médire à mon sujet en disant que je ne sers à rien et que je n'ai pas ma place ici, auprès de mon mari (Nondi, 38 ans).

Certaines répondantes ne manquent pas d'insister sur le fait qu'elles ont beau vivre loin, c'est connu de leur entourage qu'elles ont de la difficulté à avoir des enfants. Elles ressortent ici l'indiscipline morale de certains membres de leur famille. Ceux-ci ébruient l'information au sujet de leur vie intime de couple à une personne commère qui répand l'information. Si elles disent surtout ne pas être sûres de comment les gens sont informés, elles se font à l'idée que généralement après un an de mariage, l'absence d'un enfant soulève déjà des questions au sujet de la femme.

Les répondantes mentionnent que lors des fêtes familiales avec la belle-famille, elles doivent se montrer réservées. Parce que les moindres gestes de leur part peuvent donner lieu à des moqueries, des comparaisons et des règlements de compte de tous genres. Les répondantes qui se trouvent fortes racontent qu'elles ne craignent pas de s'afficher en public aux côtés de leurs conjoints, mais au moins une fois sur deux, elles ont déjà été la risée de l'entourage. C'est ce qu'une participante partage à ce propos.

À l'enterrement de ma belle-mère, je suis allée suivre un groupe de danseurs de chansons folkloriques, en essayant d'esquisser quelques pas comme les autres, la femme de mon beau-frère m'a demandé devant tous, pourquoi je dansais aux funérailles de la belle-mère alors que je

n'ai pas donné un petit-enfant à la défunte. Je me suis retirée du groupe sans ajouter un mot (Danmontin, 36 ans).

V.9 Conciliation entre profession et soins médicaux

Les participantes admettent qu'au fil des années, concevoir devient un défi, bien que cette remarque soit personnelle. Elles adoptent des méthodes différentes pour augmenter leurs chances de tomber enceinte. À ce propos, la plupart parle de leur assiduité dans les rencontres avec le personnel soignant, les multiples échanges et supplications pour motiver les maris à se rendre aux soins pour passer des examens.

Elles assurent qu'elles doivent trouver du temps pour concilier leur profession avec les différents rendez-vous médicaux qui ont lieu hors de leur région. De plus, elles prennent soin de souligner que des examens se font exclusivement dans la capitale à cause des médecins spécialistes et de la technologie présentes dans certaines cliniques. Selon elles, cela nécessite un long trajet, un hébergement, un bon sens de l'orientation et un budget conséquent. Quelques participantes avouent être limitées en matière de ressources financières et logistiques quand vient le moment d'aller plus loin.

V.9.a À la conquête de la fertilité

Quelques femmes rencontrées ont explicitement laissé savoir qu'elles explorent toutes les solutions à portée de main pour avoir un enfant biologique. Néanmoins, certaines font part de leur refus d'avoir recours à des solutions contraires à leurs valeurs religieuses. Toutes les femmes rencontrées parlent de l'espoir qu'elles nourrissent de devenir mère. Elles parlent de parcours de vie qui doit être marqué absolument par la naissance d'un enfant.

Je compte devenir mère coûte que coûte. Dans le pire cas c'est mieux de parvenir à effacer cette honte publique en usant de tous moyens que de vivre une vie très vide au point de ne pas être mentionnée après la mort, comme membre de la famille ayant eu une descendance après sa mort. Même si le dire et le faire, le processus est ardu (Gnonvo, 22 ans).

Une décision qui finalement implique un dévouement quotidien pour nourrir la motivation et de multiples ressources pour y parvenir.

V.9.b Violences morales

Les femmes rencontrées avouent sans langue de bois, les conflits quotidiens associés à l'absence d'enfants dans leurs foyers les premières années. Elles parlent souvent des invectives de leurs conjoints toujours orientés à la maternité qui tarde à venir. Certaines disent avoir développé des comportements d'évitement pour alléger les affrontements constants. Les femmes interviewées disent ne pas être épargnées par les remarques outrageuses de l'entourage immédiat. Elles soutiennent que l'infertilité est la première source de conflits qui les persécute dans le couple. Les femmes rencontrées déclarent être plus vulnérables au sein du foyer en compagnie d'un mari qui à longueur de temps, passe ses frustrations de ne pas être père sur elles. Quelques-unes ont raconté avoir échangé des propos très incendiaires avec leurs compagnons de vie.

Mon mari me répète à chaque fois qu'il finissait de boire sa boisson après le travail, que je suis une bonne à rien. Une femme à l'utérus infructueux qui a pris sa dot gratuitement. Il ajoute souvent qu'une fille est plus utile à sa famille que moi. Son habitude est d'enchaîner les insultes jusqu'à ce que je trouve refuge dans une autre pièce de la maison loin de son regard. Je rejoignais le lit conjugal, après son ronflement (Danmontin, 36 ans).

Lorsque mon mari reçoit la visite de ses neveux et de sa belle-sœur, il dit devant eux que je suis incapable de remplir sa maison d'enfants. Il parle de son regret d'avoir construit un grand nid familial inutilement. À deux dans la chambre, il m'appelle la chèvre sans lait et il ricane ensuite. Mon mari me dit souvent qu'il ne veut pas me voir sourire en sa compagnie tant que je n'ai pas fait des enfants. La dernière fois, il m'a dit qu'il m'a demandé de marquer au mur de la chambre toutes les fausses couches que je fais (Essè, 28 ans).

À chaque menstrues, mon mari me traite mon utérus de jarre trouée. Il dit avoir honte de s'afficher avec moi lors des célébrations. Il me fait constamment des reproches sur ma féminité et m'appelle la poisse de sa vie amoureuse. Mon mari me menace clairement de me renvoyer pour ramener son ex-copine pour lui donner des héritiers (Akuété, 33 ans).

Mon conjoint ne dit plus aucun mot tendre à mon égard comme dans notre première année de mariage. Tout est remplacé par un chapelet d'injures dégradantes à chaque fois qu'il me trouve sur sa trajectoire. Il le fait en cuisine, au-dehors et même au lit. Mes visites médicales empirent cette tension. Il devient très agressif verbalement à chaque demande de contribution pour les soins et traitements. J'ai recours parfois à ma belle-sœur pour lui faire part des urgences reliées à notre vie de couple (Atchéhoun, 43 ans).

C'est très difficile de communiquer sans les cris de mon mari. Il est toujours énervé lorsque je veux lui faire part de mon avis. Il me somme de me faire parce qu'une femme sans enfant ne peut interrompre un homme qui l'endure. Mon conjoint fait tous les jours allusion à l'infertilité avec des expressions disgracieuses (Apkédjé, 45 ans).

V.9.c Orientation vers des soins médicaux

Les soins médicaux sont l'une des options les plus priorisées par les femmes. À ce sujet, elles racontent que c'est sur l'insistance de certains professionnels de la santé qu'elles reviennent au rendez-vous et se donnent les moyens de faire un suivi régulier. Quelques participantes disent trouver chez leurs professionnels soignants une oreille attentive pour échanger sans ambages sur leur difficulté à concevoir et sur d'autres aspects de leur vie. Des femmes rencontrées font part de leur malaise, de partager leur intimité avec un nouvel entourage.

Quelques-unes de nos participantes, après des visites médicales, prennent des médicaments pour maximiser leur chance de tomber enceinte plus rapidement. Certaines font savoir que les soins sont sur une longue durée et nécessitent de nombreux examens plus intimes et approfondis. Elles évoquent les nombreux rendez-vous incessants et coûteux qui mettent à risque, pour le long terme, la profession qu'elles exercent. Une fois la rencontre finie, la femme multiplie les prières et fait, si possible, des prêts financiers pour visiter régulièrement son médecin traitant et payer les frais d'ordonnance qui sont, selon elles, hors de prix.

Elles affirment qu'elles sont vulnérables et recherchent une sympathie forcée venant des autres. Alors s'ouvrir à quelques conseils adaptés et des infirmières peut être soulageant. Les déplacements sont coûteux pour les femmes n'ayant pas le choix de se rendre loin de la compagne pour recevoir des soins. Elles confirment être limitées par cette contrainte. L'inconfort qu'elles décrivent est la peur de croiser certains professionnels soignants dans la communauté et le non-respect de la confidentialité chez les aides-soignants et les infirmières.

Trois des répondantes racontent avoir été victimes des ragots sur leur bilan de santé qui leur est parvenu lors d'une fête communautaire ou à l'occasion d'une visite chez sa belle-sœur. Une autre se dit encore sous le choc, parce que l'infirmière de zone est la cousine de sa coépouse, donc elle connaît quasiment toutes des difficultés qu'elle a de concevoir et les minces chances qu'elle pourrait avoir de devenir une mère biologique. Elles dénoncent toutes l'impuissance face au peu de rigueur sur l'importance de la confidentialité au sein de quelques cliniques et hôpitaux et l'impact que cette fuite a sur l'interaction qu'elles ont avec les autres au sein de la communauté.

En dehors de ces malaises qu'elles disent subir, elles attirent toute l'attention sur les sommes colossales qu'elles doivent déboursier pour se faire traiter. En ajout à ceux-ci, elles insistent sur leur responsabilité de déboursier soit la totalité des soins pour les traitements, soit au moins plus de la majorité des dépenses qui sont quasiment inestimables du début à la fin du traitement. D'après les répondantes, les conjoints sont moindrement impliqués parce qu'ils estiment que ce sont les femmes qui souffrent d'infertilité.

V.9.d Coûts approximatifs des soins médicaux dans le Couffo et le Mono

Si les femmes interviewées exercent toutes une profession, elles disent qu'il n'est pas aisé de faire un budget conséquent pour se permettre de suivre le traitement sans manquer un rendez-vous, faute de fonds, ou acheter une prescription régulière par manque de moyens. Elles soulignent qu'elles ne bénéficient d'aucune assurance maladie ni de médicaments. Pour celles qui ont recours à des aides de bienfaisance des religieuses de

leur région, c'est un répit pour leurs finances. Nonobstant cela, neuf femmes disent ne pas savoir qu'elles peuvent recourir aux aides offertes par les institutions religieuses parce que l'information n'est pas répandue et pas accessible à toutes. Toutes les répondantes disent que les traitements varient de 80 000 francs CFA⁶ au moins, à plus de 1 000 000 de francs CFA au cours d'une année. Ce qui est un luxe pour plusieurs à bien des égards.

V.9.e Précarité financière des femmes

Les répondantes rappellent cependant que le coût de la vie augmente tous les jours. Et que si leurs revenus demeurent inchangés, elles sont aux prises avec des dettes et font aussi des tontines⁷ dans des coopératives pour couvrir les dépenses du traitement. Elles avouent toutes faire un commerce informel et parallèle pour subvenir aux besoins dans le couple. Bien qu'elles s'accordent à ne pas enlever aux conjoints leur rôle de pourvoyeur désigné, elles trouvent qu'ils sont moins enclins à investir à moyen terme dans le projet du couple à accueillir un enfant biologique. Selon elles, certains hommes préfèrent que les femmes se débrouillent avec ce qu'ils leur donnent quotidiennement ou mensuellement pour la nourriture. De plus certains conjoints couvrent les premières dépenses parce qu'ils sont obnubilés par le fait de savoir que dans le couple est infertile.

En guise de solidarité, mon frère jumeau qui est plus nanti que moi, a dû m'amener dans la capitale pour payer les soins dans une clinique privée, après plusieurs échecs dans les hôpitaux de zones en campagne. D'autant plus que dans mon cas, j'avais perdu un enfant mort-né d'un ancien conjoint faute de moyens financiers (Essè, 38 ans).

De plus, les femmes interviewées évoquent que demander de l'aide financière autour d'elles revient à dire explicitement qu'elles souffrent d'infertilité et ne sont donc pas en mesure de faire un enfant naturellement comme leurs consœurs. Dans des cas rares,

⁶ Devise monétaire de l'Afrique de l'Ouest

⁷ Tontine : Une association de personnes cotisant à une caisse officieuse ayant un responsable et qui donne la totalité à tour de rôle à chaque membre du groupe à une période bien déterminée.

elles confessent à mots couverts qu'une collecte est faite dans la fratrie de la femme sous l'insistance de la mère en secret, pour que les fonds recueillis lui parviennent sous la forme d'un don symbolique de la mère ou d'une aide clairement identifiée de la part de la fratrie mais sous le sceau du secret et rapportée par le père ou un membre très intime à elle.

Les répondantes affirment accepter aisément tant l'aide de leur famille d'origine que celle des autres. Elles ajoutent qu'elles sont réticentes aux autres à cause des commentaires acerbes à leur égard. Les femmes rencontrées signalent être fragilisées par les multiples rendez-vous intermittents écourtés, fausses couches répétitives et les diagnostics incertains. Plus tard, pour faute de moyens financiers, elles avouent avoir recours à la pharmacopée⁸ qui s'avère nécessaire.

V.10 Tradithérapie comme alternative de soin

De l'aveu même des répondantes, la médecine première qui leur est suggérée indiscrètement c'est le traitement par les plantes.

Après les traitements médicaux, nous avons préféré nous tourner vers la médecine traditionnelle. Mes parents m'apportaient des tisanes à base de plantes et mon mari également. Mon propre frère aussi allait de pharmacopée en pharmacopée pour me trouver un remède (Vomin, 30 ans).

Loin de mettre un nom spécifiquement scientifique à cela, elles parlent toutes de médecine traditionnelle. Elles disent avoir fait le choix de pencher pour la médecine moderne en premier pour avoir un diagnostic et des informations qui, à leurs yeux, aident mieux les guérisseurs.

⁸ Feuilles et écorces d'arbres thérapeutiques.

V.10.a Expérience des femmes avec les tradipraticiens

Communément appelés tradipraticiens par les femmes interviewées, cette pratique ancestrale, bien que peu reconnue officiellement, a déjà fait ses preuves au sein de la société. Jadis, selon les femmes, l'utilisation des plantes, écorces triturées, incantations et potions était au centre des recettes de guérisons de bien des maux traités par les tradipraticiens. En l'occurrence, le traitement pour la fertilité.

Ni mon mari ni moi n'avons été en couple avant notre mariage. Mais il m'a confié qu'il avait fait des analyses médicales avant de me rencontrer. Cependant, depuis notre mariage nous n'avons pas été consulter un médecin ensemble. Nous nous sommes tournés vers la médecine traditionnelle toujours dans cette foulée. Nous avons consulté le « Fâ ⁹ » qui nous a révélé que c'est l'œuvre de l'esprit maléfique qui m'empêchait de concevoir (Tchédjinassin, 34 ans).

Elles prétendent que si, de nos jours, l'utilité est parfois dépréciée par une minorité intellectuelle, la précarité des moyens de subsistance et les gardiennes de la tradition continuent de donner de la voix aux merveilles et succès de cette pratique.

Ma grand-mère a pu faire trois enfants à la suite de potions faites dans des canaris couverts par des touffes de feuilles de palmiers par la guérisseuse du village de mon père. Ce n'est pas tout, elle a conçu après cinq fausses couches. Ses multiples rencontres et les prises régulières des tisanes de la vieille que tout le monde appelait affectueusement la mère miracle au village (Mahinnonhoué, 42 ans).

Quatre des répondantes trouvent cette pratique dépassée et non sécuritaire pour elles. Néanmoins, elles jugent celle-ci moins dispendieuse et plus discrète que les soins d'hôpitaux et cliniques. Les huit autres qui ne sont pas instruites et qui ont fait au moins

⁹ Consultation des oracles dans la tradition africaine.

l'école primaire ont une opinion moins mitigée et très portée sur la légitimité de ce processus. Une bonne partie des participantes ont parlé des tradipraticiens.

V.10.b Consultations

Des répondantes mentionnent recourir fréquemment aux tradipraticiens tout en se rendant aux rendez-vous en cliniques médicales. À l'insistance de plusieurs femmes quant aux bienfaits du traitement de l'infertilité par les plantes, des tradipraticiens approchés partagent quelques-uns de leurs procédés en conservant selon eux le mystère sur les démarches et recettes réservées uniquement aux initiés.

V.10.c Infertilité vue comme un sortilège

Certaines des femmes interviewées ont mentionné être des victimes de malédictions d'une tante, d'un client ou de la coépouse de leur mère. La plupart ont avoué avoir eu cette révélation en consultant les oracles chez un devin ou une guérisseuse. Les répondantes ont nommé des conflits qui sont soldés par une rancune depuis des années.

Une des répondantes se souvient de la grosse dispute entre elle et la femme de son père à son jeune âge au domicile de son père. Sa belle-mère lui a dit lors de l'altercation que son irrespect allait lui valoir, à l'âge adulte, une maison sans enfant. La répondante, une fois mariée n'arrivait pas à devenir mère. Elle soutient que les tests médicaux du couple ne révélaient aucune anomalie médicale. Alors, ses sœurs aînées et sa mère lui ont conseillé d'aller demander pardon à sa belle-mère. Cette initiative a bien sûr été prise après de nombreuses consultations chez différentes guérisseuses. La participante rappelle que la conclusion des personnes visitées la ramenait à la même réponse. Finalement, après la visite offerte à sa belle-mère, celle-ci a exigé une liste de présents qu'elle a pris le soin de lui ramener lors d'une réunion de la grande famille. Deux mois se sont écoulés avant le

moment de l'entrevue, donc elle espère être enfin libérée de ce sort pour goûter à la joie d'être mère.

Je me suis mariée très jeune. Vu mon jeune âge, je ne me suis pas inquiétée pour la maternité. Comme je suis une commerçante, j'achète en gros à Lomé (capitale du Togo) pour vendre au marché Azové (ville dans le Couffo). C'est sous l'insistance de mon mari et de ma belle-famille que j'ai décidé de me débarrasser de ce doute. J'ai toujours cru que ce sont mes nombreux déplacements qui ne facilitaient pas encore ma grossesse. Mais après plusieurs investigations médicales en couple et des recours à plusieurs religieux au Bénin, que j'ai su que je suis la victime d'un sort que ma marâtre m'a jeté quand j'avais 15 ans (Gnonvo, 22 ans).

V.10.d Interventions et traitements subis par les femmes chez le tradipraticien

Pour le tradipraticien que la communauté appelle affectueusement « *mingan* », la plupart du temps, c'est la femme qui se présente pour une première consultation. À la demande de savoir par qui elle a été référée, elle nomme une femme qui a subi des traitements avec lui. Cependant, dans le respect strict des traditions au Couffo et au Mono, il demande à voir le couple. Généralement, la réticence des hommes est quasi inexistante dans ce cas, surtout si l'homme ne fait pas une fixation sur son affiliation à une église. D'abord, il confie, avec diverses invocations mystiques, faire appel à l'assistance des mânes des ancêtres et de divinités pour mieux comprendre et cerner les causes de la difficulté à concevoir de la femme. Ensuite, il revient demander à la consultante si la cause est naturelle ou si, éventuellement, un sort lui a été jeté.

Finalement, il l'informe de la procédure à suivre et des services qu'il offre indépendamment du « diagnostic » fait à son niveau. Sans oublier de voir si c'est la femme ou l'homme qui doit subir le traitement ou si c'est le couple. Dans le cas où il se rend compte que la femme n'est aucunement celle qui a le problème, il procède autrement. Une autre rencontre est demandée exclusivement avec le mari, pour lui annoncer que c'est lui qui a un problème. Avant d'en venir à cette conclusion, il demande une quantité de sperme de l'homme qu'il fait tourner dans un bocal apprêté pour l'occasion. Il fait tourner à l'aide

d'un bâtonnet le sperme mélangé à une poudre granuleuse. Lorsque le sperme s'enroule au bâtonnet, à ses dires, c'est un signe que la défaillance n'est pas au niveau des spermatozoïdes de l'homme. Le cas échéant, il lui est révélé dans une discrétion totale qu'il doit suivre un traitement plus intensif, sans en informer la femme à qui il fait boire des tisanes pour renforcer sa fertilité en attendant de soigner l'homme.

À titre indicatif, il rappelle que c'est seulement à l'homme que revient le libre arbitre de révéler ou non la vérité à sa femme. Selon lui, la durée du traitement dépend d'une personne à une autre. Parfois, il faut faire des rites sacrificiels aux divinités pour implorer leurs bénédictions. Somme toute, les tradipraticiens rencontrés ont permis à plusieurs couples de devenir parent biologique d'au moins un enfant vivant.

Comme anecdote, un tradipraticien raconte avoir permis à un couple caucasien venu d'Europe, à qui les chances de faire un enfant étaient nulles, même avec l'aide à la procréation assistée, d'avoir des jumeaux qui portent des prénoms africains en guise de souvenir. Outre ceci, il insiste sur le fait que raconter la démarche succinctement paraît facile, mais que le traitement peut aller de trois mois pour certains, à plus de deux ans pour d'autres, avant un résultat.

V.10.e Place de la religion dans le processus de traitement de l'infertilité chez la femme

La foi et la prière demeurent des aspects indispensables dans la vie de toutes les répondantes. L'un de leur souhait est formulé de la manière suivante :

(Voix qui tremblote ...) Je demande à mon Dieu à chaque instant de me donner un enfant, même si c'est un seul de me faire cette grâce. J'en ai vraiment besoin (pleurs)... (Pause) (Oboubé, 34 ans).

Les femmes interviewées font savoir qu'à la réception du diagnostic et par respect pour l'intimité du couple, elles vont vers un pasteur, un prêtre ou un tradipraticien pour un accompagnement spirituel suivi de conseils pour maintenir un équilibre émotionnel au

sein du couple. Pour elles, une écoute attentive exempte de jugement de valeurs motive leur choix.

Un curé mentionné par une répondante a raconté qu'il accompagne les couples depuis deux décennies au moins au sein de sa congrégation. Il révèle avoir soulagé, suivi et aidé par des prières et conseils des couples brisés par l'incapacité d'avoir un enfant biologique, des femmes avec des idées suicidaires et des maris qui désirent se séparer de leurs femmes pour devenir pères en se prenant d'autres femmes. Dans des cas où les couples lui apprennent qu'avoir un enfant est impossible, il leur rappelle que seul Dieu a le dernier mot, mais en attendant, il leur suggère l'adoption d'enfants dans les orphelinats ou dans leur famille proche. En revanche, il mise beaucoup sur un choix qui convient au bien-être du couple. Il dit offrir aux couples des conseils pragmatiques pour ne pas leur faire miroiter de faux espoirs.

V.11 Devenir une mère de substitution par dépit

Chez nous les Adjias, ce n'est pas une pratique connue. L'adoption, c'est à défaut d'avoir un enfant qu'on se dit qu'il faut quand même cette joie d'avoir un enfant dans la maison (Atchéhoun, 43 ans).

Une seule répondante connaît les rouages du système d'adoption légale à l'intérieur du Bénin. La participante fait savoir que son géniteur a lui-même été adopté par une autre famille. Bien qu'étant familiarisée avec une telle pratique, cela n'est pas une approche tout indiquée pour son couple. Elle explique en ses mots la prise de décisions et les procédures à sa connaissance sur cette pratique.

La femme se rapproche des institutions qui s'occupent des enfants orphelins et des enfants délaissés pour apporter cette joie dans sa famille. Mais ce n'est pas facile, parce qu'une fois allée là-bas aussi, on rencontre beaucoup de difficultés. C'est-à-dire que la structure ne donne pas facilement ces enfants, il faut avoir un réseau social élargi et riche. Autrement on ne laisse pas les enfants comme cela. Toutes les structures sont verrouillées. On ne laisse pas un enfant sans avoir la garantie comme quoi il sera bien traité dans la famille d'accueil (Essè, 28 ans).

Outre cela, elle explique qu'un enfant adopté légalement est signe de porte-bonheur pour la famille d'accueil. Mais qu'après, ce qui peut être déplorable est qu'une fois que le couple parvient à donner naissance à un enfant biologique, un désintérêt vis-à-vis de l'enfant adopté peut arriver. Selon elle, ce genre de situation conduit parfois à rendre ce dernier malheureux. Cette réplique d'une des participantes illustre au mieux le contexte familial :

Du coup, si ce n'est pas le papa qui se retourne contre l'enfant, c'est la mère et cet enfant est délaissé au détriment des enfants biologiques. Or la structure qui vous a confié l'enfant n'est plus en contact avec vous. L'enfant adopté est blessé et il se sent frustré parce qu'il n'est pas du sang ni du père ni de la mère. Donc il n'est pas chouchouté (Vomin, 30 ans).

Finalement, les autres femmes rencontrées disent d'emblée ne jamais avoir considéré cette option. De même que pour elles c'est inadmissible, c'est aussi le cas pour leur entourage respectif. Elles préfèrent de commun accord avec les époux s'orienter vers une solution plus conventionnelle à leur pratique culturelle.

En vue de mieux comprendre leur choix, il est bien indiqué d'en savoir plus sur l'alternative qui est prisée par ces femmes pendant qu'elles suivent les traitements pour augmenter les chances de concevoir. Il s'agit ici de l'accueil d'un enfant de la famille élargie.

V.12 Don familial pour consoler la femme ?

[...] tout au début lorsque je suis rentrée au foyer, mon mari a refusé ce genre de chose, parce qu'il se dit qu'il ne veut pas avoir ce genre de problème. Parce que même si tu donnes tout ce qu'il faut à un enfant confié, on est toujours remercié en monnaie de singe. Par conséquent, il vaut mieux ne pas aller sur ce chemin (Akuété, 33 ans).

En vue de stabiliser leur foyer et de poursuivre des traitements de fertilité, certaines femmes rencontrées ont fait la démarche de prendre soin des enfants de leurs frères et sœurs. Bien que l'initiative soit celle de la femme, elle est auparavant approuvée par

l'homme. C'est le chef de famille qui décide si l'enfant à accueillir doit venir de la famille de l'homme ou de la femme.

D'une part, d'après les répondantes, l'âge de l'enfant importe peu et les parents adoptifs n'exercent pas de responsabilités légales vis-à-vis des enfants. D'autre part, selon elles, les enfants adoptés traditionnellement sont toujours en contact avec leur famille nucléaire et portent leur patronyme de naissance. Car, pour elles, il revient juste au couple qui accueille l'enfant d'en prendre soin temporairement, à court ou moyen terme, et de consulter les parents biologiques pour certaines décisions sensibles en lien avec l'enfant. En cas de soupçons de maltraitements, l'enfant leur est retiré à la suite d'un conseil de famille. Elles font ce choix à dessein pour la plupart.

De même que les répondantes en ont fait la demande auprès des familles, des membres de la famille ont pris l'initiative de leur proposer des enfants de nièces qui ont eu des enfants précocement. D'après les répondantes, ce transfert d'enfant permet à la jeune mère de continuer sa scolarisation loin dans une autre ville. Une des femmes interviewées a donc pris, avec le consentement de sa nièce, sa famille et son époux, un bébé naissant à sa charge (l'enfant, maintenant âgé de trois ans, était toujours avec elle au moment de l'entrevue). Une autre participante raconte son expérience d'adoption traditionnelle qui n'est pas similaire à celle des autres à cause de son entourage.

(Hum) Les gens de mon entourage font un lavage de cerveau à l'enfant pour qu'il se rebelle contre moi. Je tiens à souligner que j'ai eu la garde de cet enfant depuis qu'il a quatre (4) ans. Mais à douze (12) ans, je l'ai retourné à ses parents parce qu'il ne m'obéissait plus et me voyait comme une étrangère. Je me suis demandé si c'était dû au passage à l'adolescence ou les gens qui ont réussi à le monter contre moi (Naguey, 56 ans).

Elle ajoute que ce passage a été douloureux dans sa vie, d'autant plus que depuis, elle n'a pas encore donné naissance à un enfant. De plus, elle dit qu'elle s'est vouée entièrement à sa tâche de mère en donnant tous les soins requis à cet enfant qui a fini par les abandonner, son mari et elle, après toutes ces années. Elle a qualifié cette séparation de douloureuse et de toxique pour son bien-être émotionnel et pour sa notoriété au sein de

la communauté. Évidemment qu'elle n'est pas la seule à trouver l'adoption traditionnelle parfois compliquée. Un autre aspect de cette difficulté est traduit en ces termes par une autre répondante :

(Sourires)... (soupir). Même si tu prends l'enfant d'un frère ou d'une sœur, l'enfant sait que ce n'est pas toi qui l'as mis au monde. Avec mon expérience, dans mon environnement immédiat, et de ce que je vois avec mes frères directs. Si tu n'es pas son parent biologique, l'enfant te reconnaît comme tata et comme oncle et pas comme leur propre mère (Atchéhoun, 43 ans).

D'après les femmes rencontrées, l'adoption traditionnelle bénéficie tant aux enfants qu'aux familles impliquées. Mais à un moment donné, elles ressentent la peur de l'abandon après le départ du foyer des enfants en âge de se prendre en charge et l'ingérence et l'impact des conseils de l'entourage à l'enfant deviennent des charges émotionnelles mentales pour les femmes. Eu égard à cela, elles ne s'en détournent pas pour autant. Elles voient cette pratique comme un processus temporairement curatif pour pallier le manque d'enfants à leur domicile. Entre autres, pour manifester leur reconnaissance, quelques répondantes qui ont eu un enfant biologique plus tard, choisissent de jouer pleinement le rôle de mère au même titre pour tous les enfants. À la différence qu'elles sont épargnées des critiques et d'un éventuel manque s'il advient que l'autre enfant est réclamé par sa famille. Ceci est bien décrit par cette participante.

Aussitôt que j'ai fait mon enfant, je n'ai pas rejeté l'enfant de ma belle-sœur qui vivait déjà avec nous. Comme il n'avait que cinq ans, j'ai demandé à le garder avec nous et à continuer d'en prendre soin (Akuété, 33 ans).

V.13 Appels à l'aide par les femmes aux institutions étatiques

Toutes les participantes ont exprimé le besoin de recevoir de l'aide sous toutes les formes tout le long des entretiens. Chacune l'exprime de différentes manières mais les ressources identifiées demeurent similaires. De plus, elles en parlent avant même que la question ne leur soit posée.

V.13.a Accompagnement psychologique souhaité par les femmes

La majorité des répondantes sentent le besoin d'en parler avec d'autres femmes qui vivent une situation similaire à la leur. Elles trouvent pénible le fait qu'il n'y ait pas un centre réservé pour explorer ces questions dans un groupe en toute intimité.

Même s'il ne joue aucun rôle, s'il se limitait à nous prodiguer des conseils où trouver un peu de temps pour faire un focus groupe, comme vous le faites en ce moment, cela nous soulagerait amplement au point de vue psychologique. Ce serait déjà un plus pour soulager notre stress quotidien. Oui, je pense que juste le fait d'en parler avec vous me soulage déjà et je dois vous dire un grand merci (Vomin, 30 ans).

L'importance d'avoir un cadre idéal dans le respect de leur vie privée est souvent réitérée. Unanimement, peu importe que leur niveau d'instruction soit élevé ou pas, les émotions sont exprimées sans réserve et leur appel à l'aide demeure inchangé.

Puisque quand une femme traverse ce genre de difficulté, elle est traumatisée et se demande si la vie vaut la peine. Mais quand elle est assistée, elle est soulagée et elle sent beaucoup plus le plaisir de vivre dans la société. Sinon elle perd les pédales. En plus, elle fait des mélanges de décoctions de plantes pour se traiter. Elle s'engage dans des initiatives inimaginables parce qu'elle cherche à ne plus se faire étiqueter et à être heureuse (Kobavi, 36 ans).

Les femmes interviewées mentionnent l'existence de centres d'aides en place pour les femmes qui ont déjà un ou plusieurs enfants et des professionnels à leur disposition pour planifier d'autres naissances. Elles soulignent qu'en revanche, c'est à elles d'effectuer des recherches pour trouver l'information nécessaire pour se faire accompagner durant ce qu'elles appellent toutes, *épreuve*. Les répondantes qui résident en campagne avec un niveau de scolarisation moins élevé rappellent que c'est encore plus pénible pour elles d'avoir accès à des infrastructures limitées et de changer de lieu, afin de protéger leur identité aussi pour parler et se renseigner sur les centres de fertilité.

C'est pénible pour la femme de ne pas avoir d'enfant et de ne pas concevoir une fois qu'elle est sous le toit d'un homme. Si le gouvernement pouvait refaire autrement les choses pour que les femmes

qui ont des problèmes de conception puissent être assistées par l'État et par d'autres structures, ce serait une bonne initiative (Essè, 28 ans).

Pour les femmes qui résident en campagne, les accès aux ressources sont plus difficiles et limités. Certaines évoquent aussi tout un dilemme au moment de choisir entre délaissier leur activité professionnelle et faire le trajet pour quelques jours pour bénéficier de certains services médicaux de gynécologie.

V.15.b Ressources financières

Les femmes interviewées ont exprimé des besoins en lien avec des aides financières de la part des institutions de l'État. Seules deux d'entre elles admettent avoir visité le centre médical « Sèyon¹⁰ » géré par l'archidiocèse de Cotonou. « Cet organisme est derrière le stade de l'amitié. Il y a des médecins là-bas qui prodiguent des conseils, donnent des médicaments et tisanes. Mon mari allait là-bas pour prendre des médicaments. C'est l'église catholique qui a le centre » (Danmontin 36 ans). Le centre, bien que méconnu des autres participantes, n'est pas la solution salvatrice. Les répondantes ont souligné surtout l'envie de se faire aider financièrement par l'État pour avoir la chance de se faire traiter adéquatement dans les hôpitaux subventionnés par les institutions étatiques.

Elle s'investit dans la recherche de solutions et cherche des médicaments pour se faire soigner. Mais il faut les moyens pour s'offrir les médicaments. Les médicaments coûtent chers et il faut des moyens financiers pour s'en offrir. Voilà ce que je peux dire en gros, pour qu'à l'avenir, on pense aux couples qui n'ont pas encore la chance d'avoir des enfants de leur propre sang (Nondignon, 26 ans).

À ces doléances et appels à l'aide s'ajoutent de nombreuses autres qu'il est pertinent de joindre avec la justesse des propos des participantes. Il est de bon aloi de faire parler celles

¹⁰ Médecine traditionnelle et moderne homéopathie -accompagnement spirituel (Cotonou-Bénin)

qui sont réellement concernées par la problématique traitée. Voici quelques-unes de leurs formulations :

Nous demandons un accès aux services médicaux et à l'achat des médicaments en pharmacie à la portée de nos bourses pour poursuivre nos traitements. Nous leur serons reconnaissantes toute la vie (Danmontin, 36 ans).

Je viens de tout te confier sans réserve. Je n'ai pas les sous pour continuer mes traitements à l'hôpital. Mes proches ont déjà fait de leur mieux en me donnant de l'argent par ici par là. Et comme le dit un adage Adja : *Personne ne saurait cacher sa nudité là où elle prend une douche.* Autrement dit il vaut mieux faire part clairement des maux dont on souffre pour avoir une solution que de chercher à les cacher pour envenimer sa situation. Je préfère être honnête pour trouver des solutions à mes problèmes (Hindè, 22 ans).

CHAPITRE VI : DISCUSSION

« Il est encore loin, très loin, le jour où il y aura unanimité, une réelle unanimité et non celle de façade avec laquelle on meuble les bonnes intentions [... Les souffrances et les peines de la femme sont nombreuses, complexes et variées, mais le fil conducteur demeure le même, et consiste en un préjudice radical sur sa nature de mère créatrice et protectrice, dont résultent toutes les interprétations réductrices, marginalisantes et infantilisantes que l'on retrouve dans toutes les sociétés et dans toutes les cultures » (Tonme, 2018, p. 186).

Dans ce chapitre, nous aborderons certaines thématiques qui ressortent à la lumière des résultats recueillis auprès du corpus d'enquête : le rôle social genré, le prestige et la virilité assurés à l'homme africain, les dispositions juridiques sur l'égalité des droits humains, la compréhension de l'union des époux dans le contexte africain, les crises au sein du couple, ainsi que les dispositions prises par le législateur béninois.

Les femmes interviewées dans le cadre du présent mémoire véhiculent toutes l'idée d'agir comme des femmes ayant reçu une bonne éducation, d'honorer les époux et de plaire à la belle-famille. Les répondantes affirment que la société a des attentes envers la femme du sud-ouest du Bénin. Toutes ces délimitations de « l'espace social » sont dans l'optique de réduire la femme aux habiletés que les hommes trouvent à son sexe biologique (Djombé, 2012).

Premièrement, pour cerner les réalités de la femme africaine, il faut juste remonter dans l'historicité des événements depuis les pratiques ancestrales et leur hiérarchisation. Un bel exercice qui, au fond, revient à anticiper sur l'explication des coutumes routinières de nos jours. Outre cela, en Afrique par exemple, c'est connu que l'homme a toujours eu, depuis l'Antiquité, cette place de choix que lui confère la structure familiale et communautaire. Deuxièmement, l'homme est vu comme cet être muni de capacités supérieures à celles des femmes. L'homme africain est vu comme un vaillant avec un corps à l'épreuve de toutes douleurs, puisqu'il passe par des rites réussis qui lui confirment

une hardiesse, un sens aigu de la responsabilité et une sérénité qui honorent son titre de dominateur. Somme toute, les seuls attributs sexuels et naturels de la femme qui assurent la procréation et, manifestement, l'aisance à accomplir les tâches domestiques constituent un statut avilissant et opprimant pour les femmes (Djombé, 2012).

VI.1 Rôle social genré

Pour les répondantes à la présente étude, le discours social et culturel à l'égard des normes de genre est intériorisé. Les femmes et les hommes ne sont pas égaux. Les femmes mariées doivent vouer un respect total à leur mari. Les hommes et les femmes assument des fonctions prédéfinies. La femme convoitée et appréciée est celle qui fait ses preuves à travers ses compétences de cuisinière, de ménagère et de mère attentionnée pour les enfants. Contrairement à l'homme, qui fait ce qui est conforme selon lui comme le grand décideur de la famille (Adjamagbo et Antoine, 2004).

Selon Kpadonou et al. (2016), les travaux exercés par les femmes au sein du foyer sont vus en Afrique de l'Ouest comme une habileté inhérente à leur sexe biologique. Ce labeur est vu par les hommes comme un effort qui ne requiert aucun niveau de scolarisation. Pour l'entourage, effectuer les tâches ménagères et s'occuper de l'éducation des enfants, en plus d'exercer une profession, n'est aucunement une charge pour la femme au Bénin. Ces auteurs remarquent que les hommes maintiennent un désintérêt similaire aux soins du ménage depuis leur jeune âge jusqu'à un âge très avancé.

Lorsqu'il y a un mariage, même si la femme a un père biologique, elle appelle son mari « papa ». Les participantes disent que c'est le chef de famille et qu'il est normal de l'accepter ainsi même si la femme gagne des revenus plus importants que l'homme. Elles soutiennent que toute femme a toujours besoin d'un homme dans sa vie. Sans quoi elle est taxée de prostituée et de mœurs légères. Aucune des répondantes n'a remis en cause la notion du genre dans la culture. Elles ont effleuré le sujet les seules fois où il était question de l'inconfort de l'infertilité dans leur parcours. Il faut d'ores et déjà comprendre que le

concept du genre vient d'une sorte de consensus « social et culturel » qui assigne à l'enfant à la naissance une étiquette de femme ou d'homme (Lacourse, 2010).

Cette initiation du rôle lié au sexe biologique commence par les géniteurs et ceci dès le premier jour que l'annonce du sexe leur est faite au moment de la grossesse. Les futurs parents savent déjà, selon si c'est un garçon ou une fille, quelle éducation lui donner pour l'initier aux valeurs attendues au sein de la famille et de la communauté (Lacourse 2010).

Après sa naissance, l'enfant se forge son identité. Pour Lacourse (2010), les sources de renforcement des habiletés et des comportements de chaque sexe à assimiler proviennent de la famille élargie, du milieu scolaire, de l'entourage et des médias.

Tous ces détails pour dépeindre l'homme africain ne sont qu'un ramassis d'amalgames pour contrôler la femme et la soumettre à la domination masculine. C'est l'ingéniosité du patriarcat pour asseoir son hégémonie dans toutes les structures afin d'avoir la mainmise sur la condition féminine (Djombé, 2012). L'homme est tout un symbole de virilité olympien et la femme est l'incarnation de la vulnérabilité. Il faut porter assistance à la femme, en lui confiant un rôle moins exigeant aux yeux du sexe masculin biologique. Il n'y a qu'à travers ce prisme que la femme est considérée dans son rôle conjugal et social (Djombé, 2018).

Pour asseoir cette « construction patriarcale » dont la communauté africaine se vante, il a fallu chosifier la femme. Non seulement, elle est dans un ilotisme, mais elle demeure dans une astreinte qui définit finalement sa destinée et son statut social (Djombé, 2012).

VI.2 Prestige et virilité assurés à l'homme africain

Les répondantes reconnaissent à leurs conjoints cette place privilégiée qui fait de lui celui qui dirige la famille. Selon Djombé (2012), cette implantation du patriarcat dans la sphère familiale africaine est le nid qui régite les nombreux traitements disgracieux

infligés à la femme. L'auteur assure que la femme n'a de place aux côtés d'un homme par son obéissance et son conditionnement à faire profil bas. Plus loin, il voit en cette allégeance à la coutume, une réduction de la femme à une servitude. Ce qui conforte l'homme au sommet de la hiérarchie au sein du couple. Le rôle assigné à la femme au sein de l'organisation de la cellule familiale est la résultante des diverses discriminations et sévices qu'elle subit (Dekeuwer-Défossez, 1998). Contrairement à ces constats, les femmes répondantes ne dénoncent pas le patriarcat et ses assauts. Elles parlent librement de l'importance de se donner les moyens et de maintenir les pressions familiales et sociales. Selon elles, c'est la seule manière de mériter le respect et la reconnaissance au sein de la société.

En fin de compte, le constat demeure le même, les conjoints ne sont pas égaux. L'homme incarne l'autorité suprême, dans son rôle parental et d'époux pendant que la femme est celle qui fait office de mère et d'épouse qui exécute les ordres. Une domination qui vire au désastre conjugal lorsque la femme prend des initiatives qui vont au-delà de ses prérogatives (Djombé, 2012).

VI.3 Dispositions juridiques sur l'égalité des droits humains

Selon la Charte africaine des droits et liberté de l'homme et des peuples relatifs aux droits des femmes, seule la femme est en mesure de décider si elle a envie ou non d'avoir des enfants (Dabo, 2018). Cette Charte permet à la femme de décider exclusivement le nombre d'enfants qu'elle désire avoir, le choix de l'antifécondant ainsi que le choix d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse pour raison de santé. De plus, cette Charte soutient l'égalité entre l'homme et la femme. Dabo (2018) rapporte que le Bénin et le Burkina-Faso n'ont pas adhéré et signé cette Charte, à cause du droit à l'avortement qui fait entorse aux valeurs traditionnelles en vigueur dans ces deux pays.

VI.4 Compréhension de l'union des époux dans le contexte africain

Les femmes interviewées dans le présent mémoire vivent toutes en union. Elles trouvent que c'est la première exigence à satisfaire pour fonder une famille. Les répondantes respectent les consignes coutumières pour favoriser leur épanouissement au sein de la société. Ce conformisme expliqué par les femmes rencontrées permet en réalité de maintenir une homéostasie au sein du foyer et de l'environnement familial. Le mariage n'est pas vu comme un calvaire par les répondantes. Ce qu'elles déplorent relève dans ce cas de la difficulté à passer par l'étape de la maternité.

Dabo (2018) trouve pertinent de rappeler que la notion du mariage africain est le lieu de prédilection où s'exerce la suprématie de l'homme sur la femme. Ce qui se traduit par la sempiternelle fidélité aux traditions et coutumes africaines. Même si le mariage est encouragé et voulu par les femmes rencontrées, il n'est pas un vecteur d'équité pour la femme dans les faits, même si le principe de droit dicte le contraire. Selon Dabo (2018), mariage retire à la femme sa liberté d'agir et de s'exprimer. S'il faut se fier aux droits des femmes pris en compte dans la sphère internationale, alors ceux de la femme mariée dans le contexte africain sont quasi inexistantes (Haquet, 2001 ; Guinchard et Debart, 2017 cités dans Dabo, 2018).

Même si les textes de lois en Afrique permettent à l'homme et à la femme de jouir des droits similaires et de se marier ou non, dans les faits, c'est toujours pénible pour la femme (Dabo, 2018). Déjà, la femme ne se projette pas dans une vie sans mariage. Pour Dabo (2018), tous les mécanismes mis en place pour conditionner la femme dans son rôle de procréatrice la contraignent à vite se marier, quitte à se déscolariser. Désormais tout son intérêt est dans sa vie de couple et de famille. Alors que c'est par une profession ou un métier rémunéré qu'elle peut aspirer à cette « égalité des sexes » (Dabo, 2018, p. 30). C'est sans compter comment la cohabitation des époux perpétue simultanément l'oppression et le renforcement du cliché de la femme africaine (Carbonnier, 2004 ; Halpérin, 2003 ; Bethery et de la Brosse, 2014 cités dans Dabo, 2018).

Selon Tabet (1998), l'attente de la société vis-à-vis de la femme la prive de toute forme de célibat. La femme n'a de vie sexuelle que dans le mariage et dans le seul but d'accoucher des enfants vivants. C'est un des piliers de la coutume africaine qui la confine dans ce rôle et lui interdit toutes formes de méthodes contraceptives pour contrôler sa maternité. Le seul fait d'être mariée lui enlève cette autonomie. Les femmes rencontrées ne remettent pas en cause le rôle des femmes et les pratiques culturelles. Bien au contraire, elles entendent les assumer parce que leurs mères en ont fait de même. Selon elles, c'est ce qui fait l'honneur au sein de la belle-famille et tient aussi comme preuve de la bonne éducation reçue. Les répondantes affirment être là pour pérenniser ce mode de vie pour les générations à venir. De plus, les femmes rencontrées ne font usage d'aucune méthode contraceptive au sein de leurs couples. Elles n'en ont jamais utilisé surtout avec leur besoin d'enfanter. D'ailleurs pour elles, rien ne peut se faire en ce sens sans l'accord des conjoints. Finalement les femmes interviewées assument leurs rôles au sein du foyer sans aller à l'encontre des attentes familiales et sociales.

Tabet (1998) rapporte que cette contrainte infligée à la femme est encore d'actualité au sien de la plupart des couples en Afrique, cette pratique étant au centre des « rapports de sexe » comme l'irrespect du libre arbitre de la femme. Dans l'entendement de l'homme africain, il n'est pas envisageable que la femme veuille délibérément décider d'user de sa sexualité à sa guise (Petitpas, 2008, cité dans Dabo, 2018). En revanche, les femmes rencontrées dans le présent mémoire parlent d'une sexualité assumée pour donner des enfants à leurs maris, afin de faire respecter leur mariage au sein de la famille élargie. Ces femmes ne voient pas leur vie sexuelle comme une contrainte. Les répondantes insistent surtout sur l'enfantement qui est une condition *sine qua none* au sein du foyer. Selon elles, sans cela, elles risquent d'être remplacées ou reléguées au rang de seconde épouse en cas de polygamie.

À cet effet, la femme africaine est confinée dans une union qui l'oblige à se plier à des devoirs conjugaux. Elle ne peut qu'exister dans le cadre du mariage et sous la supervision étroite de son époux. La femme ne peut être considérée comme une entité à

part entière comme l'homme. La tradition établit l'homme comme le supérieur de la femme qui n'est bonne que dans son rôle « conjugal et social ». Bien que la femme africaine joue plusieurs rôles confiés au sein de la société, la dynamique identitaire qui lui convient est de satisfaire les envies de son entourage (Dabo, 2018).

C'est cette vision identique que les femmes rencontrées décrivent lorsqu'elles ressortent leurs postures et identités au sein du couple. Elles certifient être là pour jouer un rôle bien déterminé et assigné auprès de leurs maris. Elles misent sur ce respect pour réussir leur mariage. Les répondantes n'entendent aucunement surseoir à cela en dépit de leur indépendance financière.

Les répondantes complètent aussi que c'est leur responsabilité d'enfanter pour assurer la descendance de leurs maris. Elles sont convaincues qu'il leur revient de respecter le statut de l'homme et d'entretenir tous les attributs leur concédant cette place de souveraineté. De façon plus explicite, la femme mariée est soumise aux demandes sexuelles de son époux et à l'obligation de le rendre père. Son corps dans son entièreté est réservé à satisfaire les moindres besoins de son conjoint (Tabet, 1998).

VI.4.a Procréation : charge assignée au sexe biologique féminin

Les participantes sont unanimes sur le sujet. Toutes les femmes doivent donner naissance à au moins un enfant au cours de sa vie. Elles soutiennent que c'est d'une importance capitale et vitale pour l'honneur de l'homme et pour leur statut social au sein de la société. Elles n'ont vu aucune contrainte sociale dans ce rôle. Elles l'expriment comme un besoin pour exister et renforcer leur place au sein de la belle-famille.

La femme africaine est celle-là qui a les attributs nécessaires pour donner vie à un enfant pour pérenniser la famille de l'homme. La société ne lui concède aucunement une compréhension atténuante à son incapacité à procréer. C'est absolument la raison pour laquelle son univers est bouleversé quand elle tarde à tomber enceinte. Un simple retard

de l'arrivée de la grossesse ou un diagnostic d'infertilité n'est pas envisageable pour elle (de Sève, 1990 cité dans Dabo, 2018).

La maternité est une obligation pour la femme en Afrique à cause des impératifs traditionnels à respecter. Et cette posture dans laquelle la femme est mise lui retire bel et bien un droit à une libido exclusive à la jouissance. Dans cet ordre d'idée, sa sexualité est avant tout consacrée à l'enfantement. C'est à l'homme de disposer de son corps quand bon lui semble (Djombé, 2012). C'est mal vu qu'une femme en Afrique ait des relations sexuelles sans être mariée. Aussitôt qu'elle fait entorse aux règles, elle est vite réprimandée à ce propos (Dabo, 2018).

Par ailleurs, certaines femmes rencontrées n'ont jamais entendu parler de procréation médicalement assistée. D'autres participantes ont manifesté un refus catégorique à l'éventualité d'y avoir recours. Elles disent que ce n'est pas accepté dans leur culture. Mathieu (2012 cité dans Dabo, 2018) fait référence à la procréation médicalement assistée qui est pratiquée en Afrique sans toutefois être à la portée de tous les couples financièrement. Outre cela, le simple fait que la procréation médicalement assistée implique l'intrusion d'une tierce personne à la conception du futur enfant à naître revêt d'une entorse aux exigences culturelles.

VI.4.b Conscientisation des femmes

Les associations de femmes ont donné un nouveau souffle au statut de la femme béninoise (Douvi, 2018). Les dispositions institutionnelles présentes au Bénin au sujet de cette égalité hommes/femmes ploient encore sous la domination des valeurs culturelles. En revanche, selon Douvi (2018), l'association de la défense des droits de la femme, du fait de ses actions, s'active à rendre les femmes indépendantes dans une approche participative. Par exemple, l'association des femmes juristes du Bénin (AFJB) :

[...] donne accès aux textes de loi 12 par le biais d'activités de formation et d'information. Les interventions de cette association portent surtout aussi sur les questions relatives au mariage, à la succession, aux relations

de travail, à la pension alimentaire, au lévirat et à l'éducation (Douvi, 2018, p. 11-12).

Douvi (2018) mentionne que le rôle des associations a été de mettre clairement un thème sur les déboires et maltraitances dont les femmes sont sujettes au sein du couple et de l'organisation sociale. Il s'agit entre autres de « la violence conjugale, du lévirat, la pédophilie, l'incitation à la débauche, les interdictions alimentaires, le proxénétisme et le mariage précoce » (Douvi, 2018, p. 73).

Pour ce qui a trait à la procréation, Douvi (2018) fait savoir que les revendications sont calquées sur tout ce qui a trait aux ressources médicales. Elle ajoute qu'il manque de professionnels de la santé qualifiés pour aider et accompagner les femmes. Pour exemplifier, elle cite les progrès à faire pour le suivi des femmes au long de la grossesse et de l'accouchement afin de baisser le taux de mortalité infantile et le décès des femmes lors des césariennes. Plus loin, elle ne manque pas d'inclure cet aspect essentiel qu'est la pauvreté des femmes. À la campagne, les femmes font de longues distances pour avoir des soins liés à la maternité soit à l'hôpital ou à la clinique.

Bien que les revendications et les réformes soient en faveur des femmes et pour réduire l'emprise du patriarcat, il reste à faire sur les sujets qui touchent les femmes. C'est à croire que les discours sont strictement basés sur les jeunes filles et les femmes mères. Les aspects qui touchent intrinsèquement les problèmes de fertilité de la femme et sa liberté ou non de s'en préoccuper ne sont pas souvent traités. D'ailleurs, c'est ce que concluent aussi les répondantes du présent mémoire. Elles soulignent n'avoir pas de services adaptés à leurs bourses dans leurs zones de résidence. Même chose pour les groupes de soutien pour les femmes qui expérimentent leur problématique. Ceci est avant tout une des suggestions majeures parmi leurs doléances. Toutefois, les femmes interviewées souhaitent avoir un groupe de solidarité en ce sens pour se comprendre et avoir un lieu pour discuter en toute discrétion et dans le respect. Sommes toutes, les revendications et besoins des femmes doivent être des critères d'inclusion pour la lutte des femmes.

VI.5 Crises au sein du couple

Les participantes reconnaissent s'accuser d'office quand la grossesse tarde à venir. Leur manque de connaissances et d'informations sur le plan médical contribue aussi à accentuer cette culpabilité. Si entre-temps la femme utilise un antifécondant au sein du couple pour retarder l'arrivée de la grossesse, l'homme s'en sert comme argument pour justifier l'infertilité de son épouse (Dabo, 2018). Néanmoins, aucune des femmes rencontrées n'en fait usage parce qu'elles sont toutes occupées à suivre des traitements pour porter une grossesse et donner naissance à au moins un enfant.

Pour éviter une crise conjugale, Dabo (2018) soutient que plusieurs femmes en Afrique sont réticentes et négligent les moyens contraceptifs. Cette auteure précise que cela peut être à long terme une des causes des problèmes de fertilité de la femme. Voilà pourquoi, celles qui n'ont jamais eu un enfant préfèrent s'en éloigner pour s'épargner les nombreuses invectives liées à l'infertilité.

VI.5.a Violence psychologique : micro-agressions

Les femmes rencontrées soulignent avoir du mal à se confier à une personne de confiance au sujet de leurs inconforts au sein du couple, de peur de voir leur vie étalée au grand jour et augmenter l'ampleur des sévices déjà vécus, selon elles. En dehors des conjoints, les participantes révèlent d'autres acteurs, comme les membres de l'entourage et la belle-famille, qui sont en permanence familiers à cette violence à leur égard.

Force est de constater qu'en matière de justice, il faut des preuves tangibles pour porter plainte. La violence morale est priorisée par les agresseurs parce qu'elles sont plus subtiles. La plupart du temps, les conflits conjugaux ont lieu à la résidence des conjoints, donc loin des regards. Dans cette intimité, les propos acerbes, injurieux et les réflexions intimidantes de l'homme à l'endroit de la femme fragilisent et accentuent sa vulnérabilité. Une telle atmosphère conjugale donne lieu à un mal-être, une impuissance à se préserver émotionnellement et la peur de porter plainte contre l'homme. Ce genre de violence altère le sens de jugement des femmes (Casalis et al., 2002 cités dans Dabo, 2018).

D'après Dabo (2018), par ingéniosité, les époux comprennent qu'ils ne porteront jamais le blâme d'un tel acte devant l'autorité judiciaire compétente. Puisque l'évidence des méfaits est pénible à établir. L'auteure insiste sur le fait que cette forme de violence est un signe précurseur de la violence physique. Elle précise que ce genre d'interaction agressive produit des conséquences irréversibles sur la santé mentale de la femme au fil du temps. C'est comme une bombe à retardement qui soustrait la femme à toutes ses capacités de réflexions rationnelles et l'induit dans un cycle de normalisation de la situation.

VI.5.b Violence physique

Pour les participantes qui en sont venues aux mains avec leurs époux, parfois devant même la belle-famille, aucune poursuite n'est engagée par la suite. Elles avouent que c'est généralement avec la belle-mère que la médiation se fait pour apaiser les tensions au sein du foyer. Le législateur béninois est porté à trancher et condamner les agressions physiques attestées et avérées. Une disposition de la loi méconnue par les répondantes. Il suffit que la femme porte une plainte formellement et que les faits soient établis comme la loi le stipule (Dabo, 2018).

VI.5.c Violence morale et physique : absence de libido

Les participantes s'ouvrent sur les violences psychologiques vécues au sein du couple. Elles parlent des conflits conjugaux qui amènent l'absence de dialogue dans le couple. De ce fait, cette coupure de la communication empire leur état émotionnel. Tout comme les nombreux traitements médicaux et traditionnels qu'elles suivent qui ont une grande incidence sur leur sexualité au point de ne plus désirer sexuellement leur conjoint. Par conséquent, cet inconfort arrive progressivement jusqu'à créer une crispation et une absence totale de libido au sein du couple. Pour les répondantes, priver l'homme d'activité sexuelle est contraire à leur éducation. Elles cherchent des solutions avec les conjoints

pour remédier à la situation. Les méthodes de guérison alternative dont elles ont parlé sont moins agressives physiquement. Contrairement à d'autres pratiques bien d'actualité en Afrique. Une des expériences bien détaillée d'ailleurs est la suivante.

Pour faire soigner la femme une thérapie lui est proposée. Elle a la possibilité de recevoir les étincelles d'un fer bien préchauffé au bois dans le vagin ou d'avoir des relations sexuelles avec le forgeron. Au cas où elle choisit la deuxième option, elle s'exécute en s'inclinant sur une feuille de bananier disposé préalablement par le forgeron pour couvrir son vagin. Une fois en plein ébat, il psalmodie des mots pour dire qu'il guérit la femme. Dans des cas rares, l'époux se rend chez le tradipraticien avec sa femme. Une fois sur place, il propose au tradipraticien moyennant un don peu importe sa nature d'avoir des relations intimes avec sa femme en lieu et place de ce dernier (Musabymana, 2016).

Cependant, dans le cas des femmes rencontrées, quelques détails du processus ont été révélés par les tradipraticiens. Les répondantes ont narré certains aspects qu'elles ont trouvés utiles à communiquer. En conclusion, si les méthodes alternatives traditionnelles sont connues, il est important d'en noter la variété et la liberté de choix des couples. In fine, les femmes rencontrées ont unanimement soutenu que ce genre de traitement est débuté juste après le consentement du chef du foyer.

VI.6 Dispositions prises par le législateur béninois

Les répondantes ont décrit les formes de violences explicites dont elles sont victimes au quotidien et les maux qui y sont associés. Mais aucune d'elles n'a révélé avoir eu recours à la justice pour punir les coupables. Or, le Bénin a bel et bien des dispositions légales en ce qui concerne les violences au sein des couples. Ce bâillonnement, qu'il soit voulu ou non, répond selon les participantes à l'éducation qu'elles ont reçues.

« La loi n° 2011-26 du 9 janvier 2012 » se réfère à toutes les catégories de violences subies par les femmes. Le fait de soumettre toute personne à des agissements ou paroles répétées ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de vie susceptibles de porter atteintes à ses

droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre ses projets ou son avenir. Sans oublier un acte ou une négligence portant préjudice à la stabilité psychologique, un abandon, une inattention réitérée, une jalousie excessive, des insultes et humiliations, une dévalorisation, une marginalisation, un manque d'affection, une indifférence, l'infidélité, de comparaisons destructives, le rejet, la restriction de l'autodétermination et de menaces ; autant de situations pouvant mener la victime à sombrer dans la dépression, à s'isoler, à perdre l'estime de soi, voire se suicider (Dabo, 2018, p. 405).

VI.6.a Ignorance des textes de loi

Toutes les formes de traitements dégradants que les participantes ont nommées tout le long des entrevues sont punies par la loi au Bénin. Ce qu'il faut retenir est que cette ignorance est due à l'inaccessibilité aux informations dans les divers départements. Elles ignorent leurs droits et les mesures à prendre quand elles sont en proie à des agressions verbales ou physiques de la part des leurs conjoints. Pour en découdre avec ce silence et à la minimisation de telles brimades, les femmes doivent reconsidérer leur autonomie pour s'éviter les dégâts à court, moyen et long terme au prix de leur vie. Évidemment, que les institutions étatiques et les acteurs sociaux de la défense des droits de la femme doivent faire un suivi. Comme vulgariser l'information et sensibiliser sur les droits de la femme dans toutes les langues afin de s'assurer que toutes les couches sociales aient compris le message. Cette ignorance perpétue ce cercle vicieux de maltraitances dans lequel la femme s'épanouit péniblement (Dabo, 2018).

CONCLUSION

Le passage des mères d'hier aux mères d'aujourd'hui est un long réquisitoire autour du rôle de la maternité dans la vie des femmes. Hier sanctifiée, aujourd'hui maîtrisée, la maternité dans la vie des femmes a exercé une influence prépondérante sur la définition du rôle féminin (Lacourse, 2010, p. 137).

La problématique de l'infertilité a permis de voir à travers la revue scientifique les points explorés par d'autres auteurs avant cette recherche. Toutefois, ce mémoire, en plus de relayer l'expérience de nombreuses femmes rencontrées, donne un aperçu sur ce qui pourrait être le quotidien de biens d'autres femmes. Une réalité dans laquelle les femmes rencontrant la difficulté à concevoir jonglent entre mépris, préjugés et solitude. Si les femmes rencontrées parlent des commentaires acerbes et déconcertants reçus dans l'entourage familial, elles avertissent être dos au mur face à des recherches de solution pour avoir un répit ou une aide adéquate.

Les participantes sont très attachées à leurs valeurs traditionnelles. Elles sont attachées à l'éducation reçue dès leur enfance qui les prépare au mariage, au rôle d'épouse et de mère. Le mariage, pour elles, demeure un symbole fort dans leur communauté et l'importance du statut social de mère d'enfant biologique est une obligation. Bien qu'elles soient écœurées par les tensions dans le couple et l'intrusion de la belle-famille, le divorce n'est pas envisageable.

Pour les femmes interviewées, le rapport inéquitable dans les rôles avec les conjoints n'est pas un point d'achoppement. Il faut admettre l'homme comme le chef de famille et l'honorer en assurant sa descendance. Elles ne questionnent pas le système patriarcal du Bénin. Leur besoin est plus porté sur l'espoir d'avoir de l'aide pour continuer les traitements pour avoir des enfants. De plus, elles soutiennent que les subventions de l'État pour les femmes infertiles, si cela existe, leur sont inconnues. Les nombreuses stigmatisations dont elles sont victimes qui engrangent des détreuses de tous genres ne préoccupent ni leur famille biologique ni les conjoints. Une fois qu'elles sont mariées et

qu'elles ont des fonds propres, c'est à elles de faire toutes les démarches pour faire plaisir à l'homme.

Cette recherche a permis de faire une analyse plus poussée en questionnant des aspects du discours qui maintiennent les femmes dans cette vulnérabilité et son statut d'infériorité dans le couple. Les luttes des femmes, qui sont omniprésentes au Bénin et dont normalement toute femme profite, sont méconnues de plusieurs. Au Bénin, les coutumes sont encore d'actualité dans le Code des personnes et de la famille (Honvou, 2016). Ce dernier a pris des dispositions pour empêcher certaines discriminations que vivent les femmes au sein du couple. Cependant, les objectifs d'égalité n'ont pas été atteints dans le Code des personnes et de la famille, qui favorise encore des inégalités entre les époux. Peu sont non seulement impassibles face à ces lois mais acceptent leur condition de vie en la comparant à celles de leurs mères. En un mot, le premier obstacle que les participantes érigent est l'accès aux soins pour donner naissance à un enfant vivant afin d'accomplir leur désir inéluctable d'être mère.

VII.1 Forces et limites du mémoire

L'ultime quête de cette recherche est de faire connaître ce que les femmes infertiles vivent aux autorités gouvernementales afin que des programmes sociaux et des interventions sociales voient le jour au Bénin. C'est l'occasion de relever que seules les participantes sont les premières expertes de leur vécu. L'aide est sous forme d'accompagnement dans leurs expériences. Elle servira de repères pour trouver ensemble des solutions convenables à chaque situation. Outre cela, elles permettent d'en savoir plus sur leur réalité, ce qui permet de leur redonner du pouvoir.

Parmi les limites de ce mémoire, soulignons que le Bénin est notre pays de naissance, un endroit où nous avons longtemps été socialisée. Nous avons acquis nos premiers savoirs, nos habitudes et les prémisses de nos valeurs là-bas. Nous ne pouvons prétendre être étrangère à certaines réalités et à certains savoirs qui concernent le Bénin. Cependant, à force de vivre deux décennies en dehors du pays, nous pouvons estimer que

des changements ont lieu chaque jour, par exemple, sur les plans : culturel, social et politique. Cette analyse nous amène à conclure qu'étant loin, même avec des séjours récurrents au pays natal, nous ne sommes pas expertes de notre milieu.

In fine, nous avons veillé à ce que notre rencontre ne soit interprétée ni comme de la pitié, ni de la compassion. Dans un souci d'objectivité et de transparence, nous leur avons fait savoir que l'intérêt vient d'un contexte académique qui éventuellement peut contribuer à mieux comprendre leur réalité qui semble incomprise de la société béninoise. Dans une optique de sincérité, il nous est arrivé d'avouer aux participantes curieuses que la chercheuse est mère d'enfants biologiques.

Cette recherche sur les femmes, loin d'être un réquisitoire contre les valeurs culturelles et les hommes, est avant toute une réflexion sur l'expérience des femmes infertiles. Il n'est pas non plus question de nier le rôle central que l'on attribue à la triade père, mère et enfant. Il s'agit de faire évoluer le discours tout en tenant compte de la singularité des problématiques liées à la femme béninoise dans les départements du Couffo et du Mono.

Si le sujet de recherche est passionnant et sensible, il ne reflète que la réalité du corpus d'enquête des deux départements (Mono et Couffo). De ce fait, ce serait absurde de nier que cette problématique va au-delà de la zone géographique qu'elle couvre. L'infertilité se vit certainement dans les 12 départements du Bénin. Non seulement la multiplicité ethnique aurait permis de recueillir divers discours et pratiques mais aussi un portrait plus large sur le sujet.

Il est gratifiant d'être la pionnière de cette recherche dans le Couffo et le Mono. Aller au-delà du tabou et trouver les mots parfaits pour amener des femmes vaillantes, résilientes et travailleuses à s'ouvrir à une inconnue dans la posture de nouvelle chercheuse est une consécration sur le plan académique. L'habileté à manier les deux

langues parlées par les participantes a été un grand avantage, parce qu'elles me répétaient souvent cet adage « quand tu as mal, tu t'exprimes dans ta langue maternelle ».

Elles estiment que la langue française ne traduirait pas parfaitement leurs histoires. Pour cela, j'ai réussi non seulement à leur faire plaisir en faisant les entrevues dans la discrétion qui leur convient et en respectant leurs exigences tout en maintenant mon authenticité. Si ma posture de chercheuse débutante n'a pas soigné toutes les douleurs, mes habiletés de travailleuse sociale ont pu apporter une aide par mes écoutes attentives, mon empathie et une opportunité de faire valoir leur opinion. Dans l'espoir que cette recherche renforce l'amélioration des conditions de vie des femmes dont s'occupent d'ores et déjà plusieurs associations. Ce dernier adage appris des participantes illustre le tout : « on ne cache pas la nudité à la douche ». De façon explicite, cela veut dire, il faut parler de son mal pour entrevoir une solution, autrement, c'est impossible.

VII.2 Conseils pour préparer les futures femmes mariées à un problème d'infertilité

La femme béninoise, au fil du temps, révolutionne son mode de vie tout en conservant les rudiments de la socialisation générationnelle. Cependant, de nos jours, la femme est confrontée à de multiples difficultés. Quand bien même les nombreuses luttes des femmes africaines sont variées et sempiternelles (Honvou, 2016).

Malgré l'instauration de nouveaux allègements juridiques, c'est l'époux qui décide à ce jour du lieu de résidence de la femme. Sinon que les textes de loi suggèrent plutôt que ce soit un choix fait par les deux. Mais quand un désaccord advient, c'est le choix de l'homme qui l'emporte. Les hommes peuvent se remarier aussitôt après un divorce contrairement aux femmes qui doivent respecter un délai de 300 jours (Honvou, 2016).

En admettant sous réserve que le Bénin n'ait pas une politique sociale adaptée aux femmes qui ont des problèmes de fertilité, cette recherche est une ouverture en ce sens. Mais avant toute chose, ce travail étale les besoins des femmes infertiles et une ouverture à la vulgarisation des informations au sujet des alternatives de soins en ce sens. Le but

serait de parvenir à mettre les informations au profit des couples qui résident hors de la capitale comme dans le Couffo et dans le Mono. Les femmes, peu importe leur niveau de scolarisation, doivent pouvoir être dirigées vers des associations et des organisations non gouvernementales pour accéder aux ressources adaptées à leurs besoins.

Dans une autre mesure, le corpus d'enquête de cette recherche ressort non seulement des besoins, mais aussi une oppression quotidienne. Par conséquent, il faut comme piste de solutions créer un espace sécuritaire et stable pour les femmes en fonction de leurs situations géographiques et leur niveau de scolarisation. Cet espace permettrait qu'elles parlent librement de ce qu'elles vivent sans langue de bois en compagnie des spécialistes de la santé, des psychologues, des tradipraticiens et des coachs de vie, par exemple. De sorte qu'elles s'expriment entre elles et pour elles dans la stricte confidentialité.

Le focus groupe totalement improvisé de notre mémoire a permis aux participantes de s'ouvrir avec sincérité et de partager leurs expériences personnelles. Chaque mot utilisé par l'une ou l'autre pour décrire les avanies infligées par les conjoints ou la belle-famille a fait couler les larmes à tout le petit groupe. Elles ont souhaité se retrouver pour le faire souvent à l'abri des regards indiscrets. Des accolades et des mots pour s'encourager entre elles et des astuces pour maximiser les traitements médicaux et traditionnels ont été partagés dans le groupe. Les recommandations de gynécologues et les méthodes utilisées pour surpasser les périodes douloureuses ont fait partie des conseils partagés. L'allégresse et la sensation d'être bien entourées ont amoindri un tant soit peu leur charge mentale. Elles ont insisté sur la facilité de discuter avec des inconnues qui sont devenues subitement des « sœurs ». Des numéros ont été échangés entre elles, sur place, pour se parler à l'avenir.

D'ailleurs, il est important d'insister sur la faisabilité de cette interaction dans un cadre strictement confidentiel. C'est une marque de solidarité interne qui amènerait les femmes à s'ouvrir en brisant toutes les sortes de préjugés à leur égard.

En contact avec les travailleurs sociaux habilités à les accompagner, elles pourront considérer la maternité tardive en exerçant leur profession librement et devenir mère quand bon leur semble. Conséquemment, elles explorent l'idée d'avoir le choix ou non de se marier et de donner un enfant ou non et d'en adopter si elles sont à l'aise avec ce choix de vie. Ce libre choix ne doit pas être interprété comme des vices de l'émancipation de la femme. Bien au contraire, il est l'expression d'une liberté et l'usage du corps de la femme à sa guise. La femme béninoise fera un choix non pas pour plaire et reproduire les valeurs dominantes applaudies par la communauté.

Force est d'admettre à présent que ces statuts, bien qu'ils soient encore d'actualité, dépendent en grande partie du choix de vie des femmes. Elles doivent définir là où elles voudraient se faire entendre. Ceci doit être fait sans arrêt sans être orienté par des intérêts politiques de structures étatiques ou organisations non gouvernementales. Et non être une ouverture pour les aidants de justifier leur efficacité et leur bilan.

Au fond, les femmes qui ont des problèmes de fertilité veulent être à l'aise pour aborder les questions relatives à leur condition avec des ressentis qui sont les leurs dans des mots propres à elles. Ce faisant, elles se montrent invulnérables face aux personnes qui les dominent et les catégorisent. De plus, à travers cette posture, elles réclament des assistances sociales adaptées à leurs besoins. Si bien que ce processus serait vu comme une stratégie qui aide les femmes à défendre les habiletés et acquis qu'elles détiennent au détriment des mécanismes de socialisations.

Cette recherche permet aussi d'entrevoir des pistes de solutions pour sensibiliser l'opinion publique à la gravité des émotions destructrices que peut causer l'infertilité de la femme. Un effort commun dans tous les domaines où la femme évolue, soit professionnellement, soit socialement, constitue des agoras pour inviter l'entourage à un discours d'empathie et à adopter une attitude d'accompagnateur. Outre cela, avoir eu accès au vécu des femmes infertiles du Couffo et du Mono permet de penser aux jeunes filles (futures mariées).

L'histoire et le parcours de nos participantes invitent également à analyser la fertilité et à rompre avec cette appréhension qui désigne la femme comme l'unique levier anatomique pour qu'un couple ait des enfants. Il est temps d'apprendre à la nouvelle génération de mieux communiquer au sein du couple à ce sujet. C'est-à-dire qu'il est favorable de rompre avec les idées reçues et d'avoir recours aux soins médicaux à deux afin que l'harmonie et l'empathie favorisent l'homéostasie familiale quand l'infertilité est soupçonnée.

L'infertilité, de nos jours ne doit plus être attribuée à une femme qui fait le choix de contrôler sa fertilité bien qu'en étant mariée. La femme peut retarder sa maternité pour des études et pour des raisons professionnelles contraignantes. Pour une femme mariée qui vit loin de son époux, elle a le droit de patienter jusqu'au moment où le couple a le même lieu de résidence pour penser à la maternité. Suffit-il de faire allégeance à une norme sociale pour recevoir les honneurs familiaux et affirmer son identité de femme ?

VII.2.a Quid d'une recherche future ?

Quid des femmes qui accouchent des enfants chaque jour au prix de leur vie dans une indigence connue de tous et dont les enfants font les choux gras de l'actualité sur le trafic d'enfant au Bénin ? N'est-ce pas là une brèche ouverte pour laisser place à une réflexion scientifique sur ce phénomène au Bénin et ses environs ? « La vulnérabilité infantile est une problématique de plus en plus centrale dans ce pays en voie de développement où près de la moitié de la population vit avec moins d'un dollar par jour » (Tanguy-Domingos, 2021, p.168).

Références

- Abbey, A., Andrews, F. M. et Halman, L. J. (1992). Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertility and Sterility*, 57, 122-128.
- Adjamagbo, A. et Antoine, P. (2004). *Être femme « autonome » dans les capitales africaines : les cas de Dakar et Lomé*. Document de travail DIAL / Unité de Recherche CIPRE.
- Aiyenigba, A. O., Andrew, D. W. et Rahman, A. (2019). *Managing Psychological Trauma of Infertility*. University of Liverpool.
- Akarsu, H. R. et Beji, N. K. (2021). Spiritual and Religious Issues of Stigmatization Women with Infertility: A Qualitative Study. *Journal of Religion and Health*, 60, 256-267.
- Alhassan, A., Ziblim, A. R. et Muntaka, S. (2014). A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Women's Health*, 14, 42.
- Andipatin, M. et Pedro, A., (2014). A Qualitative Exploration of South African Women's Psychological and Emotional Experiences of Infertility. *Open Journal of Preventive Medicine*, 4(5), 327-337.
- Arnaud, L. et Vérité, Y. (2016). *Pourquoi eux et pas nous*. Quintessence.
- Badou, A., Ahouandjinou, G. et Zounon, O. (2021). La paternité précoce au Bénin : de la prévention à la gestion différentielle de la sexualité des adolescents. *Service social*, 67(1), 117-131. <https://doi.org/10.7202/1087195ar>
- Baram, D., Tourtelot, E., Muechler, E. et Huang, K.-E. (1988). Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 9 (3), 181-190. <https://doi.org/10.3109/01674828809016800>
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord. *Recherches qualitatives*, Hors - série, 2.
- Barou, J. (2016). La malédiction de la femme stérile. *L'école des parents*, 618(1), 48-50.
- Batool, S. S. et de Visser, R. O. (2016). Experiences of Infertility in British and Pakistan Women: A Cross-Cultural Qualitative Analysis. *Health Care for Women International*, 37, 196-196.

- Bell, K. (2013). Constructions of “Infertility” and Some Lived Experiences of Involuntary Childlessness. *Journal of Women and Social Work*, 3(28), 284-295.
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l’intersectionnalité. *Diogenes*, 225(1), 70-88.
<https://doi.org/10.3917/dio.225.0070>
- Binet, C. et Gastineau, B. (2008). Mariage, fécondité et autonomie conjugale à Madagascar. *Autrepart*, 47(3), 43-56.
- Blanchy, S. (2011). L’adoption, alternative à l’assistance médicale à la procréation ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 39(9), 491-495.
<https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2010.10.014>
- Boerma, J. T. et Mgalla, Z. (2001). Le discours de l’infertilité en Tanzanie. *Institut tropical royal*, 189-200.
- Bonnet, D. et Duchesne, V. (2014). Migrer pour procréer : histoires de couples africains. *Cahiers du Genre*, 56(1), 41-58.
- Bonnet, D. (2014). Adopter un enfant dans le contexte de la Procréation médicalement assistée en Afrique subsaharienne. *Cahiers d’études africaines*, 215(3), 769-786.
- Bourdet-Loubère, S. et Mazoyer, A.-V. (2013). Évolution du désir d’enfant après l’échec des aides médicales à la procréation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 60(1), 97-108.
- Bourgeois-Pichat, J. (1965). Les facteurs de la fécondité dirigée. *Population*, 20^e année, (3), 383-424.
- Brah, A. et Phoenix, A. (2004). Ain’t I a Woman ? Revisiting Intersectionality. *Journal of International Women’s Studies*, 5(3), 75-86.
- Cailleau, F. (2006). Et si c’était dans la tête ? Histoire et représentations de l’infertilité. *Cahiers de psychologie clinique*, 26(1), 85-98.
- Camara, M., Seck, S., Ba, E.M., Faye, P.L. et Thiam, L.H. (2014). Le confiage : mécanismes et enjeux relationnels : À Dakar aujourd’hui. *L’Autre*, 15(2), 167-177.
- Carbonnier, J. (2004) *Droit civil : Introduction, Les personnes, La famille, l’enfant, le couple* (Collection Thémis, tome 1). Presses de l’Université de France.

- Ceballo, R., Graham, T. E. et Hart, J. (2015). Silent and Infertile: An Intersectional Analysis of the Experiences of Socioeconomically Diverse African American Women With Infertility. *Psychology of Women Quarterly*, 39(4), 497-511.
- Chateauneuf, D. (2011). Projet familial, infertilité et désir d'enfant : usages et expériences de la procréation médicalement assistée en contexte québécois. *Enfances, Familles, Générations*, 15, 61-77.
- Collins, P. H. (2000). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment* (2e éd.). Routledge.
- Corbeil, C. et Marchand, I., (2006). Penser l'intervention féministe à l'aune de l'approche intersectionnelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(1), 40-57.
- Cousineau, M.T. et Domar, D. A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex : a Black Feminist Critique of Discrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Practice. *University of Chicago Legal Forum*, 89, 139-167.
- Dabo, A. (2018). *L'égalité de l'homme et de la femme dans le mariage : Étude comparée des droits du Bénin, du Burkina Faso et du Mali*. L'Harmattan.
- Daniluk, J. C. et Tench, E. (2007). Long-Term Adjustment of Infertile Couples Following Unsuccessful Medical Intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85(1), 89-100. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00448.x>
- Dekeuwer-Défossez, F. (1998). *L'égalité des sexes*. Dalloz.
- Delaunay, V. (2009). Abandon et prise en charge des enfants en Afrique : une problématique centrale pour la protection de l'enfant. *Mondes en développement*, 146(2), 33-46.
- Deshusses, M. (2005). Du confiage à l'esclavage « Petites bonnes » ivoiriennes en France. *Cahiers d'études africaines*, 179-180, 731-750. <https://doi.org/10.4000/etudesafricaines.14988>
- Diallo, A. L. (1992). *Nuptialité et fécondité en Guinée*. Acte des colloques de l'AIDELF, 39-53.

- Djombé, C. T. (2012). *Cultures viriles et identité féminine : Essai sur le genre en Afrique subsaharienne*. L'Harmattan.
- Donadjé, F. (1992). Nuptialité et fécondité des hommes au Sud-Bénin : faits et opinions. *Cahiers québécois de démographie*, 21(1), 45-65.
- Donkor, S. E., Naab, F. et Kussiwaah, D. Y. (2017). « I am anxious and desperate »: Psychological experiences of women with infertility in The Greater Accra Region, Ghana. *Fertility Research and Practice*, 3, 6.
- Douvi, N. N. (2018). *Stratégies des associations autonomes de femmes béninoises* [mémoire de maîtrise inédit]. Université du Québec en Outaouais.
- Dramé, F. (2018). *Santé reproductive des femmes en union à Cotonou, Bénin : Quels rapports de pouvoir et stratégies de négociation en matière de planification familiale ?* [Thèse de doctorat, Université d'Ottawa] <https://ruor.uottawa.ca/handle/10393/38583>
- Dugravier, F. (2011). L'art de couper les oignons pour qu'un bébé advienne. *Tropique*, 116(3), 45-60.
- Egan, G. (2005). *Communication dans la relation d'aide*. Beauchemin.
- El Aaddouni, H. (2003). Stérilité au féminin : enjeux du corps, enjeux de la mémoire! *Mémoire et Santé : jeux et enjeux*, 5, 1-32.
- Eteki-Otabela, M.-L. (1992). Dix ans de luttes du Collectif des femmes pour le renouveau (CFR) : Quelques réflexions sur le mouvement féministe camerounais. *Recherches féministes*, 5(1), 125-134. <https://doi.org/10.7202/057673ar>
- Ezembe, F. (2000). Don et abandon des enfants en Afrique. Dans Myriam Szejzer (dir.). *Le bébé face à l'abandon, le bébé face à l'adoption* (p. 225-246). Albin Michel.
- Feldman-Salvesberg, P. (1999). *Plundered kitchens, empty wombs : Threatened reproduction and identity in the Cameroon grassfields*. University of Michigan Press.
- Fledderjohann J. (2017). Difficulties Conceiving and Relationship Stability in Sub-Saharan Africa: The Case of Ghana. *European Journal of Population*, 33, 129-152.

- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Chenelière Éducation.
- Gaille, M. (2011). *Le désir d'enfant. Histoire intime, enjeu politique*. Presses Universitaires de France.
- Gravillon, I. (2016). Faire famille. Le désir d'enfant dans tous ses états. *L'école des parents*, 618(1), 27-33.
- Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679-1704. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00102-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00102-0)
- Greil, AL., McQuillan, J., Shreffler, K. M., Johnson, K. M. et Slauson-Blevins, K. S. (2011). Race-Ethnicity and Medical Services for Infertility: Stratified Reproduction in a Population-based Sample of U.S. Women. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(4), 493-509. <https://doi.org/10.1177/0022146511418236>
- Guinchard S. et Debart, T. (2017). *Lexique des termes juridiques, 2017-2018* (25^e éd.). Dalloz.
- Hagège, M. et Condon, S. (2021). Enquêtes statistiques et approches intersectionnelles : Considérations pour l'élaboration d'une enquête sur les violences de genre dans les Outre-mer. *Terrains & travaux*, 36-37(1), 183-204. <https://doi.org/10.3917/tt.036.0183>
- Halpérin, J.-L. (2003). *Le Code civil* (2^e éd.). Dalloz.
- Harper, E. (2012). *Regards sur l'intersectionnalité*. CRI-VIFF.
- Henderson, D. et Tickamyer, A. (2009). The Intersection of Poverty Discourses: Race, Class, Culture and Gender. Dans B. Dill et R. Zambana (dir.), *Emerging Intersections. Race, Class and Gender in Theory, Policy and Practice* (p. 73-100). Rutgers UP.
- Héritier, F. (2005). Quel sens donner aux notions de couple et de mariage ? À la lumière de l'anthropologie. *Informations sociales*, 122(2), 6-15. <https://doi.org/10.3917/inso.122.0006>

- Hollos, M. et Larsen, U. (2008). Motherhood in sub-Saharan Africa: The social consequences of infertility in an urban population in northern Tanzania. *Culture, Health & Sexuality*, 10(2), 159-173.
- Hollos, M., Larsen, U., Obono, O. et de Bruce, M. (2009). The problem of infertility in high fertility populations: Meanings, consequences, and coping mechanisms in two Nigerian communities. *Social Science & Medecine*, 68, 2061-2068.
- Honvou, S. (2016). *Le principe d'égalité en droit béninois de la famille* [thèse de doctorat, Université de Paris-Est].
- Hooks, B. (1984). *Feminist Theory from Margin to Center*. South End Press.
- Hounyoton, H. B. (2009). *La protection de l'enfant vidomegon au Bénin. Mythe ou réalité?* [mémoire de maîtrise, Université catholique de Lyon / UPMF Grenoble].
- Hugon, P. (2005). La scolarisation et l'éducation : Facteurs de croissance ou catalyseurs du développement ? *Mondes en développement*, 132(4), 13. <https://doi.org/10.3917/med.132.0013>
- Inhorn, M. C. et van Balen, F. (dir.). (2002). *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. University of California Press.
- Intissar, S. et Rabeb, C. (2015). Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 3(1), 161-168.
- James P. B., Taidy-Leigh, L., Bah, A. J., Kanu, J. S., Kangbai, J. B. et Sevalie, S. (2018). Prevalence and Correlates of Herbal Medicine Use among Women Seeking Care for Infertility in Freetown, Sierra Leone. *Evidence Based Complementary and Alternative Medecine*, 9493807. <https://doi.org/10.1155/2018/9493807>
- Jean M. et Petit L. (2013). *Le couple face à l'infertilité*. Albin Michel.

- Kamga, M. et Tillard, B. (2013). Le forestage à l'épreuve de la migration. Jeunes Bamilékés du Cameroun accueillis en France. *Ethnologie française*, 43(2), 325-334.
- Klitzman, R. (2017). How Infertility Patients and Providers View and Confront Religious and Spiritual Issues. *Journal of Religion and Health*, 57(1), 223-239. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0528-4>
- Knudsen, S. (2006). Intersectionality: A Theoretical Inspiration in the Analysis of Minority Cultures and Identities in Textbooks. Dans É. Bruillard, B. Aamotsbakken, S.V. Knudsen et M. Horsley (dir.), *Caught in the Web or Lost in the Textbook?* (p. 61-76). IARTEM, Stef & Iufm.
- Kpadonou, N., Adjamagbo, A., Gastineau, B. et Toudeka, M.-R. (2015). *Cycle de vie des couples et partage des tâches domestiques au sein des couples à Cotonou et Lomé*. Trajectoires et âges de la vie, XVIIIe Colloque de l'AIDELF, Italie.
- Lacourse, M.-T. (2010). Famille et société (5^e éd.). *Chenelière Éducation*.
- Lallemand, S. (1980). L'adoption des enfants chez les Kotokoli du Togo. *Anthropologie et Sociétés*, 4(2), 19-37.
- Maillé, C. (2014). Approche intersectionnelle, théorie postcoloniale et questions de différence dans les féminismes anglo-saxons et francophones. *Politique et Sociétés*, 33(1), 41-60. <https://doi.org/10.7202/1025586ar>
- Mariani, D. (2009). Procréation assistée low cost pour l'Afrique (traduction de l'italien : Nicole Della Pietra). <https://www.swissinfo.ch/fre/procr%C3%A9ation-assist%C3%A9e-low-cost-pour-l-afrique/167684>
- Martel, E. et Roux, D. (2020). Pour, contre et avec le client : Une approche théorique de la résistance du personnel en contact. *Revue Française de Gestion*, 46(292), 97-119. <https://doi.org/10.3166/rfg.2020.00476>
- Mathieu S. (2012). Religion et assistance médicale à la procréation. *Revue Sociologie*, 20(3), 267-281.
- Mazuy, M. et Rozée, V. (2009). *Étude du sentiment d'infertilité en France*. Séance poster « Fécondité. Famille, enfants », 26^e Congrès International de la Population, Union

internationale pour l'étude scientifique de la population, Marrakech, 27 septembre-2 octobre.

- McQuillan, J., Greil, A.L., White, L. et Jacob, M. C. (2003). Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women. *Journal of Marriage and Family*, 65, 1007-1018.
- Meillassoux, C. (1975). *Femmes, Greniers et Capitaux*. Éditions Maspero.
- Menick Mbassa, D. (2014). L'enfance abandonnée, indicateur d'une psychopathologie sociale inattendue au Cameroun. *Perspectives Psy*, 53(4), 340-351.
- Mestre, C. (2017). Des femmes africaines en quête d'enfant. *Spirale*, 84(4), 127-129. <https://doi.org/10.3917/spi.084.0127>
- Midiohouan, T. (1987). La femme dans la vie politique, économique et sociale en République populaire du Bénin. *Présence Africaine*, 141(1), 59-70.
- Morganti, S. (2014). À l'écoute des « victimes » : les défis de la protection des vidomègons au Bénin. *Autrepart*, 72(4), 77-94.
- Morin, A. (1985). Critères de « scientificité » de la recherche-action. *Revue des sciences de l'éducation*, 11(1), 31-49.
- Musabyimana, G. (2016). *Sexualité et rites en Afrique : Hier et aujourd'hui*. Primento Digital Publishing.
- Naab, F., Lawali, Y. et Donkor, E. S. (2019). « My mother in-law forced my husband to divorce me »: Experiences of women with infertility in Zamfara State of Nigeria. *Plos One*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225149>.
- Naab, F. (2011). *Women's representations of infertility in Ghana*. [Thèse de doctorat, University of Wisconsin].
- Nachinab, G.T., Donkor, E.S. et Naab, F. (2019). Perceived Barriers of Child Adoption: A Qualitative Study among Women with Infertility in Northern Ghana. *Biomed Research International*, 6140285. <https://doi.org/10.1155/2019/6140285>
- Nguimfack, L., Caron, R., Beaune, D. et Tsala J.-P. (2010). Traditionnalité et modernité dans les familles contemporaines : un exemple africain. *Psychothérapie*, 30(1), 25-35.

- Ofosu-Budu, D. et Hanninen V. (2020). Living as an infertile woman: the case of southern and northern Ghana. *Reproductive Health*, 17, 69. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00920-z>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Academia-Bruylant.
- Oxman-Martinez, J., Krane, J., Corbin, N. et Loiselle-Léonard, M. (2002). *Competing Conceptions of Conjugal Violence: Insights from an Intersectional Framework*. Centre for Applied Family Studies, McGill University, Immigration & Metropolis.
- Parent, F. et Sabourin, P. (2017). Ethnographie et théorie de la description – La construction des données sociologiques. *Cahiers de recherche sociologique*, 61, 109-126. <https://doi.org/10.7202/1042371ar>
- Peterson, B. D., Newton, C. R. et Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443-2449. <https://doi.org/10.1093/humrep/del145>
- Pilon, M. (2003). *Confiance et scolarisation en Afrique de l'Ouest: un état des connaissances*. UNESCO.
- Pommier, G. (2004). Légitimité de l'adoption. *La clinique lacanienne*, 1(7), 73-89.
- Porcelli, P. (2011). Le fosterage : entre enjeux psychologiques et culturels. *L'Autre*, 12(3), 278-288.
- Pourchez, L. (2004). Adoption et fosterage à la Réunion : du souci de préserver les équilibres sociaux. Dans I. Leblic et L. Pourchez (dir.), *De l'adoption. Des pratiques de filiation différentes* (p. 29-47). Presses universitaires Blaise Pascal.
- Prins, B. (2006). Narrative Accounts of Origins: A Blind Spot in the Intersectional Approach, *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 277-290.
- République du Bénin, (2015). *La Constitution de la République du Bénin*. Éditions Rogay.
- Rochon, M. (1986). Stérilité et infertilité : deux concepts. *Cahiers québécois de démographie*, 15(1), 27–56. <https://doi.org/10.7202/600584>

- Roy, S. N. (2009). L'étude de cas. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données* (p. 199-226). Presses de l'Université du Québec.
- Saintôt, B. (2015). L'hospitalité et les fécondités de l'alliance conjugale. *Études*, 69-80.
- Sanni, M. A. (2017). Langues parlées au sein du ménage et assimilation linguistique au Bénin. *Revue internationale d'étude des populations. Cahiers québécois de démographie*, 46(2), 219–239.
- Savatier, R. (1963). *Le droit, l'amour et la liberté* (2^e éd). LGDJ.
- Savoie-Zajc, L. (1996). Saturation. Dans A. Mucchielli (dir.) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Sow Sidibe, A. (1993). L'adoption au Sénégal et en Afrique francophone. *Revue internationale de droit comparé*, 45(1), 129-154.
- Stasiulis, D. (1999). Feminist Intersectional Theorizing. Dans P. Li (dir.), *Race and Ethnic Relations* (p. 347-397). Oxford University Press.
- Sylvain, L. (2000). *Le guide d'entrevue : son élaboration, son évolution et les conditions de réalisation d'une entrevue*. Actes du colloque de l'Association de la recherche au collégial.
- Szejer, M., Lambrichs, L. L. et Association « La cause des bébés » (dir.) (2000). *Le bébé face à l'abandon : Le bébé face à l'adoption*. Albin Michel.
- Tabet, P. (1998). *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*. L'Harmattan.
- Tabutin, D. et Schoumaker, B. (2020). La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXI^e siècle: Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050. *Population*, 75, 169-295. <https://doi.org/10.3917/popu.2002.0169>
- Tanguy-Domingos, S. (2021). Du « confiage » traditionnel d'enfant à l'adoption internationale : Les transformations autour du placement d'enfants au Bénin. *Annales de démographie historique*, 142(2), 165-194. <https://doi.org/10.3917/adh.142.0165>

- Therborn, G. (2000). At the Birth of Second Century Sociology: Times of Reflexivity, Spaces of Identity and Nodes of Knowledge. *British Journal of Sociology*, 51, 37-59.
- Tonme, S. (2018). *Femme, maternité et préjugés sociétaux : Anthropologie des souffrances féminines : Segments d'autobiographie*. <http://www.harmatheque.com/ebook/9782140108709>
- Valentin, C. (2008). La fabrique de l'enfant. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 249(2), 71-117.
- Vialle, M. (2014). L'« horloge biologique » des femmes : un modèle naturaliste en question. Les normes et pratiques françaises face à la croissance de l'infertilité liée à l'âge. *Enfances, Familles, Générations*, 21, 1-23.
- Vimard, P. et Guillaume, A. (1992). *Vers la multiplicité des facteurs de la fécondité en Afrique de l'Ouest*. Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM), Actes des colloques de l'AIDELF, 15-28.
- Weber, L. (2001). *Understanding Race, Class, Gender, and Sexuality: A Conceptual Framework*. McGraw-Hill.
- Yoro, B. M. et Guillemette, F. (2012). Recherche qualitative et particularités culturelles des terrains africains. *Recherches qualitatives*, 31(1), 1-5. <https://doi.org/10.7202/1085019ar>