

L'infertilité dans les couples hétérosexuels à Kinshasa : gestion dans les rapports sociaux des sexes

par Gauthier Musenge Mwanza

Résumé

Cet article porte sur la « gestion » et le « traitement » de l'infertilité des couples hétérosexuels dans la société kinoise ; des couples qui, avant de constater des difficultés à concevoir, semblaient réunir toutes les conditions biologiques et sociales d'une entrée en parentalité « dans les normes ». Mais avec le temps, l'échec du projet de grossesse les place hors des normes psychosociales de la procréation, d'entrée en parentalité et de genre.

Les enquêtes menées à Kinshasa montrent que la gestion intime, sociale et médicale des premières années d'infertilité fait apparaître une nette tendance pour les femmes victimes à multiplier les actions de toute nature pour accélérer la concrétisation du projet de grossesse et surtout pour se conformer aux normes sociales. Par contre, pour les hommes, l'expérience de l'infertilité et, en particulier, de l'infertilité masculine, est nettement taboue et donc peu dicible.

Mots-clés : normes sociales, infertilité, genre, parentalité, procréation

Introduction

Attitudes des couples face à leur infertilité

Les recherches sur l'assistance médicale à la procréation ont montré que, bien qu'ouvrant de nouvelles perspectives, les pratiques et les représentations qui lui sont liées peuvent également entretenir, voire accentuer, les normes sociales dominantes de la procréation, de la parentalité et de genre (Ferrand, 2004 ; Löwy, 2005 ; Pulman, 2010 ; Rouch, 2011 ; Tain, 2003 ; Thompson, 2005). En République Démocratique du Congo, elles sont particulièrement révélatrices de la norme procréative, entendue comme les conditions socialement définies pour avoir un enfant.

Trente ans après la naissance d'Amandine, le 24 février 1982, premier bébé-éprouvette né sur le territoire français, les conditions d'accès aux techniques médicales pour les hommes et les femmes souhaitant devenir parents y sont particulièrement restrictives : ces techniques restent une assistance technique et thérapeutique, proposée aux couples hétérosexuels en mal de grossesse, sous conditions et strictement encadrées (Rozée, 2011). Cette stratégie, n'autorisant l'accès aux techniques procréatives qu'aux situations d'infertilité¹ relevant d'un dysfonctionnement biologique au sein d'un couple hétérosexuel, exclut les autres cas appelés « cas de convenance » et considérés comme non légitimes, alors que, dans d'autres pays, ces techniques sont proposées à un public plus large (Grossi et al., 2003 ; Löwy, 2006).

Dans ces conditions, seuls deux groupes pourront ou non avoir accès à l'assistance médicale à la procréation : le groupe des personnes considérées comme « non aptes aux traitements » (personnes à revenu modeste) et celui considéré comme « apte aux traitements » et les pratiques du corps médical (Tain, 2005). Les

¹L'infertilité désigne « des atteintes éventuellement réversibles qui diminuent considérablement la fécondité sans pour autant la réduire à néant » (Mehl, 2008 : 16).

personnes considérées comme « non aptes aux traitements », exclues de l'assistance médicale à la procréation, se voient contraintes de trouver des solutions alternatives². Les personnes « aptes aux traitements », les couples infertiles³ qui font l'objet de l'étude en cours, vont quant à eux avoir à « gérer », personnellement et socialement, un parcours en infertilité, selon des contraintes normatives particulièrement fortes.

L'encadrement légal et médical de l'assistance médicale à la procréation exprime et entretient l'hétéronormativité reproductive et bioconjugale : la prééminence accordée à la filiation « biologique », l'injonction à avoir des enfants et, surtout, à les concevoir au sein d'un couple hétérosexuel.

Par ailleurs, ces techniques se comprennent dans le prolongement du système de planification des naissances (Leridon et al., 2002 ; Régnier-Loilier, 2007) qui repose sur une contraception fortement médicalisée, prise en charge au quotidien par les femmes (Oudshoorn, 1999). L'utilisation de ces méthodes pour éviter une grossesse prépare les hommes et les femmes à la programmation de la grossesse, supposée survenir à l'arrêt du moyen de contraception, lorsque les deux membres du couple sont « prêts ensemble » (Mazuy, 2009). Mais ces derniers envisagent peu de se trouver confrontés à une situation d'échec du projet de grossesse. En cas de difficultés à concevoir, l'assistance médicale à la procréation apparaît comme la solution la plus souhaitable et envisagée, à la fois dans le discours collectif et par une politique incitative, via la prise en charge médicale intégrale (dans la limite d'insémination artificielle).

²L'insémination artisanale, la co-parentalité ou encore le « tourisme procréatif », du fait d'un accès plus large, plus rapide, moins strict à l'assistance médicale dans certains pays.

³Nous utilisons, tout au long de cet article, la notion de « couple infertile » plutôt que de parler d'« hommes infertiles » ou encore moins de « femmes infertiles » : c'est sur les tentatives de grossesse non abouties au sein d'un couple que nous avons focalisé notre recherche.

Bien qu'informés par les médecins ou les médias des faibles taux de réussite de l'assistance médicale à la procréation, les couples infertiles s'engagent prioritairement vers une solution médicale pour concevoir un enfant plutôt que vers l'adoption ou le renoncement à leur projet d'enfant (Mazuy et Rozée, 2009). Ils vivent mal les périodes d'attente, les échecs parfois répétés, et c'est encore plus fortement lorsqu'il n'y a pas d'enfant au final.

C'est sur cette expérience de l'échec rencontré par les couples hétérosexuels « aptes aux traitements », les plaçant en dehors de la norme procréative et de genre alors qu'ils répondaient jusque-là aux critères d'une « bonne » entrée en parentalité, que porte notre analyse. Nous le lisons comme un échec de « performance » et de « performativité », entendue à la fois comme la performance des corps reproducteurs (qui « n'obéissent » plus), mais surtout comme une mise à l'épreuve des rôles de genre (Butler, 2005), en l'occurrence l'injonction à porter un enfant et à devenir mère pour la femme et l'injonction à féconder sa partenaire pour l'homme. S'engage alors pour ce type de couple une série de confrontations à cet échec dans les sphères familiale et amicale, professionnelle et médicale, mais aussi au sein de leur propre sphère intime et conjugale.

Approche méthodologique

Cet article analyse l'entrée en infertilité sur ces terrains multiples où les deux membres du couple vont avoir à jouer le jeu de la « performance » des corps et, surtout, de la performativité liée au genre : interactions avec les médecins, avec les pairs, avec la famille, autant de terrains où cet échec va devoir être « géré ». Il s'emploie à cerner les conditions de circulation de la parole autour de cette expérience vécue par des couples hétérosexuels en situation d'infertilité (forme, contenu, non-dits) ; parole recueillie principalement auprès de femmes, mais aussi auprès de leur partenaire interrogé conjointement, et auprès d'hommes en couple infertile ayant accepté de répondre seuls à l'invitation d'entretien.

Des supports scientifiques ou médiatiques traitant de l'infertilité pour illustrer les données et les analyses ont été également mobilisés. La focale est mise sur la gestion sociale, médicale et intime des premières années d'infertilité du couple lors d'un projet de grossesse (échec du projet de grossesse, premiers examens, puis engagement dans des traitements plus ou moins invasifs, sous l'impulsion des médecins et/ou des personnes elles-mêmes). Ces premières années sont des années particulièrement révélatrices des normes dominantes et des stratégies mises en place par les couples pour pallier l'échec de grossesse.

L'enquête de terrain a été réalisée de juillet 2022 à mars 2023 auprès d'un échantillon de treize femmes vivant à Kinshasa, en couple avec un homme, recherchant une grossesse ou n'utilisant pas de moyen de contraception. Certains des conjoints des femmes interrogées ont également répondu à un questionnaire court. Les avantages de ce mode de recrutement étaient d'une part d'interroger des couples qui pouvaient, quelques mois plus tard, au moment d'un entretien qualitatif, attendre un enfant ou en avoir adopté un, ou encore avoir choisi de médicaliser ou non leur infertilité. Et d'autre part, de sélectionner des situations plurielles qui auraient sans doute été moins diversifiées s'ils avaient été « recrutés » via leurs centres d'assistance médicale à la procréation.

Il a permis par ailleurs de contacter des couples dans leurs premières années d'infertilité, au moment précis du basculement entre recherche de grossesse et échec, pour des couples se considérant jusqu'alors dans la norme. Une des limites à ce mode de recrutement consiste en son effet de filtre. Seules les personnes ayant répondu aux questionnaires et donné leur accord pour un entretien ont pu être interrogées.

La base de sondage, comprenant plus de femmes, les a davantage mobilisées : ce qui a réduit la participation des hommes. Au final, vingt entretiens compréhensifs ont été réalisés auprès de

neuf femmes présentes seules à l'entretien, de quatre couples et de trois hommes. Tous les couples étaient en recherche de grossesse d'une durée allant d'un an à dix-sept ans⁴. Les femmes interrogées étaient âgées de 27 à 45 ans et les hommes de 32 à 60 ans. L'échantillon comprenait des catégories sociales et professionnelles moyennes et, dans une moindre mesure, des catégories moins favorisées.

Plusieurs mois après l'enquête, une majorité de ces couples avait commencé des démarches médicales ; certains avaient abandonné ou interrompu leurs démarches médicales, un seul couple avait recouru à l'adoption et trois couples attendaient un enfant.

Traitement médiatique, médical et intime de l'infertilité : causes "extérieures" des hommes et responsabilité "personnelle" des femmes

L'infertilité sur la scène publique

A travers la sphère médicale mondiale, les praticiens (médecins, gynécologues, urologues, andrologues, généticiens, psychothérapeutes, etc.) ont occupé, depuis les années, une place centrale dans le traitement et la diffusion de l'information relative à l'infertilité. L'assistance médicale à la procréation s'est banalisée et les enfants issus d'une aide médicale à la procréation (allant de la stimulation ovarienne aux techniques plus lourdes) sont de plus en plus nombreux : un à deux enfants par classe en écoles élémentaires (de La Rochebrochard, 2008). Il est, par ailleurs, scientifiquement établi que les hommes, aussi bien que les femmes, sont responsables des problèmes de fertilité dans le couple (de La Rochebrochard, 2001). Peu à peu, la notion de "femmes infertiles" a perdu du terrain

⁴ La plupart des enquêtées étaient en début de traitement d'infertilité. Les résultats de cet article reposent sur 23 entretiens : durée d'infertilité inférieure à huit années.

et, dans les protocoles d'assistance médicale à la procréation, les dossiers médicaux commencent à y intégrer le nom des hommes.

Cependant, les messages portant sur la fertilité, véhiculés par le monde médical et repris par les médias, ciblent encore principalement les femmes. Il s'agit le plus souvent de messages d'alerte quant à leur âge, tels que : « Envie de bébé, n'attendez pas ! », de messages psychologisant, mais aussi hygiénistes. Ils visent à rappeler aux femmes l'optimisation de leurs « performances » de génitrices et de gestatrices : on leur conseille la « zen attitude », la détente, le sport, la sobriété ou les médecines parallèles. Le traitement de l'information relative à la fertilité des hommes est moins visible, moins systématique, et renvoie souvent à la notion de « qualité » à travers les débats actuels autour de la baisse de la qualité du sperme. Si la notion « d'hommes infertiles » a fait couler beaucoup moins d'encre que celle de « femmes infertiles », les débats relatifs à la qualité du sperme sont, à l'heure actuelle, largement médiatisés. Les sciences « dures » sont fortement mobilisées avec la diffusion de résultats de recherches (Slama et al., 2012) documentant cette baisse de la qualité du sperme du fait de nombreux perturbateurs endocriniens présents dans l'environnement et dans l'alimentation, qui participeraient à la baisse de la fertilité humaine actuellement étudiée⁵.

Le traitement médiatique de l'infertilité va très souvent dans le sens d'une psychologisation et d'une responsabilisation pour les femmes, alors qu'il met en avant des causes environnementales, extérieures, pour les hommes. Si la mise au jour de l'existence de l'infertilité des hommes a établi le partage des responsabilités au sein du couple (Thonneau et al., 1991), le développement des traitements médicaux de l'infertilité des hommes par fécondation in vitro avec injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes⁶ a deux

⁵Voir, par exemple, un article documenté paru dans le numéro 258 de la revue Sciences et Vie : « Fertilité : la menace chimique ».

⁶ Technique qui consiste à prendre un unique spermatozoïde et à le faire pénétrer dans l'ovocyte à l'aide d'une micropipette.

conséquences majeures sur les parcours en infertilité des couples. Tout d'abord, cette technique entretient les manipulations du corps des femmes puisqu'il s'agit d'une fécondation in vitro dont les protocoles médicaux sont particulièrement lourds. Ensuite, elle entretient la priorité accordée à la filiation "biologique" des deux parents puisqu'elle est nettement plus utilisée que l'insémination artificielle avec un sperme de donneur (intervention médicale beaucoup moins lourde pour les femmes puisqu'elle ne requiert pas de ponction d'ovocyte et donc pas d'acte chirurgical).

Une infertilité masculine encore taboue

Les observations de terrain local témoignent d'un fort tabou de l'infertilité des hommes. Alors qu'une majorité des femmes contactées ont accepté assez spontanément d'être interrogées, les hommes, par contre, ont été peu enclins à répondre et encore moins à répondre seuls. Nombreux sont ceux qui ont refusé de nous rencontrer : sur les quatorze hommes sollicités pour un entretien, seuls sept ont accepté et, parmi eux, deux sont venus accompagnés de leur conjointe au rendez-vous. Parmi les dix-neuf femmes contactées, six femmes ont refusé l'entretien ou n'ont pas donné suite à notre demande. Il y a sans doute ici un effet du protocole de recrutement des enquêté(e)s. Il semble bien que les femmes interrogées aient perçu plus d'enjeux que les hommes dans leur participation à cette phase qualitative, pour laquelle elles s'étaient déjà fortement impliquées. L'entretien en face à face a constitué pour elles une façon de terminer et une opportunité de témoigner plus ouvertement sur leur propre vécu de cette expérience d'infertilité que par des réponses à des questions fermées.

Au-delà d'un effet du protocole, cette difficulté de recruter des hommes et leur tendance à être accompagnés de leur compagne lors de l'entretien font observer des expériences intimes vécues principalement via le corps des femmes. La circulation de la parole en dehors de la sphère intime, pour les hommes, est peut-être encore

plus difficile avec une enquêtrice. La dimension taboue de l'infertilité des hommes s'exprime également à travers leurs propos lors des entretiens. Il n'est pas rare que le couple confie ne pas avoir explicité à l'entourage les causes de leurs problèmes de fertilité, particulièrement en cas d'infertilité masculine ou des deux membres du couple. Les hommes déclarent s'étendre peu sur la question quand ils sont questionnés en public. Lors de l'entretien, il leur arrive même de dénier leur propre infertilité ou hypofertilité. Un répondant, interrogé seul, explique dans le même sens qu'ils ont « mis deux ans » (avant d'avoir leur premier enfant), « ça va encore, ça arrive à beaucoup de femmes », dit-il, alors que lui-même a des spermatozoïdes peu mobiles, signes d'hypofertilité.

Un champ lexical et une mise en mots genrés

Lors de l'entretien, la description, les intonations et les expressions utilisées par les hommes étaient assez différentes de celles des femmes. Ils déroulaient des discours moins détaillés que ceux des femmes (utilisant des dates et décrivant les procédures). Une différence qui peut s'expliquer par le fait qu'ils ne participent pas directement aux procédures quotidiennes et répétitives des traitements d'assistance médicale à la procréation. Mais leurs discours apparaissaient encore plus pragmatiques et nettement moins chargés d'émotions que ceux des femmes. Ils tendaient à livrer des récits très factuels quand leurs conjointes faisaient référence à des événements lointains, puisés dans leur vie passée et parfois sans lien direct (si ce n'est pour elles-mêmes) avec une infertilité.

Les hommes interrogés seuls ou en couple ont aussi souvent utilisé l'humour pour raconter leur histoire, registre de locution qu'aucune des femmes rencontrées n'a mobilisé. Les femmes employaient plutôt un champ du vocabulaire relatif à la souffrance quand les hommes s'employaient à tourner en dérision leur infertilité.

A ce sujet, la discussion avec une dame de 35 ans et un monsieur de 44 ans est éloquente. Le jour de l'entretien, le couple venait d'apprendre, après un séjour de soins de santé en Israël, que la fécondation in vitro n'a pas réussi, et qu'aucun embryon n'a pu être congelé (le problème d'infertilité se situe au niveau de l'homme qui a des spermatozoïdes anormaux). Face au regret de la dame, le monsieur, qui laisse moins transparaître son état d'esprit, tourne la situation en dérision :

- Monsieur : Sur les quatre (cellules embryonnaires), il y en a deux qui n'ont pas pris et deux sont morts ... peut-être une panne de congélateur ? ...
- Madame : ... j'ai fait une prise de sang et je suis allée chercher les résultats. Mais je le savais avant d'aller chercher les résultats parce que j'ai eu mes règles ce matin. Quand je suis allée chercher mes résultats, je le savais ... j'étais un peu préparée, du coup ... (Quant aux cellules embryonnaires congelées) je l'ai su en même temps, parce qu'on a reçu aussi. ...
- Monsieur : Un courrier ... oui, oui la totale
- Madame : Oui, on a tout eu ce matin.
- Monsieur : D'ici à ce que notre compte bancaire soit bloqué, maintenant tu as la clé de la maison ?''

De même, un monsieur de 42 ans explique avec humour qu'il a « 0,002 % de chances » de concevoir un enfant par relations sexuelles : « Autant dire que j'aurais pu économiser pas mal de préservatifs Et ma chérie aurait pu économiser pas mal de budget aussi sur la pilule ... Vous imaginez, j'aurais pu m'acheter une moto avec tout ce qu'on a dépensé ! »

Bien que peu d'hommes aient été interrogés, le constat est que les femmes n'ont à aucun moment eu recours à l'humour pour parler des difficultés à concevoir rencontrées par le couple. L'expérience de l'infertilité par les hommes (d'autant plus quand ils sont responsables

de l'infertilité du couple, comme dans les deux derniers exemples) serait moins dicible, la mise en mots de cette expérience étant en partie conditionnée par les constructions sociales des attributs allocutifs féminins et masculins (Cresson, 2006). Ces différences entretiennent la dimension taboue de l'infertilité masculine du couple.

Autre illustration de ces différentes formes d'expression genrées : les nombreux forums de discussion qui permettent d'échanger sur les expériences de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation sont mobilisés principalement par des femmes.

Des partenaires épargnés

Les hommes se décrivent peu et sont rarement décrits par leur partenaire comme acteurs de la recherche de grossesse : ils s'impliquent peu et sont mis à distance des prises quotidiennes de température. L'argument avancé par les femmes pour ne pas informer systématiquement leur conjoint de la date d'ovulation estimée est la volonté de le préserver et de ne pas entrer dans une procédure purement technique et mécanique, alors que, paradoxalement, elles sont, pour leur part, dans un processus de sexualité programmée.

Une répondante de 31 ans, en recherche de grossesse depuis deux ans, explique : « Je sais que des fois il faudrait que je lui en parle suffisamment pour qu'il soit au courant et à la fois pour l'impliquer... Un homme est aussi assez réceptif à ce genre de chose donc ».

Ainsi, dès les premiers stades de la recherche de grossesse, sous couvert d'une protection du conjoint, une certaine mise à l'écart des hommes est entretenue. Cette gestion féminine du projet de grossesse se poursuit lorsque la grossesse ne vient pas et que le couple décide de faire intervenir la sphère médicale, lors de la prise des premiers rendez-vous. Face à une recherche de grossesse

infructueuse ou suite à des fausses couches, les couples décident de consulter un spécialiste, soit le plus souvent le gynécologue habituel. Dans les parcours analysés, les femmes sont encore fréquemment les premières soupçonnées d'une hypofertilité ou d'une infertilité et les premières concernées par les examens préconisés.

Un répondant tente d'avoir un premier enfant depuis deux ans et un autre (36 ans, entrepreneur) qui déclare que son couple essaie depuis quatre ans⁷, déclarent chacun que le problème d'infertilité vient de lui ; le second dit qu'il s'est fait opérer mais l'intervention n'a donné aucun résultat sur la fertilité du couple. Il raconte :

Ma femme avait, en fait, une gynécologue qui lui avait laissé entendre à un moment qu'il y avait peut-être des petits soucis par rapport à elle ... donc, elle a voulu contrôler assez vite, au bout de même pas un an, en fait, ... on a contrôlé assez vite et il s'est avéré qu'en fait les soucis venaient plus de moi . Mon épouse a expliqué que sa gynécologue a eu l'intelligence de préconiser des examens aux deux membres du couple : « Et au bout d'un an, ma gynécologue m'a dit "mais, c'est quand même étrange", elle a demandé des tests, et elle a eu l'intelligence de dire, qu'avant de torturer complètement la femme, à qui on reproche très souvent d'être en incapacité : "J'ai fait les tests très basiques." sanguins, écho, enfin, vraiment des choses pas trop invasives et pas trop douloureuses et, en même temps, tout de suite, elle a fait faire un test à mon mari ».

Spermogramme versus multiplication des démarches féminines

Les hommes ne consultent généralement pas spontanément ni tout de suite, remettant à plus tard les examens nécessaires, qu'il

⁷Les deux membres du couple ont été interrogés séparément

s'agisse des premiers examens ou des démarches pour les protocoles d'assistance médicale à la procréation. Ces démarches consistent notamment en une phase de recueil de sperme, par masturbation, pour établir le spermogramme, ou d'une insémination artificielle ou encore d'une fécondation in vitro.

Un couple essaie d'avoir un premier enfant depuis quatre ans. La femme a des ovaires polykystiques qui seraient à l'origine de leurs problèmes de fertilité. Le couple a déjà fait des examens mais, à la demande des médecins, ils doivent tous deux refaire des tests pour actualiser leur dossier médical. Le mari est réticent à l'idée de refaire un spermogramme qui, pourtant, permettrait de commencer des procédures pour une fécondation in vitro. La femme explique qu'elle attend avec impatience que son mari se décide, mais elle comprend et excuse son hésitation, car le premier spermogramme a été pour lui une véritable « galère » :

Lui, non, je pense qu'il ne veut pas aller faire le spermogramme. Ça a été une très mauvaise expérience pour lui. Il croyait qu'il allait être tout au fond de la salle, pouvoir faire ça sans que personne ne sache dans quelle salle il était, mais en fait, il était dans la salle d'attente, on est rentrés tous les deux... Il s'est dit « mon Dieu, qu'est-ce qu'elle me fait faire ?! » ... Ah, il a trouvé que ce n'était pas naturel, il aurait préféré faire ça à la maison... Pensant que ça allait très bien se passer, le lieu... Oh non, ça l'a stressé à fond... Ça a été une horreur. Psychologiquement pour lui, ça a été une très mauvaise expérience.

Le spermogramme constitue, pour les hommes, une étape déterminante qui va potentiellement mettre au jour un problème relatif à leur propre fertilité. Il est souvent mis en doute dès que le médecin envisage une procédure d'évaluation (Giami et al., 2008). C'est aussi l'étape qui va les engager dans la paternité. Ainsi, lorsque

des doutes relatifs à leur fertilité sont avancés par leur conjointe ou par le ou la gynécologue, ou lorsqu'eux-mêmes craignent d'avoir plusieurs enfants (la fécondation in vitro conduisant parfois à des grossesses multiples en cas de réimplantation de deux embryons). Leur passivité face au spermogramme constitue une manière de gérer ces doutes ou de différer leur projet parental.

La passivité des hommes dans les traitements et la prise en charge médicale de l'infertilité du couple est causée aussi par les praticiens qui persistent à évaluer d'abord l'appareil reproducteur des femmes puis à examiner celui des conjoints. Par ailleurs, la « mise en scène » du recueil de sperme par les protocoles biomédicaux entretient un flou à travers, notamment, une insuffisance d'informations (on parle de « spermogramme » sans préciser que le sperme sera recueilli via la masturbation). Il en résulte un sentiment de malaise devant les multiples intervenants (patients, personnel médical), une dimension érotique perçue comme non compatible avec le caractère médical et donc prise en compte de différentes manières très aléatoire selon les équipes médicales, etc.

La rareté des travaux en sciences sociales sur ces dimensions, mais aussi la prise en charge afférente, considérée insatisfaisante lors des protocoles médicaux, entretiennent ainsi la dimension taboue de l'infertilité masculine, tout comme la mise à distance des hommes dans les questions de santé reproductive (Giami et al., 2008).

Contrairement à cette tendance des hommes à « laisser traîner », qui prend des dimensions variées, les femmes multiplient souvent les démarches pour la réussite de leurs projets de grossesse. Seules les femmes mères semblent moins impliquées dans cette optimisation du projet et ont tendance à « laisser faire le temps ». La volonté de favoriser au maximum leurs chances d'être enceintes ou de réussite de leurs traitements s'observe notamment à travers le recours très fréquent aux médecines parallèles et à une « philosophie du bien-être », par acupuncture, homéopathie, rhumatologie et

psychologie, qui constitue en fait une façon de rendre performant le rôle d'actrice du projet parental, en faisant « des choses pour que ça fonctionne ».

Dans ce sens, une répondante raconte comment elle essaie de se prendre en main : « aussi peut-être pour... en essayant de ne pas être... passive. ... Plutôt être active ... Vous voyez, je vais voir l'homéopathe-acupuncteur... ». Ces multiples actions montrent également qu'elles se sentent particulièrement responsables de la situation d'infertilité. En effet, les femmes déclarent très souvent être persuadées que l'infertilité est due à leur histoire personnelle et familiale, ou encore à leur état d'esprit du moment.

Les femmes interrogées ont intériorisé les normes de genre à travers lesquelles elles sont socialement désignées comme responsables de la procréation. Cette contrainte normative assignée aux femmes est analysée dans l'article de Nelly Oudshoorn sur la contraception (1999). On retrouve cette même contrainte dans le projet procréatif et parental des couples infertiles. On observe ainsi une certaine intériorisation de la « prévalence idéologique de la responsabilité féminine dans la stérilité » (Héritier, 1996 : 253), partagée par le sens commun mais également par la médecine (Giami et al., 2008), même si les choses commencent à changer. Beaucoup de femmes interrogées cherchent des explications non médicales, d'ordre principalement psychologique et théologique, justifiant l'infertilité du couple, avant même de mettre en doute leur propre fertilité biologique, et encore moins celle de leur conjoint. En guise d'exemple, une répondante a affirmé qu'elle a l'impression que son état psychologique agit sur son cycle menstruel, ce qui pourrait expliquer l'infertilité de son couple. Pour se relaxer, elle consulte un acupuncteur.

De manière encore plus nette, de leurs récits ressort la conviction que l'infertilité du couple résulte de leur propre trajectoire : expériences traumatiques vécues pendant l'enfance, rejet

de la maternité par leur mère, proches atteints de maladies graves et incurables. Ces trajectoires, qu'elles estiment, à l'aune de l'infertilité du couple, particulières, auraient créé chez elles un blocage psychologique qui ne leur donne pas accès à la grossesse et au projet de maternité.

Dans ce cadre psychologique, une autre répondante de 34 ans, en recherche de grossesse depuis quatre ans, a expliqué l'infertilité de son couple par un blocage psychologique dû aux agressions sexuelles dont elle a été victime lors de son enfance. Elle dit :

Cette histoire-là me ramenait toujours à mon corps de petite fille ... que ce soit dans les rapports amoureux ou dans la projection en tant que mère, et donc j'avais énormément de mal à me projeter en tant que mère, et je ne me sentais pas entre guillemets... assez propre, c'est toujours pareil, pour devenir mère.

Les explications recherchées, ainsi que le recours aux médecines parallèles, contribuent selon elles à « débloquer » la situation, comme le décrit une autre répondante de 31 ans, enceinte de 5 mois :

Le blocage, il était vraiment de mon côté ... C'était logique aussi, vu mon histoire familiale, c'était logique que je fasse un blocage. ... Suite à la psychothérapie, l'homéopathie, l'ostéopathie, tout s'est débloqué. Là, c'est devenu facile.

Ces explications apparaissent à la fois comme un moteur de déculpabilisation (se rassurer sur son potentiel fécond), autant que de culpabilisation/responsabilisation : alors que les femmes cherchent dans leur histoire personnelle des explications à cette infertilité, les hommes rencontrés ne témoignent pas pour la plupart d'une telle introspection, et peu d'un recours aux médecines parallèles.

Même s'il existe un problème au niveau de l'homme, la femme a naturellement la responsabilité d'assurer la grossesse comme l'explique une répondante. Une fois enceinte, elle se sentira investie d'une mission : garder la cellule embryonnaire. Le cas échéant, elle portera la culpabilité de ne pas y être arrivée. En effet, « Bon, le problème est généré par lui, mais après, moi, j'ai toute la responsabilité de réussir, d'être dans de bonnes conditions et s'il n'y arrive pas, moi aussi, je le vis comme une culpabilité ».

Tel est l'avis aussi d'une répondante de 34 ans, enceinte après une deuxième fécondation in vitro, mais dont la grossesse s'est soldée par une fausse-couche : « ça a fonctionné sur moi », alors que, paradoxalement, les difficultés rencontrées par le couple proviennent des spermatozoïdes anormaux de son conjoint.

On constate ainsi des asymétries de genre qui se font écho dans la sphère publique ou privée, qui innocentent les hommes et responsabilisent les femmes. Elles conduisent les femmes à multiplier les actions pour optimiser le projet de grossesse et à chercher, de façon introspective, des explications quant à l'infertilité du couple qui permettraient de rendre plus performant leur corps reproducteur. Loin d'atténuer les asymétries de genre liées aux représentations sociales de la reproduction, les réactions des divers protagonistes lors de l'entrée des couples dans un parcours d'infertilité viennent, au contraire, les renforcer, laissant une faible place aux éventuelles stratégies de résistance.

La résonance sociale de l'infertilité et les parcours envisagés : asymétrie de genre et différences de classe

Un devoir social de maternité renforcé et déplacé

Les questions relatives à l'infertilité du couple sont synonymes de stigmatisation et de marginalisation pour les femmes. Le fait de ne pas avoir d'enfant les disqualifie en société, lors de leur

interaction avec autrui (Goffman, 1975). Si la reconnaissance sociale des hommes passe le plus souvent par leur réussite professionnelle et matérielle, celle des femmes passe par la maternité pour les femmes (Fine, 2001). Les femmes de couples infertiles ne répondent donc pas à l'une des principales contraintes normatives associées à leur sexe mais davantage à leur âge et à leur situation conjugale.

Les femmes se définissent elles-mêmes comme déviantes par rapport au « normal », qui est de faire des enfants. Une répondante explique que, avant d'être enceinte, on lui demandait quand leur couple, en union depuis 11 ans, comptait mettre en route une grossesse : « Voilà, donc autour de nous, quand même, il y a pas mal de bébés, tout ça. Donc, à un certain moment, les gens vous posent automatiquement la question “Bon, et vous, vous vous y mettez quand ? ” »

De même, une autre répondante : « Parce que la question quand on se marie, c'est bon alors maintenant, quand est-ce que vous faites des enfants ? C'est la chose la plus naturelle, quoi. » Une répondante (40 ans) qui tente d'avoir un enfant depuis trois ans, explique qu'à une femme sans enfant, il manque quelque chose, elle ne remplit pas « sa fonction de femme », celle qui féconde, qui donne naissance''. Elle ajoute : « On ne va pas vous vendre un tube de colle qui ne colle pas, par exemple ... Donc, on ne va pas non plus vous présenter une femme qui ne peut pas avoir d'enfant ou qui aurait des difficultés à en avoir, surtout pas ... ». Les femmes ayant commencé à médicaliser leur infertilité sont sollicitées souvent dans les mêmes termes que celles qui ne sont pas dans un parcours d'assistance médicale à la procréation. Une répondante déclare, par exemple, que son entourage lui demande régulièrement « alors, ça y est, tu as fait la fécondation in vitro ? »

L'injonction initiale à la maternité naturelle et programmée se trouve donc déplacée, dans des termes équivalents, lorsque la recherche de grossesse est médicalisée : on retrouve, dans ces

discours, les attributs normatifs de genre qui associent corps de femmes, rôles féminins et maternité. Ces mécanismes peuvent expliquer notamment pourquoi les couples rencontrés ne se tournent pas davantage vers l'adoption. Concevoir un enfant doit cependant se réaliser dans des limites d'âge normatives, idéalement entre 25 et 35 ans (Bajos et Ferrand, 2006), intervalle d'âge qui concentre plus des deux tiers de la fécondité (Prioux et Mazuy, 2009) : ne pas être trop jeune, mais ne pas être trop âgée non plus pour des raisons biologiques (la fertilité diminue avec l'âge) mais surtout pour ne pas être une mère « âgée » (et donc hors norme). Les femmes du corpus ont souvent expliqué qu'elles avaient souhaité un enfant à partir de 30 ans et que, malgré les problèmes d'infertilité du couple, elles n'envisageaient pas d'être mères à l'approche de la quarantaine.

A propos de l'âge normatif, une répondante a expliqué qu'elle ne souhaitait pas d'enfant avant 30 ans et ce n'est qu'à partir de cet âge-ci qu'elle a arrêté la pilule. Elle connaissait son mari depuis sept ans à ce moment-là et « savait qu'il serait le futur père de (son) enfant ». De même, une autre répondante a raconté qu'elle envisageait d'être mère vers la trentaine. Étant donné les problèmes rencontrés, elle doit envisager une grossesse à un âge plus avancé mais elle ne veut pas pour autant « avoir un enfant après 38 ans ». Quant à une répondante de 29 ans, en recherche de grossesse depuis deux ans, elle a expliqué clairement que faire des enfants à 35-40 ans, « ce n'est pas bon ! Enfin, pour un homme en couple, c'est bon... Mais pour une femme... on commence un peu à vieillir, c'est ça ! »

Au-delà du biologique, grossesse et maternité sont socialement considérées comme peu compatibles avec la « vieillesse », contrairement à la paternité (Löwy, 2009). Mais, pour les femmes de couples infertiles en recherche de grossesse depuis plusieurs années et qui, à 40 ans, ne sont toujours pas mères, le plus important resterait pour elles d'avoir un enfant, déplaçant ainsi les critères normatifs précédemment fixés (Rozée, 2012). Ne pas réussir à concevoir dans un intervalle d'âge idéalisé est d'autant plus difficile

à accepter avec la contraception qui donne l'illusion de pouvoir programmer librement une grossesse après l'arrêt du contraceptif. Les couples et, en particulier, les femmes évoluent dans un univers de programmation des naissances. Ces dernières sont peu préparées aux échecs potentiels de cette planification, lorsque la grossesse tarde.

En illustration des cas d'illusion que les femmes ont de pouvoir programmer leurs grossesses après les premiers traitements médicaux, une répondante a témoigné :

Je trouve qu'on est vachement mal préparé par rapport aux échecs de non-grossesse. Parce qu'on est toujours dans cette espèce de projection « on va tomber enceinte » ..., dans cette perspective de réussite ... Donc ça ne peut que marcher ... Et je sais que, avant cette insémination, j'étais dans cet état d'esprit... Je fais ça, je fais ça, je fais ça et « ça va marcher ». Euh... et « ça doit marcher », même pas « ça va marcher », « ça doit marcher » parce que j'ai décidé que ça allait marcher. Ce n'est pas comme ça que ça se passe.

L'échec de la programmation de la grossesse et l'entrée dans un parcours médicalisé sont décrits comme un handicap. Une répondante a qualifié l'ensemble des personnes ayant recours à l'assistance médicale à la procréation "les handicapés de la procréation". Ce handicap, qui tient au fait de ne pas pouvoir répondre à la contrainte normative de faire des enfants, est d'autant plus mal vécu qu'il est très fréquemment et régulièrement rappelé par l'entourage.

De la stigmatisation à l'auto-marginalisation des femmes

Lorsqu'elles n'ont pas d'enfant, les femmes interrogées racontent qu'elles sont "tout le temps" sollicitées concernant leur projet parental, et "par tout le monde". Une répondante (35 ans, en

recherche de grossesse depuis un an) explique que, lorsqu'elle prend du poids, ses collègues pensent tout de suite à une grossesse : « Tu t'es enrobée, tu es enceinte ! », « Non, non, juste voilà, deux, trois kilos en plus ». « Ça fait plus de deux ans qu'on me pose tous les ans la même question ».

Les hommes rencontrés se sont avérés nettement moins sollicités que leurs compagnes quant à leur projet d'enfant. Lorsque nous demandons à un répondant si son entourage lui pose des questions quant à ses projets parentaux, il répond : « les fois où on m'a demandé, j'ai dit que c'était en cours, voilà ». Sa compagne, nous a expliqué, pour sa part, qu'elle était très souvent sollicitée dans son entourage et, notamment, par ses amies qui ne comprenaient pas pourquoi elle n'avait pas d'enfant.

Les femmes du corpus qui n'ont pas d'enfant déclarent se sentir comme mises à l'écart, marginalisées et étiquetées comme « égoïstes » ou « anormales ». Une répondante explique :

C'est difficile aussi de trouver sa place ... Une femme qui décide ou qui n'arrive pas à avoir un enfant, c'est une femme qu'on... je pense, qu'on met un peu de côté ... Elle est un peu regardée bizarrement, je pense ... Les personnes qui n'ont pas d'enfant ..., c'est plutôt perçu peut-être comme quelqu'un ... peut-être un petit peu égoïste, qui veut vivre pour eux.

Les conversations entre collègues, ami(e)s, membres de la famille, concernent souvent les enfants et elles jugent difficile de s'immiscer ou d'intervenir dans ces discussions.

Les femmes du corpus expliquent qu'il est difficile pour elles de trouver une place parmi leurs pairs et ressentent une mise en marge de leur réseau relationnel (Régnier-Loilier, 2007).

Une répondante explique à cet égard que l'infertilité est vécue comme une « calamité sociale » (Mehl, 2008 : 15), essentiellement chez les femmes. Pour éviter cette stigmatisation, cet étiquetage, les femmes de couples infertiles se distancient elles-mêmes de leur entourage et réduisent les moments de sociabilité partagés avec des personnes qui sont dans la norme (personnes de leur âge, en couple avec enfants).

La « déviance » se transforme très vite en une marginalisation à laquelle elles contribuent. Une répondante explique : « Ce qui est dur pour moi en ce moment, c'est d'entendre mes amies par exemple dire : "j'suis enceinte"... Donc, là, je refuse de voir un couple parce qu'elle est enceinte... ». Quant à une autre répondante de 39 ans, en recherche de grossesse depuis trois ans, son discours met en exergue cette marginalisation à la fois subie et provoquée : « Je m'éloigne, parce que je trouve ça tellement injuste ... On se sent très seule, je me suis beaucoup isolée ». Le jugement des pairs est toutefois variable selon la position hiérarchique des femmes. Il diminue le niveau du stigmaté. Un répondant a expliqué à ce sujet que, pour sa conjointe, ce « niveau hiérarchique ... fait qu'elle a peu de monde au-dessus d'elle. Et puis en dessous, les gens n'ont pas à lui demander ce genre de choses, donc voilà ». Cet exemple insinue que les femmes mieux placées dans la hiérarchie du travail subissent moins de pression sociale que les autres. Les outils qu'hommes et femmes mobilisent pour éloigner la stigmatisation sont donc assez différents et dépendent aussi de divers facteurs (qui est « responsable » de l'infertilité dans leur couple, quel est leur statut social, leur capital économique, etc.).

Travail reproductif et productif : un lien complexe et variable selon le statut social

Le parcours en assistance médicale à la procréation rythme fortement la vie du couple : loisirs, congés et vacances, et l'emploi du temps professionnel des femmes (Bachelot et al., 2008), engendrant

des tensions dans la sphère sociale et professionnelle (Hertzog, 2007 ; 2011). Dans notre étude, les femmes interrogées ont déclaré se rendre disponibles pour les procédures médicales, les traitements hormonaux, les examens et, le cas échéant, les interventions médicales (insémination, ponction d'ovocytes et/ou transfert d'embryon), leur rendant difficile la conciliation avec leur activité professionnelle. Une répondante nous explique que, pour le moment, elle a mis son projet familial entre parenthèses (elle a décidé d'arrêter les démarches médicales) : « Enceinte et travailler, ce n'est déjà pas facile, mais alors, en plus ... quand on doit faire tout ça, c'est encore plus difficile. Donc, ce n'est pas évident. Je ferais mieux d'être femme au foyer, je pense ». Elle réfléchit cependant à la possibilité d'arrêter de travailler pour se replonger dans ce projet. Selon elle, elle ne pourra plus concilier sa carrière, très prenante, et son investissement médical pour avoir un enfant. De plus, elle travaille dans un milieu sportif majoritairement masculin, décrit comme misogyne par son mari, et son supérieur lui a dit à plusieurs reprises « surtout, tu ne tombes pas enceinte », pour être sûr qu'elle ne s'absente pas pour un congé parental.

De la même façon, une répondante de 35 ans, en recherche de grossesse depuis 2 ans, attend pour commencer des démarches médicales plus lourdes car elle ne veut pas perdre le travail qu'elle vient d'obtenir. A l'inverse, une répondante de 42 ans, en recherche de grossesse depuis deux ans, a décidé de s'arrêter de travailler « parce que, vraiment, c'est très compliqué de gérer toutes ces inséminations ..., fécondations avec un travail ».

Des recherches ont montré que certaines femmes, les plus dotées socialement, finissent par valoriser l'échec de la maternité et par « inventer de nouveaux parcours plus égaux avec les hommes » (Tain, 2009). Décider d'abandonner le projet de grossesse leur permet de s'épanouir et de se valoriser à travers leurs activités professionnelles. Elles pourraient ainsi contribuer à l'émergence de figures féminines alternatives et donc à l'affaiblissement de

l'hétéronormativité bioconjugale reproductive. La plupart des femmes du corpus qui ne sont pas au stade de l'abandon du projet de grossesse, mais plutôt de son optimisation, n'imaginent pas une vie sans enfant et encore moins la possibilité d'être épanouies et heureuses sans être mère. Mais la forte mobilisation que sous-tendent les protocoles d'assistance médicale à la procréation oblige les femmes à se positionner à un moment ou un autre entre désir d'enfant et carrière professionnelle. Les femmes investies dans une activité professionnelle, par ailleurs valorisante, ont plus tendance à envisager un abandon du projet d'enfant dans un contexte de forte pression à concevoir, et à se sentir moins en échec que dans des situations où elles sont peu valorisées socialement.

Le capital social (relations personnelles) et économique (revenus) du couple joue lui aussi un rôle en rapport avec le projet parental. Pour les couples à fort capital économique disposant de larges réseaux, la prise en charge médicale peut, par exemple, être plus rapide (« quand on paye, on est mieux reçu, enfin, plus vite servi, c'est clair » déclare une répondante). Si on a difficilement l'argent, les rendez-vous sont plus tardifs et espacés, ce qui retarde d'autant plus le projet parental.

L'effet du statut social est donc complexe. Ce dernier peut jouer dans le sens d'un désinvestissement comme d'un plus fort investissement dans les parcours en assistance médicale à la procréation, ou d'une diversification de ces parcours, par la possibilité de trouver des solutions alternatives à l'étranger. Un répondant de 45 ans et un autre de 52 ans ont préféré réaliser leur parcours de fécondation in vitro en Belgique pour, selon eux, augmenter leur chance de réussite. Cependant, ce parcours transnational n'aurait pas été envisagé et envisageable sans leurs réseaux professionnels sur place, liés à leur position sociale, et de ressources économiques suffisantes. L'asymétrie de genre peut donc être renforcée, atténuée ou déplacée par des différences de classe qui ont un impact certain sur les parcours d'infertilité des couples.

Conclusion

Les premières années de parcours en infertilité qui ont fait l'objet de la présente étude chez les couples considérés par le monde médical comme "aptes au traitement" sont particulièrement révélatrices des normes sociales dominantes de la procréation, de l'entrée en parentalité et de genre. Les femmes interrogées étaient en conformité avec les normes procréatives et de genre lorsqu'elles géraient quotidiennement la contraception du couple ; mais la non-survenue d'une grossesse à l'arrêt de la méthode contraceptive les avait placées en dehors de ces normes. Il s'ensuit un surinvestissement des femmes pour accélérer la concrétisation du projet de grossesse et éviter la stigmatisation liée à la « déviance » que constitue le fait de ne pas avoir d'enfant. La différence de gestion individuelle et de mise en mots de l'infertilité conjugale reflète l'intériorisation des contraintes normatives de genre. Il s'exerce sur les femmes une forte pression sociale à concevoir de façon « naturelle » ou « technicisée » : l'injonction à la maternité est déplacée, mais devient pudique et parfois humoristique. Elle entoure le traitement social et médical de l'infertilité des hommes, encore fortement taboué dans la société congolaise. Ainsi, le recours à l'assistance médicale à la procréation, encadré par le corps médical et géré par les couples hétérosexuels eux-mêmes, désignés « aptes aux traitements », renforce les normes sociales de la procréation, de la parentalité et surtout de genre, et ainsi l'hétéronormativité reproductive et bioconjugale. Pourtant, les ressorts de l'assistance médicale à la procréation constituent pour les femmes l'opportunité de déplacer certaines contraintes normatives afférentes, en recourant à des techniques médicales leur permettant de concevoir seules, en couple à des âges plus avancés, en recourant à un (des) tiers donneur(s), ou en décidant de construire une vie sans enfant. La possibilité de se rendre à l'étranger pour bénéficier d'une prise en charge médicale peu accessible ou illégale contribue à la dynamique de pluralisation des normes sociales afférentes à la parentalité (Déchaux, 2009 ; Mazuy, 2006 ; Pulman, 2010). L'existence de telles

techniques médicales à l'étranger n'en renforce pas moins l'injonction des femmes à la maternité et la stigmatisation de celles qui, par choix ou non, restent sans enfant. Le paradoxe de l'assistance médicale à la procréation (ouverture et rigidification des normes) et l'asymétrie observée dans la gestion quotidienne de l'infertilité témoignent de mécanismes en œuvre encore fortement genrés. Un recul face à l'excessive psychologisation, à la naturalisation et à la responsabilisation féminine de l'infertilité, au tabou de l'infertilité masculine et au "traitement" intime, social, médical et médiatique, est nécessaire. Il inviterait, entre autres, les spécialistes de ces questions (au niveau législatif, médical et scientifique) à reconsidérer la place des hommes et à rappeler qu'en l'état actuel, l'assignation des femmes au travail reproductif se voit le plus souvent renforcée par les techniques d'assistance médicale à la procréation.

Bibliographie

- Bachelot, A., De Mouzon, J., & Adjiman, M. (2008). La fécondation in vitro : un parcours qui reste difficile. In E. de La Rochebrochard (dir.), *De la pilule au bébé éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales ?* (pp. 243-261). INED.
- Bajos, N., & Ferrand, M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés Contemporaines*, (61), 91-117.
- Bozon, M. (2009). *Domaine et approches. Sociologie de la sexualité* (2ème éd.). Armand Colin.
- Bozon, M. (2018). *Pratique de l'amour. Le plaisir et l'inquiétude*. Paris : Edition de poche.
- Butler, J. (2005). *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*. Paris : La Découverte.
- Combessie, P. (dir.). (2017). *Corps en péril, corps miroir. Approches socio-anthropologiques*. Presses universitaires de Paris Nanterre.
- Cresson, G. (2006). Les hommes et l'IVG. *Sociétés Contemporaines*, (61), 41-64.
- de la Rochebrochard, E. (2001). Stérilité, fertilité : la part des hommes. *Population et Sociétés*, (371).
- Dodana, C., & Estran, J. (dirs.). (2019). *Genre et tradition(s). Regards sur l'Autre et sur Soi au XXème siècle*. Paris : L'Harmattan.
- Ferrand, M. (2004). *Féminin, Masculin*. La Découverte, coll. Repères.
- Fidolini, V. (2018). *La production de l'hétérosexualité. Sexualité et masculinité chez de jeunes marocains en Europe*. Toulouse : Presses universitaires du Midi.
- Fine, A. (2001). Maternité et identité féminine. In Y. Knibiehler (dir.), *Maternité, affaire privée, affaire publique* (pp. 61-76). Paris : Bayard.

- Gallot, F., & Pasquier, G. (2018). L'école à l'épreuve de la théorie du genre. *Cahiers du genre*, (65).
- Gardey, D., & Ville, M. (dirs.). (2018). *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*. Le Bord de l'Eau.
- Giami, A., Calderón-Velásquez, L., & Vasconcellos, D. (2008). Recueil de sperme infertile en laboratoire : pratique médicale ou sexuelle ? In E. de La Rochebrochard (dir.), *De la pilule au bébé éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales ?* (pp. 219-241). Paris : INED.
- Héritier, F. (1996). *Masculin – Féminin. La pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob.
- Hertzog, I. L. (2007). *Mises en scène et en mots de la stérilité féminine dans l'univers professionnel* [Mémoire de master]. Université de Caen Basse Normandie.
- Jaspard, M. (2017). *Sociologie des comportements sexuels* (4ème éd.). Paris : La Découverte.
- Jouannet, P. (2009). Procréer grâce au don de sperme : accueillir et transmettre sans gêne. *Esprit*.
<http://www.esprit.presse.fr/archive/review/article.php?code=14832>
- Löwy, I. (2009). L'âge limite de la maternité : corps, biomédecine et politique. *Mouvements*, (59), 102-112.
- Löwy, I. (2006). La fabrication du naturel : l'assistance médicale à la procréation dans une perspective comparée. *Tumultes*, 1(26), 35-55.
- Löwy, I. (2005). L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité. *Légendes du monde* (pp. 141-171). Paris : La Dispute.
- Mazuy, M. (2006). *Être prête, être prêts ensemble ? Entrée en parentalité des hommes et des femmes en France* [Thèse de doctorat]. Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.
- Mazuy, M. (2009). Avoir un enfant : être prêts ensemble. *Revue des Sciences Sociales*, (41), 30-41.

- Mazuy, M., & Rozée, V. (2009). Etude du sentiment d'infertilité en France. *Union internationale pour l'étude scientifique de la population, 26ème Congrès International de la Population, Marrakech, 27 septembre-2 octobre.*
- Mehl, D. (2008). *Enfants du don. Procréation médicalement assistée : parents et enfants témoignent.* Paris : Robert Laffont.
- Mèmeteau, R. (2019). *Sex friends. Comment (bien) rater sa vie amoureuse à l'ère numérique.* Paris : La Découverte.
- Musenge Mwanza, G. (2022). Emergence des échanges sexuels monétarisés à Kinshasa. *Analyses sociales*, 263-278.
- Musenge Mwanza, G. (2020-2021). Université de Kinshasa : un marché matrimonial dans le milieu étudiant. *Analyses sociales*, numéro spécial, 259-281.
- Oudshoorn, N. (1999). Contraception masculine et querelles de genre. *Cahiers du Genre*, (25), 139-166.
- Pulman, B. (2010). *Mille et une façons de faire les enfants. La révolution des méthodes de procréation.* Paris : Calmann-Lévy.
- Ray, J. (1999). *Joies de l'amour. Les chemins du plaisir.* Paris : Le Grand Livre du Mois.
- Régnier-Loilier, A. (2007). *Avoir des enfants en France. Désirs et réalités.* Paris : INED.
- Rennes, J. (dir.). (2021). *Encyclopédie critique du genre : corps, sexualité, rapports sociaux.* Paris : La Découverte.
- Rozée V. (2012), Les transformations de la maternité en France à travers le recours au don d'ovocyte en Grèce, in Knibiehler Y., Arena F., Cid López R. M. (dir.), *La maternité à l'épreuve du genre. Métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 51-57.
DOI : 10.3917/ehesp.knibi.2012.01.0051
- Rozée, V. (2011). L'assistance médicale à la procréation sans frontière. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, (23-24), 270-273.

- Slama, R., Ducot, B., Keiding, N., Blondel, B., & Bouyer, J. (2012). La fertilité des couples en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (7-8-9), 87-91.
- Tain, L. (2009). Le devoir d'enfant à l'ère de la médicalisation : stigmates, retournements et brèches en procréation assistée. *Genre, Sexualité et Société*, (1). <http://gss.revues.org/index167.html>
- Tain, L. (2005). Refus des médecins, abandons des couples : quel contrôle pour la pratique de procréation assistée ? *Sciences Sociales et Santé*, 23(3), 5-30.
- Tain, L. (2003). Corps reproducteur et techniques procréatives : images, brouillages, montages et remue-ménage. *Cahiers du Genre*, (34), 171-192.
- Thompson, C. (2005). *Making parents. The ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge : MIT Press.
- Welzer-Lang, D. (2018). *Les nouvelles hétérosexualités*. Toulouse : érès.