

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Le vécu de l'infertilité chez les Luo  
Entre tradition, modernité et réalité médicale

Par  
Michèle Rietmann

Département d'Anthropologie  
Faculté des Arts et Sciences

**Mémoire présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade M.Sc.  
en Anthropologie**

Août, 2008

© Michèle Rietmann, 2008



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Le vécu de l'infertilité chez les Luo  
Entre tradition, modernité et réalité médicale

Présenté par :

Michèle Rietmann

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Professeur Gilles Bibeau  
Président rapporteur

Professeur Jean-Claude Muller  
Directeur de recherche

Professeur Jean-Michel Vidal  
Codirecteur

Professeur Bernard Bernier  
Membre du jury

**Résumé:**

Ce mémoire étudie, à l'aide d'une approche phénoménologique (Garfinkel, Kleinman) et critique (Lock, Inhorn), l'impact et le vécu de l'infertilité au sein de la communauté Luo de l'est du Kenya. Après un survol de la littérature significative et une présentation de la culture Luo, j'étudie les répercussions sociales possibles que peut avoir l'infertilité.

Le parcours d'itinéraire thérapeutique (Fassin), influencé par la position socio-économique de l'individu, est multiple, divers et inclut autant les savoirs ethnomédicaux que biomédicaux.

En raison des connaissances réduites et du manque de signes physiques extérieurs, l'infertilité n'est pas vue par les Luo comme une maladie, mais plutôt comme un état. Par conséquent, c'est le sort qui est souvent évoqué comme cause de l'infertilité. J'é mets l'hypothèse que la polygamie peut garantir à la femme infertile la sauvegarde, du moins partielle, de son statut social.

Le discours emic des Luo souligne que l'infertilité est une réalité d'importance majeure, d'autant plus qu'elle est liée directement à la problématique des IST et des interventions médicales faites par des personnes non qualifiées ou dans un contexte insalubre. Comme constaté, dans la dernière partie du mémoire, l'infertilité n'est malheureusement pas assez prise en compte par les politiques de santé publique ni par les discours ethic qui se concentrent sur la réduction du taux de croissance (par l'implantation de méthodes contraceptives modernes). Le combat contre les maladies pandémiques telles que le paludisme et le SIDA semble la seule priorité actuelle des politiques de santé publique.

**Mots clés :**

Luo, Kenya, infertilité, phénoménologie, vécu, parcours thérapeutique, maladie, sort, polygamie.

**Summary:**

This master's thesis explores by means of a phenomenological (Garfinkel, Kleinman) and critical approach (Lock, Inhorn) the impact, and the experience of infertility among the Luo of western Kenya. After presenting major studies that treat the subject of infertility in sub-Saharan Africa as well as major aspects of Luo culture, I analyze possible repercussions of infertility and coping strategies.

The therapeutic itinerary (Fassin), influenced by the socio-economic situation of the individual, presents itself in a pluralistic and diverse way, in which popular, ethnomedical, and biomedical knowledge are intertwined.

Because of the limited knowledge and the absence of physical signs, infertility is not seen by Luos as being a medical condition, but rather as a state of being. I make the hypothesis that polygamy can have a positive impact on the economic status of a woman, as well as safeguard, at least partially, her social status.

The emic discourse of Luo people emphasizes that infertility is a reality of major importance, all the more since it is directly linked to STI's and medical interventions that are undertaken by untrained personnel or in insalubrious conditions.

Unfortunately, as commented in the last part of the thesis, infertility is not granted enough consideration in the public health programs and the discourses that focus on the reduction of population growth (by implementing modern contraceptive methods). It seems like the fight against pandemic diseases like Malaria and AIDS have sole priority in public health programs.

**Key words:**

Luo, Kenya, infertility, phenomenology, lived experience, therapeutic itinerary, sickness, curse, polygamy.

## **Table des matières :**

1. Introduction.....	p. 1
2. Méthodologie et concepts clés .....	p. 14
2.1 Les Concepts clés.....	p. 19
2.2 Le cadre théorique.....	p. 23
2.2.1 Husserl et la naissance de la Phénoménologie.....	p. 23
2.2.2 Les ‘successeurs’ de Husserl.....	p. 29
3. Revue de littérature .....	p. 36
3.1 L’approche médicale et la santé reproductive .....	p. 37
3.2 L’approche culturo- démographique .....	p. 42
3.3 L’approche anthropo- sociologique.....	p. 46
3.4 L’approche ‘culturaliste’ .....	p. 53
3.5 L’approche ‘holistique’ .....	p. 57
4. La culture Luo .....	p. 61
4.1 Conception du temps, de l’âme et du corps.....	p. 61
4.2 Conception du mariage.....	p. 66
4.3 Conception de la maternité et de la grossesse .....	p. 71
5. Ce que le parcours thérapeutique nous dévoile sur le vécu de l’infertilité .....	p. 77
5.1 Les parcours thérapeutiques en cas de maladies .....	p. 79
5.2 Les causes de l’infertilité.....	p. 85
5.3 Les stratégies culturelles face à l’infertilité.....	p. 91
5.4 "You don’t feel like being somebody if you don’t have a child" Histoires de vie .....	p.101
6. Conclusion : Le jeu des discours .....	p.108
7. Bibliographie.....	p.117
8. Annexes.....	p.viii
8.1 Cartes .....	p.viii
8.2 Guide d’entrevue.....	p.xi

**Liste des abréviations :**

AMREF	African medical research foundation
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
GTZ	Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit
ICPD	United Nations International Conference on Population and Development
IISD	International Institute for Sustainable Development
IST	Infections sexuellement transmissibles
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PLAN	Plan International
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
UNFPA	United Nations Population Fund
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

**Remerciements :**

Je voudrais remercier le Professeur Jean-Michel Vidal pour son soutien, ses commentaires et ses débuts de pistes d'analyse qui m'ont aidée à mieux discerner les divers enjeux reliés à la thématique de l'infertilité et à enrichir mon analyse. Je remercie également le Professeur Jean-Claude Muller pour ses commentaires et ses encouragements lors de la réalisation de ce mémoire.

La force motrice pour réaliser ce mémoire fut néanmoins générée par les femmes et les hommes, mais surtout les amis que j'ai eu la chance de rencontrer à Homa Bay lors de mon terrain. Leur gentillesse et franchise m'ont permis de pénétrer dans leur univers et d'en découvrir les divers et fascinants aspects.

J'aimerais remercier mes parents pour leur soutien inconditionnel durant tout mon cheminement académique. Grâce à leur amour qui surpasse la distance géographique et leur confiance en moi, j'ai pu surmonter les moments les plus difficiles.

Finalement un grand merci à mes sœurs et mes amis de parcours qui, chacun à leur manière, m'ont aidée à découvrir ma passion pour l'anthropologie, spécifiquement la santé des femmes, et à parfaire mon raisonnement.

## **Chapitre 1: Introduction**

“You are no one if you don't have children”

L'énoncé d'une de mes informatrices, mis en début de ce mémoire, décrit très bien ce qu'un grand nombre d'écrits anthropologiques, sociologiques et ethnographiques sur l'Afrique soulignent : le statut social de la femme africaine est généralement et essentiellement lié à son statut de mère (voir entre autres Hakizimana 2002; Inhorn 2003). Bien qu'il faille être prudent avec de telles généralisations, ceci semble néanmoins une constante pour toutes les sociétés patrilinéaires du continent.

Comme nous allons le voir, l'infécondité se présente donc parfois comme un problème majeur. L'incapacité de concevoir ou de porter à terme un enfant peut susciter des problèmes psychologiques chez la femme, vu qu'elle ne peut se 'réaliser' en tant que 'femme'.

Le concept de stigmatisation de Goffman (1959) représente très bien les conséquences sociales qui se déclenchent quand un individu ne peut pas répondre aux spécificités assignées à son rôle social ou à son sexe. La femme infertile ne peut se faire 'femme' et se retrouve donc dans une catégorie 'autre' (Ezembé 2003; Inhorn 1996).

À part les conséquences au point de vue individuel, l'infertilité peut également susciter une forte pression ainsi qu'une discrimination sociale venant de l'entourage et avoir des répercussions sur la communauté entière (Daar and Merali 2001; Insler and Lunenfeld 1986).

Le fait de ne pas avoir de descendance a des conséquences de nature économique immédiates puisqu'il manque une force de travail et une possibilité de revenu dans le cas du mariage.

Une autre conséquence importante est reliée à la relation entre l'individu et sa survie métaphysique dans une conception cyclique du temps.

Si un homme peut continuer à vivre en se réincarnant dans un fils ou petit-fils de son frère, ceci n'est pas possible pour une femme. « Si elle n'enfante pas, elle sera comme si elle n'avait jamais existé » (Héritier 1977, in Lévi-Strauss et Benoist 1987, c1977) . À sa mort, elle disparaît donc, sans laisser aucun 'héritage' de son passage sur cette terre.

« Dans l'Afrique traditionnelle, la stérilité était une tare sociale qui affectait profondément la personnalité de l'individu. La femme stérile ou l'homme impuissant ne transmettant pas la vie qu'ils avaient reçu n'enrichissaient pas leur communauté. Ils étaient perçus comme des éléments passifs pour le clan, des symboles d'échec social et ontologique. »

(Ezembé 2003, p.105)

D'après l'évaluation de ma recherche de terrain ainsi que de la littérature traitant de ce sujet, le précédent passage est toujours applicable et pourrait donc être mis au présent.

A. Hakizimana souligne dans son livre, « Naissance au Burundi. Entre Tradition et Planification » (1984), qu'il existe dans le Burundi rural des raisons sociales, religieuses et économiques pour souhaiter une descendance nombreuse. Ces mêmes raisons sont présentes dans bon nombre de sociétés de par le monde (voir entre autres van Balen and Inhorn 2002), par exemple chez les Luo du Kenya, groupe ethnique au centre de ce mémoire.

Un enfant est avant tout une continuation de la lignée, un symbole de la perpétuation de la famille et du clan. Il est également la raison pour laquelle ses parents sont vus comme des êtres « entiers » c'est-à-dire des adultes ayant atteint une maturité complète. Le statut de parents, et celui de mère en particulier, se

définit donc en relation avec une réussite familiale et sociale. Celle-ci se traduit par une élévation du statut social. Finalement, l'enfant est également une main d'œuvre additionnelle qui contribue positivement au revenu économique de la famille ou du lignage (Anker and Knowles 1982; Mbiti 1975; Obudho 1985). En revanche, une femme stérile peut être marginalisée, être répudiée et devenir l'objet de moqueries.

M. Inhorn et F.van Balen (2002), ainsi que A. Daar et Z. Merali (2001) entre autres, présentent le problème de l'infécondité en Afrique comme étant un sujet peu traité jusqu'à récemment. La raison en est que l'Occident est bien plus préoccupé par la problématique de la sur-fécondité ainsi que par les différentes maladies pan - et endémiques, telles que le VIH/Sida ou encore le paludisme, pour considérer l'infertilité comme importante (Feldman-Savelsberg 2002).

“The study of the politics of reproduction has focused on ‘intersecting interests of states and other powerful institutions such as multinational and national corporations, international development agencies, Western medicine, and religious groups as they construct the context within which local reproductive relations are played out’ (Ginsburg and Rapp 1992: 312). These institutions, in so far as they are concerned with the regulation of individual, group, or population fertility and reproduction, represent mechanisms through which what Foucault calls “biopower” is exercised.”  
(Kielmann 1998, p.131)

Le modèle dominant de la femme africaine en tant que ‘surproductrice’ d'enfant dissimule la signification de l'infertilité en tant que problème de santé publique. Le Sida et le VIH ont orienté l'intérêt en direction de la thématique de la santé reproductive et donc aussi sur les infections sexuellement transmissibles (IST). Cet intérêt pour le VIH et les IST a cependant aussi eu comme conséquence que l'infertilité a été négligée dans les divers politiques de santé (Dyer 2007). Une réalité qui me semble entre autres étonnante étant donné le lien étroit entre les diverses problématiques. De plus, nous savons que les femmes infertiles

s'engagent dans des relations sexuelles non protégées dans le but de prouver leur fertilité. (Boerma and Urassa 2001; Mayaud 2001).

Les hommes sont également plus portés à avoir des relations extraconjugales si leur femme est infertile. De ce fait, les individus s'exposent davantage au danger d'être infectés par le VIH.

Comme le démontrent différents auteurs, une femme pourrait souffrir d'importantes pressions sociales, psychiques et physiques en raison de son infertilité.

« Infertility in developing countries extends beyond the loss of human potential and unrealized self. The experience of infertility cause harsh, poignant and unique difficulties: economic hardship, social stigma and blame, social isolation and alienation, guilt, fear, loss of social status, helplessness and, in some cases, violence. »  
(Daar and Merali 2001)<sup>1</sup>

Cette réalité fut plus récemment mise de l'avant après la Conférence internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au Caire en 1994 sur la Population et le Développement, conférence qui amena à parler de la « santé reproductive » ou encore de « droits reproductifs ».

Comme cette nouvelle approche le souligne, l'infécondité est évidemment liée à la thématique de la santé reproductive « *at large* » et à certaines maladies telles que le SIDA. Elle ne devrait pour cela pas être ignorée.

À part la question des techniques de reproduction artificielle et l'aspect éthique relié à celles-ci, il me semble qu'il reste une foule de questions à élucider dont je traiterai dans mon mémoire de maîtrise. Il serait intéressant d'étudier, à l'aide d'une approche phénoménologique et anthropologique de l'expérience, telle que présentée entre autres par Harold Garfinkel (1967), Byron Good (1994; 1998) et Arthur Kleinman (1988; 1992; 1995), le vécu individuel des femmes faisant face au problème de l'infertilité. Reliée à cela, il y a l'étude des comportements envers

---

<sup>1</sup> Les auteurs ont élaboré une intéressante 'échelle' des conséquences et répercussions psychosociales qui peuvent toucher un individu infertile.

les options médicales qui sont proposées. Il s'agirait d'étudier plus en profondeur quand, comment et pourquoi une femme (ou son entourage) se tourne

a) vers la médecine dite traditionnelle, et

b) vers la médecine occidentale. Existe-t-il une démarcation claire?

Dans un même ordre d'esprit, il serait intéressant d'étudier les réactions socio-culturelles de la société face au problème de l'infécondité. Une médiatisation de la fertilité se met-elle en place? La société a-t-elle recours à des techniques reproductives, à des cures traditionnelles, à l'adoption, à la prise en charge de l'enfant de la co-épouse, de l'enfant d'un parent? Et si cela est bien le cas, quand ces actes sont-ils entrepris? Corrélée à ces interrogations se pose également la question suivante : que se passe-t-il s'il y a une incapacité culturelle à répondre au problème, c'est-à-dire quand un individu est lié à son statut « d'infertile »? Quelles actions sont prises par la société? La femme inféconde est-elle répudiée, les époux divorcent-ils, est-ce que le mari, ou sa famille, ont recours à une co-épouse, est-ce que la femme ou l'homme sont infidèles dans le but de démontrer leur fécondité?

Dans « Se recréer Femme. Manipulation sémantique d'une situation d'infécondité chez les Yaka du Zaïre », R. Devish (1984) insiste fortement sur les activités rituelles mises en place lorsqu'un cas d'infécondité est soupçonné. L'infécondité étant mise en relation avec la désunion sociale et la transgression d'un tabou, les actes et comportements des lignages des époux sont examinés.

Chez les Luo, l'individu, et parfois la famille entière, se met également en quête de la raison de l'infertilité pour y remédier. Cette quête se fait sur différents niveaux et à l'aide de plusieurs logiques comme nous allons le voir lors de l'analyse de mes données.

Finalement, il serait intéressant d'étudier, à l'aide d'une approche plus critique et politique telle que présentée entre autres par Margaret Lock (1993; Lock and Kaufert 1998) et Didier Fassin (1992; 2001), l'influence du discours public (des organismes occidentaux, des médecins) en relation avec des problématiques telles que le VIH/SIDA, la planification familiale et la santé reproductive en général.

Une analyse d'un macro-discours qui me paraît de prime abord en opposition avec le discours des individus personnellement touchés par l'infécondité.

Ces diverses interrogations ont été étudiées lors d'un terrain de plus de trois mois à l'ouest du Kenya pour être finalement présentées sous forme d'un mémoire de maîtrise.

Pour élucider les questions mentionnées, il faut impérativement reconnaître toutes les pratiques, rites et rituels, ainsi que le statut corporel "(...) must be contextualized in specific histories and social contexts. (...) One must consider across cultural domains in any given settings in order to produce a contextualized analysis of reproductive behaviour" (Lock, In: Makhoul Obermeyer (ed.) 2001, Pp. 256/257). Il m'a donc fallu prendre en considération les relations de genre, l'histoire du groupe culturel et l'évolution des relations familiales, les relations envers les enfants et le statut de ceux-ci, ainsi que l'influence de « la culture occidentale » en relation avec l'identité culturelle luo. Identité non fixée, mais bien changeante en fonction du groupe d'âge, du statut et du niveau d'éducation. Les premiers chapitres présentent, pour cette raison, la culture luo et l'impact de l'infertilité en Afrique subsaharienne en général. Ce n'est qu'avec ces 'connaissances de base' que je serai en mesure de comprendre l'impact de l'infertilité et les réactions sociales, autant qu'individuelles.

Ma première hypothèse est que, d'une part, l'infertilité a un impact très significatif sur la vie des individus et que cette problématique n'est par conséquent pas assez prise en compte. D'autre part, influencée par l'emphase mise par la majorité d'auteurs sur l'importance du statut de mère pour la femme africaine, j'é mets l'hypothèse que les femmes infertiles sont sujettes à une forte discrimination sociale, sous forme d'abus verbaux et physiques, mais aussi et surtout d'un 'abandon thérapeutique' du côté biomédical.

« Actuellement, les psychiatres notent que la stérilité favorise l'éclosion de certaines manifestations anxio- dépressives, voire de décomposition psychotique, compte tenu du profond désir des

femmes d'avoir des enfants, la stérilité constitue ainsi une blessure narcissique profonde. »  
(Ezembé 2003, p.106)

Sachant préalablement que la polygamie est encore pratiquée parmi les Luo, je pense que celle-ci semble mal comprise par certains centres politiques occidentaux.

Subséquentement, je soupçonne que l'opposition de ce parti-pris contre la polygamie devrait se retrouver chez les Luo et qu'il entraîne de ce fait une réduction importante du nombre d'enfants souhaités. Je m'attends par conséquent à une planification familiale qui serait fortement soutenue par une acceptation et une utilisation des méthodes de contraception modernes. La raison majeure est la porosité des frontières culturelles et sociales entre le monde Luo et l'Occident, ce qui entraîne donc une certaine acculturation.

L'OMS définit l'infertilité comme étant l'impossibilité de concevoir un enfant après un an de relations sexuelles sans protection ou l'impossibilité de porter à terme un enfant.<sup>2</sup> Elle touche approximativement 80 millions de personnes ce qui équivaut à peu près à 1 couple sur 10 mondialement (10%). La prévalence peut augmenter jusqu'à 33% en Afrique subsaharienne (Pilcher 2006).<sup>3</sup> Nombre d'auteurs parlent de 'infertility belt'<sup>4</sup> pour décrire ce phénomène qui touche surtout les pays du centre du continent tels que le Cameroun et le Gabon, mais qui s'étend du Soudan jusqu'en Afrique de l'Ouest.

Les causes majeures pour l'infertilité d'un individu sont les infections sexuellement transmises, telles la gonorrhée et la chlamydia, ou bien encore des infections qui surgissent durant ou après un avortement, ainsi qu'après la naissance d'un enfant.

<sup>2</sup> OMS, voir : [www.who.int/reproductive-health/infertility/index.htm](http://www.who.int/reproductive-health/infertility/index.htm)

<sup>3</sup> cf. Pilcher, H.: IVF in Africa: Fertility on a Shoestring. In: [news@nature.com](mailto:news@nature.com), Published 30.08.2006

[www.nature.com/news/2006/060828/full/442975a.html](http://www.nature.com/news/2006/060828/full/442975a.html)

<sup>4</sup> Voir par exemple : Inhorn, M. C.; Van Balen, F.(éds): Infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies. University of California Press, Berkeley, 2002.

Cette réalité explique la prépondérance de l'infertilité secondaire sur l'infécondité primaire en Afrique<sup>5</sup>, mais fait également ressortir le fait que la majorité des cas d'infertilité pourrait être évitée si la prévention nécessaire était accrue.

Comme trop souvent, des termes sensiblement différents sont utilisés dans la langue française et anglaise pour parler d'une même problématique. Dans le cas présent, ce sont les termes 'infertilité' et 'stérilité' que j'aimerais définir préalablement pour avoir une définition terminologique univoque.

Dans les articles anglophones étudiés, il est toujours question de 'infertility'. Ce terme définit (en anglais) l'incapacité à procréer et il est applicable aux deux sexes.

En français cependant, le terme infertilité ne s'emploie que relativement à l'incapacité de la femme à concevoir et à porter à terme un enfant. Le terme est synonyme d'infécondité et est une analogie à la terre aride.

<sup>5</sup> C'est le terme stérilité<sup>6</sup>, qui définit en français l'incapacité de procréer attribuable aux deux sexes.

Pour alléger le texte, traiter de manière égale les deux sexes, m'aligner aux textes écrits majoritairement en anglais et pour prendre en considération le milieu anglophone dans lequel j'ai conduit ma recherche, j'ai décidé d'utiliser le terme 'infertilité', prenant en considération le sens que lui donne la terminologie anglophone, plutôt que stérilité, qui dans ce cas lui est synonyme.

Une de mes répondantes a mentionné qu'une femme pouvait également être considérée comme 'infertile' si elle n'avait que des filles. Ceci est évidemment une information très importante qui en dit long sur la relation des genres.

Comme le mentionne entre autres Massé (1995) en suivant Scheper- Hughes et Lock (1987), la maladie joue le rôle de véhicule et de canalisateur des normes et des valeurs qui dominent dans une culture donnée. La maladie fournit ainsi une

---

<sup>5</sup> La fécondité secondaire définit le fait d'être infertile après avoir déjà engendré au moins un enfant. Les individus atteints de fertilité primaire n'ont jamais mené à terme une grossesse.

<sup>6</sup> Le contraire étant la 'fécondité'

représentation de l'ordre social et des rapports que l'homme entretient avec la société dans laquelle il vit. Ceci rejoint les propos de Françoise Héritier, mais fut également évoqué par Erny (1981) et Ezembé (2003), chez qui l'on retrouve l'idée du corps comme objet de communication.

De même, Augé et Herzlich voient la maladie comme une « forme élémentaire de l'événement » (1984, p.14). La manifestation biologique de la maladie s'inscrivant sur le corps de l'individu, mais faisant également souvent l'objet d'une interprétation sociale. La maladie met donc en fin de compte en jeu, et souvent en cause, les relations sociales.

L'infertilité est dans ce sens un peu particulière, puisque la réalité biologique ne s'inscrit pas sur le corps. C'est par contre dans l'absence de manifestations physiques (le gros ventre durant la grossesse et les douleurs de l'enfantement) et l'absence d'enfant près de soi qu'elle se manifeste. Ce 'manque' influence fortement la manière dont les individus voient et catégorisent l'infertilité.

Je reviendrai sur cet aspect plus en détail dans le 5e chapitre qui présente l'analyse de mes données.

D'habitude, le rétablissement physique entraîne à la fois le rétablissement des relations sociales perturbées et l'effacement des symptômes. L'infertilité est, quant à elle, souvent irréversible même si les causes, telles que les IST, peuvent être traitées. Le manque de signes 'externes' ne peut pas être éliminé sauf partiellement dans le cas où la mère prend en charge l'enfant d'un proche.

Le stigmate social est donc présent tout le long d'une vie et influence toutes les relations sociales de l'individu.

Comme en témoigne le travail de Dyer et de ses collaborateurs (2002; 2007), les femmes infertiles ne peuvent répondre aux attentes et exigences sociales liées au genre féminin et elles sont pour cette raison souvent placées dans une 'troisième catégorie de genre'. Dans ce sens, l'infertilité va à l'encontre des règles sociales, elle fragilise et perturbe les relations sociales.

Je peux dès à présent mentionner que l'infertilité peut avoir des conséquences assez importantes pour l'individu touché. Néanmoins, comme déjà mentionné, ces conséquences, les causes et la prise en charge de l'infertilité en Afrique subsaharienne sont négligées dans le domaine de la santé publique kenyane.

Je me pencherai sur cet aspect, que je trouve problématique, dans le dernier chapitre.

Comme je l'ai précédemment évoqué, la recherche sur laquelle se base ce mémoire fut réalisée à l'ouest du Kenya, dans la province du Nyanza. Les entrevues furent conduites auprès d'individus qui se définissent ethniquement comme 'Luo'. Une description plus approfondie de la culture luo sera entreprise dans le 4<sup>e</sup> chapitre. Je voudrais néanmoins d'ores et déjà définir les paramètres géographiques, historiques et économiques qui encadrent ce mémoire.

Les Luo sont un des 26 groupes ethniques qui peuplent le Kenya. Représentant environ 13 % de la population kenyane, ils sont pour cette raison le troisième plus grand groupe ethnique du pays.

Les Luo sont considérés comme un groupe ethnique nilotique; tandis que la majorité des autres ethnies est bantoue. Ceci avait, et a toujours encore des conséquences politiques et sociales dans un contexte de tribalisme encore fortement présent dans le Kenya actuel. La crise survenue lors des dernières élections en décembre 2007 en témoigne.

Les Luo se sont répandus à partir de la région du Haut Nil, région du Soudan, jusqu'au nord-est de la Tanzanie. Cet espace géographique inclut la région frontalière entre l'Ouganda et le Kenya ainsi que la région du lac Victoria à l'ouest du Kenya et au nord de la Tanzanie<sup>7</sup>.

La majorité des auteurs s'accordent sur le fait que les Nilotes se sont formés comme groupe indépendant vers l'an 1000 av. J.-C. dans la région sud du Soudan. Les plus connus parmi le groupe nilotique, sont probablement les « Nuer » du

---

<sup>7</sup> Se référer à la carte en Annexe

Soudan. Tout en lisant les observations extensives d'Evans-Pritchard (1960), nous pouvons clairement reconnaître les traits culturels communs avec les Luo.

Les Nilotes vivaient au Soudan en tant que nomades et pasteurs. Quand la densité de la population devenait trop grande pour assurer la survie, certains groupes migraient vers des régions inhabitées ou allaient conquérir des terres appartenant à d'autres groupes ethniques.

Ceux qui se définissent aujourd'hui comme « Jaluo » sont ainsi descendus le long du Nil et les premiers groupes semblent avoir rejoint l'actuel Kenya entre 1490 et 1600 A.C. L'arrivée, au sud de la province du Nyanza, tout à fait à l'ouest du Kenya au bord du lac Victoria, semble avoir eu lieu assez tardivement, vers le milieu du 18e siècle (Hauge 1974; Ogot 1967).

Cette migration était accompagnée de guerres ayant pour but de chasser d'autres ethnies de leur territoire. Ainsi, les Luo ont repoussé les « Kisii » et « Luya » et ont pris possession de la région autour du lac Victoria.

Réputés pour être très flexibles et pour s'adapter assez facilement à de nouvelles situations, les Luo se sont dès lors également spécialisés dans la pêche. N'étant plus principalement rattachés à l'élevage de bovins, certains rituels, surtout ceux rattachés au mariage, dévoilent cependant encore l'attachement préférentiel à ces animaux. Le bétail est ainsi toujours encore une nécessité culturelle et fortement relié à la richesse et réciproquement à la reconnaissance sociale (Ocholla-Ayayo 1976).

Les Luo ont une organisation sociale patrilineaire, patrilocale ainsi qu'exogame. Traditionnellement, les mariages étaient également endogames au groupe ethnique. Cette « loi » semble cependant perdre en importance et il est possible de trouver des couples où l'un des époux n'est pas Luo. La loi kenyane ne l'interdisant pas, la polygamie y est encore pratiquée jusqu'à aujourd'hui. Nous reviendrons plus en détail sur les aspects sociaux dans le 4e chapitre.

L'activité économique principale est l'agriculture qui est complétée, comme je l'ai noté, par l'élevage de bovins, de chèvres et de moutons ainsi que par la pêche, et une économie de marché restreinte.

Les Luo cultivent principalement le maïs, le sorgho et le millet, la patate douce, la cassave ainsi que des bananes, des lentilles, des fèves et des arachides. L'importance de ces différents produits agricoles variant selon les régions (Dietler and Herbich 1993, P.149).

Le district de Homa Bay, dans lequel se situe la ville de Homa Bay où a été effectuée la présente étude, est fortement éloigné des grands centres tels que Nairobi ou Mombasa<sup>8</sup>. Il a fortement souffert du déclin drastique de poissons dans les années 70.

La population de la division de Rangwe dans laquelle se situe la ville de Homa Bay compte 49 393 individus tandis que le district en dénombre environ 300 000<sup>9</sup>. Le Ministère de Planification et de Développement national (« Ministry of Planning and National Development »)<sup>10</sup> considère la province du Nyanza comme la plus pauvre du pays puisque plus de 63 % de la population vit en dessous de l'indice de pauvreté qui se mesure à un dollar par jour. D'après un informateur de AMREF<sup>11</sup>, ce nombre s'élève à 71 % pour le district de Homa Bay.

S'y ajoute la problématique du Sida; la prévalence atteignant d'après le « National Health Survey » de 1999 une moyenne de 32 % dans cette région. D'après des informations personnelles, ce nombre pourrait même être plus élevé puisqu'il doit exister un chiffre supérieur plus important. La prévalence nationale étant de 7 %.

---

<sup>8</sup> Environ 405 km de Nairobi et 850 km de Mombasa

<sup>9</sup> Report of Sexual, Reproductive Health among the Youth Baseline Survey in Rangwe Division of Homa Bay District. Unpublished Report, AMREF, 2007.

<sup>10</sup> "The Economic Recovery. Strategy for wealth and employment Creation 2003- 2007", 2004, p.9. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/sctr/2005/cr0511.pdf>

<sup>11</sup> AMREF: African Medical Research Foundation : [www.amref.org](http://www.amref.org)

La ville possède sept institutions médicales (hôpital, centres de santé, dispensaires), dont un hôpital gouvernemental ainsi que quelques cliniques privées (communication privée, ministère de la Santé).

## **2. Méthodologie et concepts clés**

La recherche de terrain entreprise de mai à août 2007 fut conduite dans un milieu qui m'était déjà un peu familier, y ayant fait un volontariat dans un hôpital durant 5 mois durant l'été 2006.

La petite ville de Homa Bay est située dans la province du Nyanza, à l'est du Kenya au bord du lac Victoria. La majorité des habitants se définissent ethniquement comme Luo. Raison pour laquelle j'ai décidé d'ancrer ce travail dans le contexte culturel Luo. J'ai finalement conduit 35 entretiens semi-dirigés, majoritairement en tête-à-tête, dans trois groupes d'informateurs.

Mon guide d'entretien était organisé selon trois grands thèmes, c'est-à-dire la famille et le système de parenté chez les Luo, le statut de l'enfant et le corps. Chacun de ces thèmes fut traité selon des mots clés à l'aide desquels j'ai par la suite analysé mes entretiens. Les mots clés pour le thème 'famille' étaient : 'définition de la famille', 'mariage', 'système de parenté', 'problèmes relationnels et solutions'. Les mots clés associés au thème de l'enfant étaient : 'statut', 'rôle', 'place dans la société' et 'tâches'. Le thème du corps étant quant à lui divisé selon les mots clés suivant : 'la santé', 'relation au corps et à l'esprit, ainsi que 'parcours thérapeutique'.

Lors de mon analyse, et à l'aide du logiciel NVivo, j'ai codifié mes entretiens selon ces mots clés. Pour finir, j'ai donc pu regrouper et analyser les diverses sous-thématiques indépendamment l'une de l'autre.

Un deuxième guide d'entretien fut utilisé pour les rencontres avec les professionnels de la santé. Il ne se composait que d'un thème, l'aspect clinique de l'infertilité, et fut analysé selon les mots clés 'causes', 'remèdes' et 'traitements', ainsi que 'prévention'.

Le premier groupe d'informateur est constitué d'individus de tout âge, hommes et femmes, mariés ou non, ayant des enfants ou non qui m'ont fourni des

informations sur le statut de l'enfant, de la mère, sur l'importance du mariage et de la famille dans la société Luo, ainsi que sur l'impact social de l'infertilité.

Le deuxième groupe est constitué de professionnels de la santé, tant ceux travaillant dans le domaine de la médecine dite « occidentale » que ceux pratiquant une médecine « traditionnelle » (sages-femmes traditionnelles, guérisseurs, herboristes, 'chamanes'). Ces informateurs m'ont fourni des informations sur la nature d'un « macro-discours » en relation avec l'infertilité ainsi que la prévalence de cette dernière dans la société Luo.

Le troisième groupe est constitué de femmes n'ayant pas de descendance et vivant une situation d'infertilité. Il m'a permis de reconstruire avec ces femmes des histoires de vie.

Ce micro- discours fut finalement comparé au macro-discours de la société et des professionnels de la santé pour évaluer les différences et similitudes.

La moyenne d'âge de tous les groupes se situe à 43,4 ans. Les catégories socioprofessionnelles sont très diverses; allant du gardien de sécurité, secrétaire, médecin, coordinatrice générale d'une ONG, infirmière, sage-femme traditionnelle, aide en cuisine pour un restaurant et autres. Le niveau d'éducation scolaire est également très varié. La plupart des personnes âgées avaient terminé seulement les quelques années scolaires obligatoires, tandis que les plus jeunes ont pour la plupart fait l'école secondaire et parfois même quelques cours universitaires. La plupart des professionnels de la santé<sup>12</sup> et des représentants des ONG avaient un doctorat ou étaient infirmiers.<sup>13</sup>

Pour la codification de mes entrevues, j'ai décidé de marquer d'un '1' les entrevues faites auprès de femmes et par '2' celles faites auprès d'hommes et de ne pas les différencier dans mon analyse. Le chiffre '3' fut attribué à mes répondantes infertiles.

---

<sup>12</sup> Je me réfère dans ceux cas aux professionnels formés d'après le système occidental.

<sup>13</sup> Pour des raisons d'authenticité, j'ai décidé de reproduire les citations directes de mes entrevues en anglais, langue dans laquelle les entrevues furent conduites.

Quand il s'agit de citations directes de mes entrevues, mes questions sont indiquées en italique et les réponses entre guillemets. Par contre, quand il s'agit de citations indirectes ou de traductions de mes entrevues, je n'utilise pas d'italique ni de guillemets et les traduits parfois en français.

J'ai également recueilli des informations auprès du Ministère de la Santé et diverses ONG. L'une d'elles, PLAN<sup>14</sup>, se concentre surtout sur l'amélioration des conditions de vie des enfants et jeunes en investissant dans l'éducation, l'amélioration sanitaire des points d'eau, la santé en général et la sécurité alimentaire.

AMREF<sup>15</sup> est quant à elle une organisation qui fut créée par des chirurgiens et dont le but est d'améliorer la santé de diverses populations à travers l'Afrique. Une très récente évaluation faite par AMREF (2006) auprès des jeunes Luo<sup>16</sup> me fut dans ce cas d'une grande aide. Je prendrai également comme référence des articles traitant le sujet dans des pays voisins (entre autre Larsen 1996; Sundby 1997; Upton 2001), ainsi que des textes traitant plus largement de la santé reproductive (Ties Boerma and Mgalla 2001; Tremayne 2001), de l'infertilité (entre autre Daar and Merali 2001; Inhorn and van Balen 2002; van Balen and Gerrits 2001) et de la maternité en général (Emy 1981; Ezembé 2003). Mes sources bibliographiques sont tirées de différents champs académiques tels que l'anthropologie, la sociologie, la démographie et la santé publique. L'infertilité est également, comme nous allons le voir, liée à des croyances religieuses et spirituelles, et j'ai donc également eu recours à des ouvrages influencé par l'étude des religions (Devisch 1984; Devisch 1996; Katz and Katz 1987; Mboya 1986; Obudho 1985).

---

<sup>14</sup> Plan International : <http://www.plan-international.org/>

<sup>15</sup> AMREF: African Medical Research Foundation: [www.amref.org](http://www.amref.org)

<sup>16</sup> Il s'agit ici d'une évaluation non publiée faite en avril 2007 et intitulée : "Report of Sexual, Reproductive Health among the Youth. Baseline Survey in Rangwe Division of Homa Bay District."

La problématique de l'infertilité chez les Luo est étudiée, dans une première étape, à l'aide d'une approche dynamique, complétée par des données épidémiologiques. À partir de cette approche ethno-épidémiologique, je m'appuierai surtout sur les approches interprétatives et phénoménologiques telles qu'utilisées par des auteurs en anthropologie médicale tels que Byron Good (1994), Kleinman (1988) ou Bibeau et Corin (1995).

Pour rendre compte d'une telle approche, il me faut néanmoins au préalable faire un détour par l'éthométhodologie en présentant brièvement la pensée de Edmund Husserl (Grondin 2003; Husserl 1981; Lyotard 2004; Schutte 2005) et Harold Garfinkel (Clayman 2001; Garfinkel 1967; Maynard and Kardash 2007; Rawls 2005) pour souligner le fondement ainsi que l'évolution de la pensée phénoménologique. Il s'agit d'étudier le vécu personnel des individus Luo touchés par l'infertilité, la manière dont ils expriment leurs expériences, mais également

de récolter des témoignages de différents membres de la société Luo afin de comprendre comment des données purement sociologiques comme l'âge, le statut social, le genre et les multiples identités culturelles influencent le discours sur l'infertilité.

Je distinguerai donc dans une première étape '*disease*' qui définit la pathologie et l'anormalité biologique liées à l'infertilité et '*illness*', terme définissant la manière dont la maladie est vécue et perçue par l'individu lui-même. À ces deux concepts, j'aimerais ajouter celui de '*sickness*' tel qu'introduit par Allan Young (1982). Celui-ci renvoie au processus par lequel les signes biologiques de la maladie sont transformés en symptômes reliés à des signifiants sociaux. C'est ainsi que « l'individu donne des significations socialement reconnaissables à ses dysfonctions ou à ses états pathologiques. C'est ce processus qui détermine les choix thérapeutiques des individus » (Massé 1995). Le concept de '*sickness*' me donne ainsi la possibilité d'accéder à la dimension sociale et relationnelle de l'infertilité.

La problématique de l'infertilité sera de ce fait étudiée en tant que construit historique et social, ancré dans un milieu socio-culturel précis et non généralisable. Toujours relié à la maladie, j'aimerais mettre en avant les différentes stratégies socioculturelles mises en place dans la société Luo face à l'infertilité. Je m'intéresserai aux rôles des connaissances médicales entourant la problématique de l'infertilité. Ainsi, je porterai une attention particulière au savoir médical traditionnel pratiqué entre autres par les guérisseurs et les sages-femmes traditionnelles, et celui de la médecine biomédicale occidentale. Il est important de rappeler que, dans le contexte africain, le champ médical est pluriel et que les individus ont autant recours à la médecine locale, qu'à celle importée par la colonisation c'est-à-dire la biomédecine. Les questions principales étant pour moi quels sont les rôles et l'influence des connaissances médicales informelles, c'est-à-dire les connaissances transmises de génération à génération à l'intérieur d'une famille<sup>17</sup>, de la médecine occidentale, ainsi que de la médecine traditionnelle telle que pratiquée par les herboristes, les sages-femmes traditionnelles et les 'witch-doctors'<sup>18</sup>.

Cette recherche se fera pour cette raison à l'aide du concept « d'itinéraire thérapeutique » tel que présenté par Didier Fassin (1992). Dans ma recherche je tenterai de reconstruire les itinéraires thérapeutiques que les divers individus me présentent, ainsi que ceux des femmes considérées comme infertiles. Je chercherai à comprendre les alternatives et les stratégies qu'elles déploient pour faire face à leur infertilité. Des solutions telles que l'adoption symbolique, c'est-à-dire la prise en charge pour un certain temps d'un enfant d'un parent, le divorce ou le recours à une coépouse sont-elles mises en place? Et si oui, dans quelle situation?

Enfin, il s'agira d'emprunter à une approche dite interprétative critique<sup>19</sup> en étudiant non seulement le micro- discours recueilli auprès des individus, mais

---

<sup>17</sup> Je pense par exemple à l'utilisation de certaines plantes, mixtures contre les maux de ventre, la malaria, les maux de tête. Voir entre autres à ce sujet Geissler (1999, 2002, 2004), Sindiga (1995), Agot – Kawango (1995)

<sup>18</sup> Voir entre autres : Katz, S. et Katz, S. (1987), Luke, N ; Warriner, I. et Watkins, S. (2001), Sindiga (1995)

<sup>19</sup> Approche utilisée entre autres par Margaret Lock (1993) dans son travail sur la ménopause au Japon.

aussi l'influence du macro-discours des organismes de santé officiels, tels que les hôpitaux et les organismes humanitaires. Cette analyse des divers niveaux de discours me semble importante puisque je pense que d'une part ils se contredisent et d'autre part ils s'influencent mutuellement.

### **2.1 Les Concepts :**

Le concept principal de cette recherche en maîtrise est évidemment celui de '*l'infertilité*'. Il s'agit dans un premier temps de tenter une définition sur trois niveaux.

Premièrement d'un point de vue médical en utilisant des données épidémiologiques, comme citées sur le site de l'Organisation Mondiale de la Santé, ou par des professionnels de la santé. Comment l'infertilité est-elle définie? Quelles sont les causes biologiques primaires qui causent l'infertilité dans un contexte de pays en développement ? Quels rôles jouent l'accès aux services de soins ainsi que l'éducation de la population en matière de sexualité ?

Dans un deuxième temps, il me faut prendre en compte la définition sociale et symbolique de l'infertilité en Afrique (bien différente de celle de l'OMS) en prenant comme référence des données recueillies sur le terrain, ainsi que les écrits de certains chercheurs s'étant penchés sur la question de l'infertilité en Afrique (Inhorn 2002, Dyer (et coll.) 2002, Gerrits 1997 entre autres). Qu'est-ce que cela implique d'être 'infertile'? Quand est-on défini comme tel? Quelles sont les conséquences de l'infertilité sur la conception de la personne et sur son statut social? Les diverses sources évoquées précédemment relatent la problématique de l'infertilité dans plusieurs pays d'Afrique principalement. J'y reviendrai dans le chapitre 3.

---

Plus spécifiquement, j'aimerais dans un troisième temps (chapitre 4 et 5) décrire les aspects spécifiques de la culture Luo en relation avec le thème de l'infertilité. Pour cela, nous devons étudier divers sous-concepts tels que la conception du corps et de l'âme puisque le corps se définit par ces deux entités jumelées (Thomas 1981). Cette définition de la personne devrait également aider à éclairer la signification du devenir et être mère, ainsi que la place de l'enfant dans la société Luo. Il me sera ainsi possible de découvrir le statut, les privilèges auxquels une femme sans enfants ne peut accéder, ainsi que la valeur symbolique de la maternité. Ces informations devront alors être validées à l'aide des discours personnels ainsi qu'à l'aide des histoires de vie. Celles-ci nous dévoileront le vécu personnel des femmes infertiles, la vision des femmes fertiles, jeunes, vieilles, celle des hommes mariés ou non.

Les divers témoignages, qui d'après moi refléteront une vision hétérogène et multiple de l'infertilité, m'aideront à définir les conséquences psycho-sociales et l'impact de l'infertilité sur la vie quotidienne dans la société urbaine Luo, ainsi que son impact sur les relations sociales des individus.

Un deuxième concept clé dont je me servirai est celui des '*itinéraires thérapeutiques*'. Par '*itinéraires thérapeutiques*' je rejoins la définition de Didier Fassin et utilise ces derniers pour restituer à la maladie sa dimension temporelle et complexe qui se caractérise par un recours successif à des systèmes médicaux différents et pour redonner à la maladie sa signification. Les étapes successives doivent permettre d'accéder à la guérison (Fassin 1992, p.114). J'entends donc par '*itinéraires thérapeutiques*' toute action entreprise par l'individu, et plus spécifiquement la femme, pour tenter de remédier à sa maladie ou à son infertilité et de retrouver une réponse satisfaisante à 'son problème'.

Ces itinéraires se dévoileront à l'aide des récits de vie et des diverses entrevues individuelles présentés dans les chapitres 6 et 7. À l'aide de ces données, il s'agira d'étudier plus en profondeur quand, comment et pourquoi une femme (et son entourage familial proche) se tournera soit vers un savoir local traditionnel de

pratiques et remèdes soit vers la médecine dite traditionnelle soit vers la médecine occidentale soit enfin vers ces diverses possibilités en même temps ou de façon alternée. Quels rôles jouent alors l'âge, le statut social, l'influence du discours biomédical, le syncrétisme culturel? Je pourrai de ce fait étudier les différents modèles médicaux pour connaître leur 'valeur', leur place dans les itinéraires, les espérances qui y sont reliées ainsi que ce qu'ils proposent pour essayer de remédier à l'infertilité.

« (...) le système traditionnel n'a pas été bouleversé par la présence des conceptions et pratiques occidentales. La médecine occidentale a acquis un rôle précis et divers exemples montrent un polymorphisme dans la quête de la thérapie.

Les démarches du malade à la recherche d'une aide médicale varient selon son histoire individuelle et son entourage et sont souvent caractérisées par une recherche double, qui l'amène à utiliser la structure médicale occidentale et la thérapie traditionnelle ».

(Caprara and Bibeau 2000, p.141)

Le danger de travailler avec une approche 'culturaliste' est présent lors de toutes les étapes de la recherche. C'est néanmoins lors de l'étude des itinéraires thérapeutiques qu'il faudra spécifiquement prendre en considération les réalités économiques et sociales (telles que le rapport de genre, le statut social ou encore l'âge) qui influencent le choix de traitements vers lesquels se tourneront les individus. Une vision critique et politique est donc impérative.

Un troisième concept viendra finalement s'ajouter. Il s'agit du concept de '*macro-discours*'. Le discours macro-social, construit par les professionnels de la santé et divers organismes de la santé et du développement, devrait nous dévoiler une autre approche des enjeux reliés à l'infertilité puisqu'il est probablement influencé par les discours de santé publique ainsi que des choix politiques propres au contexte kenyan. Ce concept nous aidera à compléter et à opposer les données sur le vécu de l'infertilité, donc le *micro-discours*, ainsi que les données sur les itinéraires thérapeutiques. Il s'agira d'évaluer les divergences ainsi que les

interrelations qui existent entre le *macro-discours* et le vécu personnel et les itinéraires thérapeutiques. Les interrelations sont créées puisque chaque individu intériorise les normes véhiculées par sa société d'appartenance, mais les adapte et les module (comme nous le démontre la phénoménologie) à sa situation individuelle. Dans une dernière étape, il me faudra définir les différences majeures entre le *macro-discours*, vision « etic », objectif, et le micro-discours qui est représentatif d'une vision « emic ».

Les termes 'etic' et 'emic' ont été créés par le linguiste Kenneth Pike à partir des suffixes des mots *phonetic* et *phonemic* (1967: "Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior"). Suivant Marvin Harris (1976), le terme 'emic' réfère aux principes qui représentent et expliquent la façon dont une thématique ou situation donnée est organisée et structurée dans la pensée de l'individu observé. "The method of finding where something makes a difference for one's informants"(Ward Goodenough 1969, p.144, in: Harris 1976, p. 331)

Le terme 'etic' par contre définit les principes organisationnels ou les structures qui existent en dehors de la pensée de l'individu observé. Ces principes pourraient même être en opposition avec les principes des acteurs et la manière dont ceux-ci organisent leur imagination, concepts et pensées sur un sujet donné (Harris 1976; Massé 1995).

Il nous sera alors possible de questionner le discours biomédical sur les possibles adaptations de ce dernier afin qu'il s'accorde mieux au vécu personnel, social et culturel des personnes. Il est également possible d'analyser ce *macro-discours* pour savoir s'il est influencé par des problématiques telles que celles du SIDA, de la thématique des techniques de reproduction artificielle ou encore de planification familiale.

## 2.2 Le cadre théorique

### 2.2.1 Husserl et la naissance de la Phénoménologie

*« If every event which occurred could be given a name, there would be no need for stories. As things are here, life outstrips our vocabulary »*

John Berger - *Once in Europa* (1989)

La notion de « Phénoménologie » et la méthode reliée à celle-ci sont principalement issues du travail d'Edmund Husserl<sup>20</sup>, entre la fin du 19e siècle et le début du 20e siècle<sup>21</sup>. Cette pensée est en opposition avec les mouvements philosophiques du psychologisme<sup>22</sup> et du pragmatisme<sup>23</sup>. Ayant fait un doctorat en mathématique, Husserl développe dans un second temps un intérêt pour la philosophie (en tant qu'étudiant de Franz Brentano) et essaie d'établir celle-ci comme une science 'rigoureuse'.

La phénoménologie se veut

« (...) l'étude des « phénomènes », c'est-à-dire de cela qui apparaît à la conscience, de cela qui est « donné ». Il s'agit d'explorer ce donné, « la chose même » que l'on perçoit, à laquelle on pense, de laquelle on parle, en évitant de forger des hypothèses, aussi bien sur le rapport qui lie le phénomène avec l'être de qui il est phénomène, que sur le Je pour qui il est phénomène ».

(Lyotard 2004, p.3, 5)

<sup>20</sup> Edmund Husserl (1859 – 1938), né en Moravie, dans l'empire autrichien.

<sup>21</sup> Le terme fut d'abord utilisé par Hegel en 1908 qui pratiquait ce que nous nommons aujourd'hui une « phénoménologie dialectique ».

<sup>22</sup> Le *psychologisme* est le terme utilisé pour désigner la tendance par certains auteurs à tout interpréter au travers des théories de la psychologie humaine et d'en faire le centre immuable de leur compréhension du monde.

<sup>23</sup> Fondateur est CS Peirce, puis le courant est repris et popularisé par William James. Le *pragmatisme* est plus une attitude philosophique qu'un ensemble de dogmes. « Pragmatisme », vient du grec *pragmata*, action, ce qui atteste du souci d'être proche du concret, du particulier, de l'action et opposé aux idées abstraites et vagues de l'intellectualisme. Il s'agit en fait d'une pensée radicalement empiriste: la notion d'effet pratique est étroitement liée à la question de savoir quels effets d'une théorie sont attendus dans l'expérience.

Ainsi, une question type que les phénoménologues se posent est la suivante: que veut-on dire à l'aide de tel ou tel verbatim?

C'est la langue qui en fin de compte fait en sorte que 'je' puisse objectiver mes vécus et donner sens à ceux-ci. En raison du cadre limité de ce travail, je ne peux hélas pas élaborer plus en profondeur les différentes théories de la communication. Cependant, il faut garder en tête l'importance de l'aspect suivant fondamental à la phénoménologie : c'est dans l'inter-relation que se crée le vécu et donc le sens. L'individu n'est jamais seul. Il agit et réagit en fonction d'un opposé, d'un interlocuteur. Celui-ci peut être un seul individu, un groupe de personnes ou la société en général. (Berger and Luckmann 2003, p. 24, 25)

Néanmoins, l'intérêt des phénoménologues ne porte pas tant sur le choix des mots, mais bien sur les mots utilisés, et ce à quoi ils font allusion d'une manière implicite. Le verbatim étant le véhicule pour transmettre et articuler l'information, il devient cependant superflu une fois l'élaboration terminée (Plessner, Helmut, in: Berger and Luckmann 2003, p. XIII).

La méthode phénoménologique est donc d'abord une méthode de compréhension directe ainsi que de description exhaustive. La phénoménologie d'après Husserl est l'étude scientifique de l'expérience. La méthode étant un essai de décrire *l'intentionnalité* humaine dans son vécu immédiat, que lui arrive-t-il, comment réagit-il, quels mécanismes sont mis en route lors d'un certain vécu? Cette étude doit impérativement être faite avant que le fait observé ou l'action ne soit soumis à une élaboration théorique ou à une compréhension conceptuelle. Il s'agit de voir et de saisir le moment vécu dans son immédiateté avant que se mettent en place les divers mécanismes qui régularisent notre quotidien (Jackson 1996, p.2). Par conséquent, il devient nécessaire d'analyser minutieusement le verbatim, mais bien aussi l'action, le vécu, l'être d'une certaine situation.

Dans le passage précédent, c'est la notion *d'intentionnalité* qui devrait retenir notre attention. Cette notion d'*intentionnalité* est essentielle à la phénoménologie. Husserl la reprend de son professeur Franz Brentano qui déclara que nous sommes non pas juste conscients, mais toujours 'conscients de quelque chose'.

Ainsi, la conscience implique toujours intentionnalité. Nos réactions à un vécu ont toujours un but. Néanmoins, il faut faire attention de ne pas confondre 'intentionnalité' et 'attention'. De ce fait, il peut y avoir de l'intentionnalité inattentive, implicite. (Berger and Luckmann 2003, p. 23; Lyotard 2004, p.5, 14)

La réaction primaire du sujet est de donner un sens à son vécu d'une manière intuitive et spontanée. Ce n'est qu'avec du recul, de l'objectivation et l'influence de l'environnement, que se met en place une élaboration plus rationnelle, détachée. (Schutte 2005)

Pourquoi donc approcher le vécu avant que le fait ou l'action observée soit soumis à une élaboration théorique ou à une compréhension conceptuelle, avant que se mettent en place les divers mécanismes qui régularisent notre quotidien? La raison pour Jackson est dans la façon dont les individus reflètent, analysent et rationalisent une situation en rétrospective, et cette raison est rarement identique aux attitudes qu'ils adoptent lorsqu'ils font face aux diverses situations de leur vie. Pour Grondin, 'retourner aux choses elles-mêmes' c'est : « (...) savoir se défaire de l'emprise déformante des théories et des interprétations unilatérales des phénomènes pour retourner à l'essentiel de ce qui se maintient à travers toutes les interprétations. » Ainsi, comprendre c'est « (...) effectuer une « réduction » du regard, savoir prendre une distance envers ce qui se dit, afin de percer vers le sens, vers le vouloir-dire qui veut être entendu.» (Grondin 2003, p. 19, 20, 30). Nous reviendrons sur cette idée de 'réduction du regard' dans le paragraphe suivant.

Une telle perception nous permet de cerner 'le sens originel' d'un vécu, mais aussi de cerner ce que les actions déclenchées par ce vécu ont comme sens. Quelles sont les 'intentions' recherchées par la mise en action de certains mécanismes, attitudes spécifiques? Comme le souligne encore une fois Jackson (1996), en faisant un lien avec les systèmes de pensée africains, nous devons essayer de 'voir' quel sens est investi dans une certaine pratique et non ce qu'elle signifie intrinsèquement. En analysant le sens qui est investi dans certaines

pratiques, nous serons également capables d'en conclure ce que ces conduites (ou rites) accomplissent pour celui qui les met en pratique. Pour moi, il s'agit donc d'étudier les réactions face à l'infertilité avec le but de saisir 'à l'origine' ce que cet état médical veut dire pour l'individu, mais aussi de cerner les réactions face à celle-ci. Pour l'anthropologie, il s'agit de procéder à l'aide d'un 'relativisme pratique':

« (...) the suspension of inquiry into the divine or objective truth of particular customs, beliefs, or worldviews in order to explore them as modalities or moments of experience, to trace out their implications and uses.»  
(Jackson 1996, p. 10)

L'exemple de Jackson, qui évoque des femmes mourantes d'un cancer et qui se disent sorcières pour se réapproprier leur propre destin, représente exactement l'approche que j'aimerais utiliser pour ce travail. Quelles sont les options ouvertes pour les individus infertiles et quels sont les apports de ces options pour l'individu ? Ces apports sont ce qui influence « l'intentionnalité » de l'acteur. (Jackson 1996, p. 2, 6) De ce fait, il s'agira d'étudier le discours des divers acteurs, mais aussi le sens qui est investi aux diverses étapes de l'itinéraire thérapeutique.

Il me faut donc, dans mon analyse, faire justice à la complexité de l'expérience en évitant des descriptions sélectives, des réductions, mais surtout des généralisations qui bien souvent sont utilisées pour présenter de soi-disant règles et schémas explicatifs qui en réalité ne font que réduire le vécu en soi.

La méthode phénoménologique de la 'réduction du regard', telle que je l'ai évoquée précédemment, demande une 'mise en parenthèse'<sup>24</sup> des questions qui

---

<sup>24</sup> Husserl et les philosophes utilisent le terme d' « épokhé » ou « epoché ».  
« L'épokhé est, peut-on dire, la méthode radicale et universelle par laquelle je me saisis purement en tant que Je et avec la pure vie de conscience qui m'est propre, dans laquelle et par laquelle le monde objectif tout entier est pour moi, et tel qu'il est pour moi. » (Cartesianische Meditationen, Hua I, p.60, in Seron : Introduction à la méthode phénoménologique)

concernent le rationnel ou le statut objectif d'idées et de croyances. Le but étant, dès lors, de décrire la manière dont les individus vivent, expérimentent et utilisent ces idées et croyances. Il faut donc non pas chercher les déterminants d'une certaine croyance ou action, mais bien les implications, les intentions et les effets de ce que les individus disent, font et pensent être vraie. (Jackson 1996, p. 10, 11) Cette perspective est donc une inversion. Au lieu d'avoir une vision externe et objective comme source de connaissance, il me faut analyser ce que le sujet expérimente comme étant sa réalité, ce qu'est son vécu, sa conscience. Ceci étant alors notre 'réalité' et par conséquent notre source de savoir primaire (Schutte 2005).

Bien que la phénoménologie se concentre sur l'intentionnalité, il faut néanmoins être conscient que 'l'individu- sujet' est d'un certain genre, âge, dans un certain état de santé, d'humeur, d'un certain statut social, membre d'un certain groupe ou d'une classe ethnique et qu'il a en plus un certain ensemble de caractéristiques personnelles. Certains de ces traits seront plus importants que d'autres dans l'analyse de l'impact de l'infertilité. Cependant, aucun de ces traits ne doit être considéré comme a priori insignifiant ou être vu comme 'étant donné'. De même, une certaine attention doit être donnée à d'autres éléments de la situation : le cadre spatio-temporel, l'historicité ainsi que les structures sociales et communicatives (Smelser and Baltes 2001). Raison pour laquelle j'ai divisé mes répondants en fonction de leur genre, leur appartenance à une classe d'âge (ceci inclut donc l'aspect temporel), de leur statut social et de leur milieu familial. Nous allons voir que ces traits différentiels influencent fortement le discours sur l'infertilité ainsi que le parcours thérapeutique proposé.

*« (...) what is possible for a person is always preconditioned by the world into which he or she is born and raised, but a person's life does more than conserve and perpetuate these pre-existing circumstances; it interprets them, negotiates and nuances them, re-imagines them, protests against them, and endures them in such complex and subtle way that, in the end, human freedom appears as "the small movement which makes of a totally*

*conditioned social being someone who does not render back completely what his condition has given him».*

(Sartre 1996, p. 45 in Jackson 1996, p. 30)

Le concept de “Lebenswelt” (‘Lifeworld’), qui découle de l’élaboration précédente, est donc également essentiel à une approche phénoménologique. C’est celui-ci qui indique l’importance de considérer le milieu dans lequel évolue notre ‘individu-sujet’ non comme un environnement entièrement déterminant, mais bien comme un domaine

*« (...) of everyday, immediate social existence and practical activity, with all its habituality, its crises, its vernacular and idiomatic character, its biographical particularities, its decisive events and indecisive strategies, which theoretical knowledge addresses but does not determine, from which conceptual understanding arises but on which it does not primarily depend».*

(Jackson 1996, p. 7, 8)

Je reviens encore une fois à la conclusion que l’individu est bien influencé dans ses réactions et actes par son milieu, mais il n’est jamais totalement déterminé par celui-ci. Il agence les divers savoirs, mœurs et coutumes pour créer un ‘plan d’action’ hautement individualisé qui répondra au mieux à ses besoins.

*«Structures are not foundational to the lifeworld. Rather, they are to be regarded as simply one horizon of experience, one mode of human activity, tied to particular ends, serving particular purposes, and having particular consequences. Structuring is an ongoing, open-ended activity, not the completed product of activity which, (...) can be said to predetermine activity from within. »*

(Piaget 1971, p. 4, 9 in Jackson 1996, p. 25)

*« (...) society or culture cannot be conceptualized in terms of objective conditions that directly determine the possibility of thought or action from without. Society is equally a domain of instrumentality in which human beings mark their lives and confer meanings whose existential import cannot, in the lineal analysis, be reduced to the meanings sedimented in preexisting cultural forms. »*

(Jackson 1996, p. 29, 30)

### 2.2.2 Les 'successeurs' de Husserl

Les successeurs du mouvement phénoménologique sont nombreux. Plusieurs sous-branches sont nées. Citons entre autres Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty, Max Scheler, Emmanuel Levinas et Paul Ricœur. Pour mon travail, ce sont les apports d'Alfred Schütz, puis de son élève Harold Garfinkel qui retiendront mon attention.

Le philosophe sociologue Alfred Schütz est né à Vienne, en Autriche, en 1899. Après des études en droit, économie et sociologie à l'Université de Vienne, il se joint en juin 1932, à un groupe de phénoménologues à Freiburg-im-Breisgau (Allemagne) à l'invitation de Husserl. Il émigre en 1939 aux États-Unis et enseigne par la suite à New York. Il y décède en 1959.

Schütz a entre autres travaillé avec le concept de 'Lebenswelt'. Celui-ci est considéré par Schütz comme une réalité sociale qui résulte du processus d'interaction et de communication entre les individus.

Dans ce sens, il pose comme Husserl l'accent sur le vécu du quotidien. Cependant, au lieu de considérer le monde de l'expérience comme donné, Schütz se penche sur la manière dont des membres ordinaires de la société créent le sens de normalité dans leur vie de tous les jours. Schütz rejette ainsi l'idée que les individus d'une même société partagent un ensemble de valeurs symboliques qui régissent intrinsèquement leur façon de vivre et gèrent leur vécu. D'après lui, les différents individus agissent dans le but (donc avec intentionnalité) de créer ce 'sens commun' qui donne 'sens' au vécu. Ce que les individus d'une société partagent ne sont donc pas des valeurs extrapolées, mais bien les méthodes pour faire émerger un sens commun.

Schütz insiste également sur le fait que c'est le 'chercheur' qui doit pouvoir faire la part des choses entre ce que l'individu veut 'réellement' accomplir et ce qui se présente à un observateur neutre, faisant une étude objective. Nous revenons donc également à une valorisation d'une approche 'emic'. (Ritzer 2007; Smelser and Baltes 2001)

Cette élaboration de la pensée de Husserl a, par la suite, entre autres fortement influencé le modèle interprétatif en anthropologie médicale<sup>25</sup> ainsi que la sociologie interprétative représentée par Aaron Cicourel et Harold Garfinkel, vers lequel j'aimerais maintenant me tourner.

Harold Garfinkel, né en 1917, fut un étudiant d'Alfred Schütz et de Talcott Parsons. Il est reconnu comme étant le 'père' de 'l'ethnométhodologie'. Garfinkel s'oppose à la conception de la dynamique de Talcott Parsons et est représentatif d'un courant 'interactionniste' en anthropologie. D'après Talcott Parsons, un certain ensemble de normes spécifient les actions appropriées selon certaines circonstances, et régularisent ainsi les actions des individus. Ceci présuppose que des entités structurelles, telles des normes, symboles, la notion de genre, de race, sont des entités indépendantes, 'extrapolées' du flux d'événements, mais qu'elles exercent une influence sur le cours de ces événements. Garfinkel a une approche opposée. Pour lui, toutes 'normalités', règles qui existent dans notre société, sont le résultat 'en continu' des efforts des membres de cette société. Les individus essaient constamment de créer un environnement journalier qui est porteur de sens et qui est organisé selon des règles. Pour arriver à cela, les différents individus doivent utiliser des méthodes communes. Suivant Durkheim, qui pense que l'étude des pratiques sociales est la clé pour déchiffrer l'ordre social ('*treat social facts as things*' (Durkheim and Berthelot 1988, voir entre autres p.120), 'l'ethnométhodologie' de Garfinkel se base sur l'étude de ces méthodes dont les individus se servent pour produire un ordre social reconnaissable (Clayman 2001; Rawls 2005).

*«Ethnomethodology (...) makes it possible to investigate how members of any grouping achieve, as practical, concerted behaviors, the sense of formal truth and objectivity as this sense is necessarily embedded in their everyday casual and work lives.»*

(Maynard and Kardash 2007, p. 1486)

---

<sup>25</sup> Voir des auteurs comme Roland Barthes, Clifford Geertz et Victor Tunir comme représentants d'une anthropologie de l'expérience.

*« I use the term "ethnomethodology" to refer to the investigation of the rational properties of indexical expressions and other practical actions as contingent ongoing accomplishments of organized artful practices of everyday life. »*  
(Garfinkel 1967, p.11)

De ce fait, Garfinkel reprend d'Alfred Schütz le concept d'intentionnalité et le met au centre de sa 'méthode', qui n'en est pas une à proprement parler. Cette approche dérive d'études et recherches conduites à l'Université de Californie de Los Angeles durant les années 50, qui sont par la suite publiées en 1967 dans un livre intitulé : "Studies in Ethnomethodology" (Garfinkel 1967). D'après Garfinkel, les individus ne suivent pas des règles, mais se servent de celles-ci (ou même, les créent) pour des raisons pratiques. Le but ultime étant de normaliser, remettre en balance un ordre temporairement rompu par un événement (Ritzer 2005, p. 253, 254). L'histoire d'"Agnes", jeune transsexuel qui fait tout pour faire reconnaître son statut de 'femme', est probablement la plus connue des études de Garfinkel et démontre bien cette démarche. L'analyse de Garfinkel nous rappelle fortement la vision 'théâtrale' (le monde est un théâtre) de Goffman (1959) et les différents travaux sur les théories de la communication. Les études micro-relationnelles du quotidien de Goffman font ressortir un point central : les structures sociales sont le résultat de rencontres sociales qui exigent de chaque participant une mise en scène de lui-même. Subséquemment, dépendamment de qui nous avons en face de nous, de la façon dont nous évaluons la situation, de ce que nous voulons provoquer lors de cette rencontre, nous adoptons une attitude appropriée. L'idée centrale étant donc que je ne suis qu'en fonction des autres. Toutefois, Garfinkel se distance de Goffman sur un point important. D'après lui, les individus n'ont qu'une capacité limitée à planifier leurs 'stratégies' à cause d'événements incontrôlables, impossibles à anticiper. "Agnes" par exemple, ne pouvait jamais savoir exactement à l'avance ce qu'on attendait d'elle pour faire valoir sa nature féminine. Cette 'normalisation' d'une situation se fait donc 'pas à pas' et est un processus sans cesse en création et réévaluation. Nous retrouvons ici l'idée de Husserl comme quoi la réalité n'est pas un objet

immuable, mais bien un 'mouvement'. Mouvement dépendant du contexte historique et des acteurs impliqués (Maynard and Kardash 2007, p. 1485; Ritzer 2005, p. 254). Pour cette raison, mes entrevues faites pour ce mémoire sont elles-mêmes de nature 'temporelle' et ne véhiculent que la représentation actuelle des Luo envers l'infertilité. Cette représentation peut dès lors changer en tout temps et ne peut valoir comme indéfiniment valable.

À part l'étude des comportements, Garfinkel met également l'accent sur le discours des individus. Ainsi, dans la précédente citation est aussi mentionné un autre concept clé qui est celui d'indexicalité'. 'Indexicalité', concept originaire de la linguistique souligne le fait que certains choix de mots ainsi que certains choix de comportements sont à mettre en lien avec une situation précise. Ainsi, Garfinkel pense que ce ne sont pas seulement les actions, mais également le choix des mots et le discours présenté, qui sont influencés par la situation dans laquelle se trouve l'individu. C'est pour cette raison que la production de récits sur des phénomènes sociaux en tant que généralité est difficile, sinon impossible à faire (Maynard and Kardash 2007, p. 1485).

Ce qui est dit et fait est donc toujours à voir de façon 'emic' et à mettre en relation avec un état, une situation présente, qui influencent ses dires et façons de faire. À part l'étude du comportement de l'individu, c'est dès lors aussi son discours qui nous intéresse. Les deux ne devant cependant pas être vus séparément, il s'agit plutôt de faire ressortir comment l'individu 'joue' d'une part avec les codes culturels qu'il réactualise, et d'autre part avec la linguistique en se servant d'une sémiologie distincte. Ceci m'amène à parler d'un autre concept central chez Garfinkel, c'est-à-dire la 'réflexivité'. La réflexivité désigne le fait que, en même temps qu'il les énonce, l'individu construit le sens et la rationalité de ses actes. Pour ce faire, le narrateur a recours à des normes, valeurs et codes culturels communs à son environnement.

Ces connaissances implicites, évoquées pour valider l'action, ont pour conséquence que le 'discours' du narrateur ne dit pas tout, mais a un contenu implicite. Il revient à l'interlocuteur de reconnaître les aspects, les codes

implicites, de 'comblé les blancs'. Ceci est évidemment facile quand l'interlocuteur a la même appartenance culturelle, mais bien plus difficile quand il a une position extrapolée et donc une vision 'etic'.

« (...) a common understanding, entailing as it does an "inner" temporal course of interpretative work, necessarily has an operational structure. For the analyst to disregard its operational structure, is to use common sense knowledge of the society in exactly the ways that members use it when they must decide what persons are really doing or really "talking about", *i.e.*, to use common sense knowledge of social structures as both a topic and a resource of inquiry. »  
(Garfinkel 1967, p. 32)

Néanmoins, il faut être conscient qu'un discours est toujours pluriel et que la position de l'observateur n'est jamais unanimement emic.

Les diverses règles sociales, que nous croyons fixes, sont modulées, recréées et adaptées par chaque individu ou dans un effort commun, à la situation donnée. Comme le note Devisch, la culture est: «(...) a fabric, a patterning of continual (re)generation; culture is present in its creation rather than in its static (...) » (Devisch 1996, p.95). De même, Claude Lévi-Strauss souligne qu'une culture fixe est une culture morte (1958; 1973).

Le modèle phénoménologique est aujourd'hui entre autres pertinent dans le courant de l'anthropologie médicale, ainsi que psychiatrique ou psychiatrie transculturelle.

Arthur Kleinman, Professeur à l'université de Harvard, traite des rapports entre la culture et la pathologie et plus spécifiquement la psychiatrie. Ses plus récents travaux incluent le contexte socio-économique et historique dans le vécu de l'individu. Ainsi, son concept de « social suffering » dénote un niveau macro-contextuel ainsi que micro-contextuel et individuel. En conséquence, le vécu de l'individu est analysé en prenant en compte les données socio-économiques et les forces politiques qui exercent une certaine influence. L'expérience de la maladie y est par la suite constituée de manière inter-subjective (Kleinman 1988; Kleinman

1992; Kleinman, Das, and Lock 1997). L'importance du discours a été très fortement mise de l'avant par Arthur Kleinman et Byron Good.

Tel qu'évoqué au début de ce chapitre, Allan Young (Young 1982), professeur à l'université de McGill et anthropologue médical, traite majoritairement des relations entre le social et le pathologique en s'appuyant sur le concept foucauldien du 'bio-pouvoir'. Ainsi, le social est présenté comme prédominant sur la pensée de l'individu.

Les anthropologues médicaux Byron Good et Mary Jo DelVeccio- Good, professeurs à l'université de Harvard, partent du milieu clinique et ont élaboré une nouvelle herméneutique des discours. Celle-ci met de l'avant l'interaction constante entre l'individu, le thérapeute et l'entourage. Le couple reprend ainsi l'idée de la circularité présente en phénoménologie (Good and DelVeccio Good 1993; Good 1994; Good 1998).

Citons également Ellen Corin et Gilles Bibeau, professeurs à l'université de McGill et l'Université de Montréal, qui ont également beaucoup travaillé en utilisant une approche sémiotique et psychologique (Bibeau and Corin 1995b; Corin, Bibeau, and Uchôa 1993).

D'après ces auteurs, une véritable anthropologie interprétative doit concilier deux aspects. Le premier étant une lecture 'ascétique' qui implique une 'rigueur et une soumission aux faits culturels'. Celle-ci est possible quand existe une proximité avec les faits, une familiarité avec la langue dans laquelle est présenté le récit et la connaissance de la matrice culturelle de 'l'autre'.

Le deuxième aspect est le recours à la 'violence'. Celle-ci est utilisée délibérément pour 'briser' et 'ouvrir' le texte ou fait culturel. Le but étant de faire ressurgir le sens implicite et dissimulé qui est masqué par l'ordre de la culture. (Bibeau and Corin 1995a; Bibeau and Corin 1995b; Corin, Bibeau, and Uchôa 1993). Pour reprendre le terme de Garfinkel, nous serions ainsi capables de déjouer la 'réflexivité' du discours.

Cette violence peut être entreprise en confrontant ouvertement un répondant à un certain tabou. Ainsi, dans mon terrain j'ai, à l'occasion, demandé à mon interlocuteur ce qui se passait dans le cas d'infertilité masculine. Sachant que je touchais alors à un tabou social, la réponse, mais aussi la réaction de mon interlocuteur, me donnait des informations importantes sur les relations de genre. Je pense avoir déjà souligné l'importance que prendra le concept de circularité (et tout ce qu'il comprend) dans l'analyse de mes propres données. À part l'étude des discours et des actions individuelles, j'aimerais néanmoins également prendre en considération les niveaux macro et micro tels que le font Kleinman et Good. Cette démarche me semble doublement pertinente puisqu'en fin de travail j'aimerais aborder la thématique de l'infertilité dans une optique plus critique. Suivant entre autres Margaret Lock (Lock 1993; Lock 2002; Lock and Kaufert 1998), j'aimerais opposer les discours individuels à ceux tirés du contexte macro, donc représentatifs d'un discours médical orienté par une politique de santé publique. D'après mon hypothèse, tel que présente dans l'introduction, je pense qu'une grande discordance devrait être visible.

### **3. Survol de la littérature**

Comme je l'ai déjà annoncé lors de l'introduction, la thématique de l'infertilité en Afrique est un sujet relativement peu traité (comparé à des sujets tels que le SIDA ou le paludisme). Plusieurs auteurs s'accordent à dire que les stratégies politiques et démographiques se focalisent surtout sur le taux de croissance total et le besoin de réduire celui-ci. L'infertilité est ainsi rarement considérée comme une priorité même si le lien avec les maladies sexuellement transmissibles semble clair. Partant d'une logique occidentale reliée à la théorie de la modernisation, le discours démographique adhère au soi-disant fait que les femmes 'veulent' avoir beaucoup d'enfants. Ainsi, la fertilité serait 'naturellement' très haute et non contrôlée. Par conséquent, et pour combattre cette tendance naturelle de la femme à 'surproduire', l'idée d'une réduction du taux de croissance est vue comme positive (pour l'économie surtout). Inversement, un taux élevé de croissance est vu comme un indicatif que la transition démographique ne s'est pas encore faite et que le développement est ralenti, contré. Dans une telle optique, l'infertilité pourrait être considérée comme positive. En fait, elle est non problématique économiquement et démographiquement parlant et il est donc inutile d'enquêter (voir entre autres Dyer 2007; Kielmann 1998; Sundby and Jacobus 2001; Upton 2001).

«...in accepting the notion that (women) are "hyper-fertile" and in need of reproductive regulation, population scholars and policy makers...have largely disregarded infertility as a significant social problem...»  
(Inhorn 1996, p. 233)

Cependant, il semble qu'il y a un intérêt plus poussé pour le sujet depuis la conférence internationale du Caire sur la Population et le Développement de 1994 et la Conférence de Beijing de 1995 : 'The United Nations Fourth World Conference on Women'. Le programme d'action, résultat de la conférence du Caire, fut le premier et le plus compréhensible des documents à promouvoir les concepts de 'droits reproductifs' et de 'santé reproductive'.

La recommandation majeure étant que les programmes de population devraient offrir des services de santé reproductifs qui sont coordonnés avec d'autres services de santé. Cette approche devrait mettre la femme au centre de l'intérêt et éviter les stratégies dites de 'récompense' et de 'but', c'est-à-dire avec un taux de croissance fixe. Hélas, ces changements sont loin d'être réalisés. Ceci pour diverses raisons. Citons entre autres l'approche néo-malthusienne qui est toujours encore fortement présente dans les institutions de développement, des agences donatrices et les départements gouvernementaux (IISD 1994; Nair, Sexton, and Kirbat 2006; UNFPA 2001).

D'après l'anglais Thomas Malthus, la croissance démographique est exponentielle et la production alimentaire sera pour cela insuffisante à un certain moment. Il est pour cette raison important de limiter la natalité pour éviter des famines dues à la surpopulation. Le néo-malthusianisme, soutenu par le mouvement féministe, réclame un contrôle des naissances à l'aide de moyens contraceptifs et l'usage de l'avortement (Gautier 2002).

Bien que la littérature n'abonde pas d'études portant sur l'infertilité dans les pays en développement, je pense pouvoir définir cinq champs d'approches qui se sont penchés sur la thématique depuis les années soixante-dix. Organisés selon ces différentes approches, j'aimerais évoquer les travaux de divers académiciens tout en soulignant leurs apports qui me semblent les plus pertinents, en lien avec mon sujet d'étude, mais aussi les apports avec lesquels je suis en désaccord. Il est clair que l'étendue de ce mémoire n'autorise qu'un survol restreint.

### **3.1. L'approche médicale et la santé reproductive**

Les forces coloniales avaient toujours eu un intérêt au niveau sanitaire pour les populations qu'elles asservissaient. Le 'maintien' de la santé avait bien entendu un but principal : le maintien de la force de travail et de la productivité.

Vers la fin de la période coloniale, certaines personnes ont commencé à s'intéresser à l'effet de la colonisation elle-même. Ainsi, des médecins de formation ont parfois adopté des approches anthropologiques pour étudier diverses réalités.

Quand une 'vague' d'infertilité et le déclin drastique de certaines populations furent constatés en Afrique centrale, un de ces médecins anthropologues travaillant pour le C.N.R.S, **Anne Retel-Laurentin**, se consacrait à ce phénomène.

Tout en étudiant sur le terrain les Nzakara, elle se livrait à l'étude de données ethnographiques et médicales. Dans son ouvrage publié en 1974 '*Infécondité en Afrique Noire*', basée sur des recherches faites dans les années 50, elle en donnait une première synthèse. Elle fut une des premières à souligner l'effet dévastateur des maladies vénériennes, telles que la gonorrhée et la syphilis (difficilement détectables en raison du manque de matériel de laboratoire), quand elles sont mises en relation avec les changements sociaux tels que la mobilité conjugale et les bouleversements de valeurs provoqués par la colonisation.

Sa conclusion majeure fut que ces maladies transmises sexuellement (le Sida s'étant rajouté à la liste dans les années 80) doivent être contrôlées. Ce contrôle semble, de nos jours, être mis en place une fois que la maladie se manifeste. Cependant, c'est la prévention, par la contraception et l'éducation sexuelle, qui semble encore partiellement faire défaut chez les Luo.

Les maladies nommées 'Rariú' et 'Segete' chez les Luo, se présentent comme un amalgame de symptômes pouvant faire penser aux maladies vénériennes. Ces maladies véhiculent non seulement un malaise physique concret, mais également un malaise social comme le démontrent si bien Luke et ses collègues (Luke, Warriner, and Cotts Watkins 2001). Ces maladies ne répondent donc pas à un système classificatoire essentiellement biomédical et sont la preuve que l'éducation de la santé, doit être entreprise en lien direct avec les données sociales et culturelles d'un environnement donné.

Après Anne Retel-Laurentin, d'autres médecins, souvent formés en santé publique, ont adopté une approche plus sociale de la médecine.

L'équipe de **Silke Dyer** travaille à l'université de Cape Town en Afrique du Sud. Dyer est elle-même issue du département de médecine et de santé publique. L'équipe a mené une recherche quantitative exhaustive sur l'infertilité dans diverses communautés urbaines de l'Afrique du Sud (Dyer, Abrahams, Hoffman, and van de Spuy 2002). Les résultats des entrevues démontrent que le vécu de l'infertilité est souvent accompagné de conséquences sociales négatives telles que l'instabilité maritale, la stigmatisation, l'abus.

Par conséquent, l'infertilité a de sérieux effets sur le bien-être physique, psychologique et le statut social de la femme. Les résultats sont en accord avec les observations de bien d'autres auteurs, dont Inhorn et Daar et Merali, que j'ai précédemment évoquées dans l'introduction. Ce qui me semble néanmoins du plus grand intérêt, dans le travail de Dyer et de ses collaborateurs, est qu'ils évoquent une 'stratégie de secret' pour cacher l'infertilité. Cette stratégie met en marche une 'culture du silence' (emphase mienne) qui entoure bien souvent, et un peu partout en Afrique, les problèmes reproductifs.

Je suis tout à fait d'accord avec les auteurs quand ils disent qu'il faudrait donner des soins qui sont adaptés aux valeurs culturelles du milieu donné. Il faudrait également

« (...) increase the awareness of health service planners and providers about the potentially serious implications of involuntary childlessness among women. Awareness is still lacking as national and international attention is focused on the down-regulation of fertility in developing world. »

(Dyer, Abrahams, Hoffman, and van de Spuy 2002 et al., p. 1667)

Pour Dyer et ses collaborateurs, l'enjeu ultime n'est pas la gestion de l'infertilité, mais bien la reconnaissance des droits reproductifs de la femme. D'après eux, cette reconnaissance doit impérativement être jumelée à l'amélioration du statut

social et économique de la femme. Ce dernier énoncé dévoile l'approche féministe et la vision « occidentale » qu'abordent Dyer et ses collaborateurs.

Bien que je sois d'accord qu'il faut également travailler à promouvoir le statut des femmes dans des pays en développement, je ne suis pas sûre qu'elles soient si 'opprimées' par les hommes comme le pourrait faire croire certains auteurs. D'après moi, l'accent doit impérativement être mis sur une mode de transmission de connaissance qui devrait être en accord avec les données et savoirs culturels.

Dyer a également publié un article intéressant dans lequel elle traite de la 'valeur' des enfants en Afrique (Dyer 2007). Elle souligne que, bien souvent, l'aspect émotionnel relié à la maternité est mis de côté dans les études africanistes au profit d'une vision plus économique de la reproduction. Ainsi, le concept africain de famille dans un tel contexte est donc souvent décrit comme une unité de production, comme une force de travail, une ressource financière (par le mariage), ainsi qu'une assurance pour le grand âge. Un enfant est donc supposé valorisé pour ses valeurs sociales et communautaires.

En Occident, la maternité et la paternité sont surtout vues comme l'accomplissement d'un individu. Sont donc associées à l'enfant des valeurs beaucoup plus personnelles. Dyer indique que l'enfant est bel et bien relié à des aspects sociaux qui ne sont plus nécessaires ou présents en Occident. Néanmoins, il faut faire attention, quand on parle d'unité familiale ou encore de parenté, de ne pas effacer ou omettre entièrement les aspects émotionnels reliés à la procréation. Aspects qui peuvent également fortement influencer le vécu de l'infertilité.

**Johanne Sundby** est gynécologue obstétricienne. Originnaire de Norvège, elle est affiliée à la section 'International Community Health' de la faculté de médecine de l'Université d'Oslo.

Sundby travaille sur les enjeux mondiaux entourant la santé reproductive. Son premier volet d'étude vise l'étude des aspects sociaux et psychologiques de l'infertilité en incluant la prévalence de l'infertilité et les suivis à long terme. Ces études ont été réalisées en Norvège, en Gambie, en Tanzanie ainsi qu'au Zimbabwe (Sundby 2002; Sundby and Jacobus 2001).

Son travail en Gambie (Sundby 1997) souligne entre autres la déprivation économique des femmes infertiles puisqu'elles n'ont que peu de droits sur l'héritage des biens de leur mari.

La Gambie, petit pays de l'Afrique de l'Ouest, présente un haut taux d'infertilité. Les raisons évoquées sont principalement le taux élevé de maladies transmissibles sexuellement ainsi que d'autres infections génitales. D'autres causes sont la malnutrition et des problèmes liés à la reproduction tels que des interruptions de grossesse illégales. Sundby indique qu'ici aussi le concept populaire de promiscuité est présent. Ainsi, un acte sexuel en dehors des codes culturels permis et les avortements sont considérés comme des causes probables d'infertilité. Tout au long de son texte, Sundby est soucieuse de faire valoir que l'infertilité est pour cette raison non seulement un problème de santé, mais aussi un conflit existentiel au niveau interpersonnel et relationnel.

L'infertilité n'étant pas nécessairement perçue comme un problème médical, le parcours thérapeutique est varié et multiple.

“The sequence of seeking care in different institutions (health center, religious site, healer etc.) may be a result of what is available locally and to what cost, and in the end all possible institutions may be visited. People may believe that there are spiritual and health reasons at the same time, and utilize both types of explanatory factors in their consultation.”

(Sundby 1997, p.35)

La plupart des textes étudiés pour ce mémoire ainsi que mes propres données font ressortir la multiplicité du parcours thérapeutique, ainsi que les chevauchements possibles des démarches entreprises.

Sundby souligne que le recours à la biomédecine est souvent fait en dernier recours quand les méthodes traditionnelles n'ont pas été fructueuses. Une raison étant sûrement, comme l'indique l'OMS, l'accès problématique à la biomédecine ainsi que les coûts élevés reliés à une telle assistance médicale. Néanmoins, Sundby et Jacobus (2001) mentionnent également que les services dans le système de soin moderne sont souvent perçus comme étant non- systématiques,

inamicaux et non effectifs. Discours que j'ai moi-même entendu lors de mon étude sur le terrain.

S'ajoute à cela le manque 'd'intérêt' de la biomédecine pour l'infertilité. L'auteur souligne que pour mieux contrer le problème médical, mais également ses symptômes psychiques et sociaux, il serait important que les représentants de la biomédecine véhiculent plus d'informations au sujet de la santé reproductive et qu'ils travaillent en accord avec des représentants de la (ou des) médecine(s) traditionnelle(s).

Ce qui m'a fortement marquée dans le texte de Sundby est l'utilisation de formulations telles que : « l'infertilité étant considérée comme la faute à ... », ou encore : « bien que sachant que l'infertilité peut être la faute des hommes..... ». Ces formulations, qui sont énoncés par des personnes interrogées, sont probablement représentantes de la pensée populaire de la majorité de groupes sociaux étudiés à travers les diverses études. Néanmoins, il me semble important, pour éliminer le préjudice entourant l'infertilité, que nous-mêmes, académiciens et scientifiques évitions des formulations qui semblent peut-être anodines, mais qui reflètent également une connotation morale judéo-chrétienne de 'faute' et donc de 'punition'.

### **3.2 L'approche culturo- démographique**

Presque en même temps que les premières études médico-anthropologiques apparaissent les premières études démographiques.

**John Caldwell** et **Pat Caldwell** sont parmi les plus cités.

Le couple (ainsi que leurs collaborateurs) a écrit plusieurs travaux dans lesquels ils présentent leur modèle de la sexualité africaine (voir entre autres: Caldwell and Caldwell 1987; Caldwell, Caldwell, and Quiggin 1989). Modèle qui, d'après eux, servirait également à analyser la dispersion et les ravages du SIDA.

D'après les auteurs, la sexualité africaine évoluerait autour, et serait principalement régulée selon, l'organisation lignagère des sociétés. L'organisation lignagère porte un intérêt majeur à la procréation et la descendance.

Les Caldwell énoncent que le désir pour une descendance multiple est dominant pour l'homme et que la polygynie est donc commune. De même que le mariage est dépeint comme une nécessité pour la reproduction, le lien entre les époux est présenté comme très faible. Ainsi, le couple n'est formé ni pour des raisons économiques ni pour des raisons émotionnelles. La sexualité étant vue comme 'un service' (la femme 'produisant' des enfants tout en recevant un support économique), les auteurs concluent que la sexualité n'est pas entourée d'un système moral tel que dans les cultures eurasiennes. Ce manque de régulation morale fait que les limitations structurelles et morales entourant la sexualité sont quasi absentes, que la virginité des jeunes filles n'est pas valorisée et que les individus adoptent une attitude très permissive si pas carrément de promiscuité envers la sexualité.

Les hypothèses et arguments que présentent les Caldwell me semblent fortement critiquables. Au premier abord, ils adoptent une vision très ethnocentrique, généralisatrice et mercantile de l'union 'africaine', en analysant la place de la sexualité et du lien conjugal.

Plusieurs auteurs, dont Heald (1995) et Bibeau (1991) critiquent fortement le travail des Caldwell en soulignant que chaque société doit être étudiée séparément, mais en plus qu'il existe des régulations très strictes entourant la sexualité. Ces régulations sont principalement des codes de comportements, et donc de respect, qu'une personne doit adopter envers les différents individus de sa famille étendue. Ainsi, d'après Heald, les diverses cultures peuvent être définies comme des cultures de 'respect'.

« (...) the respect draws its power from that accorded to sexuality. There is a preoccupation with the control of sexuality, so that the controls surrounding sex, and the self-control that one must exercise with regard to it, epitomise social and moral behaviour.

Coitus is fraught with danger, circumscribed by taboo and subject to restrictions unknown to the West. »  
(Heald 1995, p. 492)

Ces règles de comportement peuvent également, et c'est le cas chez les Luo, mettre l'accent sur la virginité de la jeune fille à marier.

Bien que cet aspect ne soit pas primordial dans toutes les cultures, il n'empêche que la plupart des anthropologues et sociologues, ayant travaillé dans des sociétés africaines, rendent compte de régulations des comportements sexuels. Si ceux-ci sont transgressés, des auteurs comme Sindiga (1995), Devish (1984), Héritier (1978; 1984) et Heald (1995) et bien d'autres en témoignent, les conséquences peuvent être très importantes. Ceci était autrefois le cas chez les Luo et j'y reviendrai en détail dans le prochain chapitre.

Bien qu'être mère soit généralement d'une grande importance pour la femme africaine, les Caldwell, en mettant l'emphase sur la reproduction, la descendance et le statut de mère, surévaluent les conséquences quand il y a infertilité.

Bien qu'un certain ostracisme social puisse incontestablement survenir et que les femmes infertiles peuvent dans certaines sociétés être traitées comme des sorcières, ces mécanismes ne doivent pas toujours se mettre en place, ni se manifester de manière prononcée.

Comme nous pourrions le voir à l'aide de mes propres données, les femmes infertiles peuvent recourir à diverses stratégies pour maintenir leur statut social ou du moins amoindrir les répercussions de leur état. N'oublions pas non plus que certains maris et certaines familles ne valorisent pas nécessairement la venue de descendance au détriment du lien et de l'harmonie conjugale et familiale.

Plus récemment, **Ulla Larsen** a publié des études démographiques à grande échelle (1994; 2000; 2003). Larsen est professeur adjoint de démographie au 'Department of Population and International Health' de l'école de Santé publique de Harvard. Elle a obtenu son doctorat en 1985 de l'Université de Princeton.

Ses études, qui ont été faites entre autres en Tanzanie (1996), nous donnent un bon aperçu de l'étendue du problème de santé qu'est l'infertilité. Larsen souligne

entre autres que la prévalence de l'infertilité est tellement haute en Afrique subsaharienne que l'infertilité n'est pas seulement un souci individuel, mais bien un problème de santé publique. Elle mentionne également le manque d'informations reliées à l'infertilité en Afrique subsaharienne et le besoin de contrer les effets (entre autres sociaux) néfastes de l'infertilité pathologique. Cependant, Larsen ne s'attarde que peu sur les effets et retombées sociales de l'infertilité. De ce fait, les conclusions restent très abstraites et partielles et malencontreusement aucune proposition concrète n'est mise en avant.

Dr **Ties Boerma** est un bio-démographe, ayant obtenu son doctorat en 1996 aux Pays-Bas. Il a par la suite travaillé dans différentes organisations des Nations Unies, gouvernements nationaux et instituts de recherche. Ses champs d'intérêt incluent le SIDA et la santé maternelle et infantile. Depuis 2004 il est le directeur du département 'Systèmes de mesure et d'information sanitaire' à l'OMS.

En 2001, il édite et publie avec Zaida Mgalla<sup>26</sup> un livre sur l'infertilité en Afrique subsaharienne: « *Women and infertility in sub-Saharan Africa a multi-disciplinary perspective* ». Les diverses études, caractérisées comme ayant une vision multi-disciplinaire, sont intéressantes, soulignant non seulement le lien entre l'infertilité et les maladies transmissibles sexuellement et le manque de connaissance à ce niveau (Boerma and Urassa ; Mayaud), mais aussi l'impact social de l'infertilité. Les conséquences étant entre autres que la femme doit souvent porter le blâme d'un manque de descendance, l'instabilité maritale ainsi que le stigmate de la sorcellerie et du sort (Mgalla and Boerma ; Sundby and Jacobus).

On retrouve dans ce collectif surtout des auteurs venant de la santé publique et de la démographie ainsi que de la médecine. Il en résulte un certain biais, car les aspects sociaux reliés à la problématique médicale de l'infertilité ne sont que partiellement évoqués. Bien que présentant les effets néfastes de l'infertilité sur la santé, et minimalement sur le statut social de la femme en Afrique subsaharienne, les divers textes ont une approche très 'occidentalisée'. La plupart des auteurs

---

<sup>26</sup> Coordination pour le Programme 'Tanzania- Netherlands Project to Support AIDS Control' (TANESA)

présentent une version féministe des relations sociales et dépeignent le mariage, ainsi que la procréation, comme une transaction de biens uniquement (par exemple: Gijssels, Mgalla, and Wambura). La polygamie est présentée comme négative pour la femme et une réduction du taux de fertilité, tout en la combinant avec la connaissance sur les méthodes contraceptives, est prônée comme indispensable.

D'une part, je ne suis pas certaine que la polygamie soit nécessairement au détriment de la femme et de son statut social. Bien au contraire, je pense que l'institution de la polygamie peut être un système régulateur en situation d'infertilité. Je reviendrai sur cette hypothèse. D'autre part, et bien que reconnaissant l'importance de la divulgation des connaissances biomédicales entourant la santé reproductive, le combat contre l'infertilité ne devrait pas avoir comme but la réduction du taux de fertilité, mais bien la valorisation du droit fondamental de chaque femme à pouvoir décider elle-même du nombre d'enfants qu'elle veut avoir.

### **3.3 L'approche anthropo-sociologique**

Probablement fortement influencés par la montée des courants féministes, certains académiciens, mais surtout académiciennes se sont spécialisés dans la santé des femmes et la thématique de la reproduction dans le milieu anthropo-sociologique. Très représenté en occident aujourd'hui, le champ d'étude sur la santé féminine s'est peu à peu étendu aux pays en développement. Il présente un apport et un ajout indispensables aux travaux démographiques et médicaux en amplifiant l'aspect humain d'une thématique bien souvent trop abstraite.

**Susan Cott Watkins** est professeur au département de Sociologie de l'Université de Pennsylvanie, ainsi qu'associée au Centre d'étude de Population. Elle travaille

sur le sujet de la fertilité et la transition démographique en Afrique de l'Est (2002).

D'un grand intérêt pour moi furent ses travaux réalisés spécifiquement chez les Luo de la province du Nyanza au Kenya (2001; 1997; 2000). Ses études sont entre autres entreprises et rédigées en collaboration avec Nancy Luke<sup>27</sup> et Naomi Rutenberg<sup>28</sup>.

Dans son travail « *Local and Foreign Models of Reproduction in Nyanza Province, Kenya* »(2000), elle fait un très intéressant survol de l'évolution du modèle familial chez les Luo. D'après elle, les familles étaient étendues avant la colonisation. La raison principale étant que les enfants étaient un signe de richesse, d'estime et une preuve de réussite sociale. Il prévalait un mode de contraception naturelle qui reposait sur la pratique d'un long allaitement ainsi que sur la polygamie, qui réduit le nombre d'enfant par co-épouse.

Lors de la colonisation, mais surtout lors de l'indépendance, s'installe une nouvelle vision. Une vision qui présente la « petite » famille comme étant progressive, car augmentant la force productive et économique du pays.

Avec le temps, ce modèle évolue en intégrant les méthodes contraceptives. Méthodes qui sont d'abord essentiellement mises de l'avant par différentes ONG voulant 'amoindrir les effets de la surpopulation'. Ces méthodes ne sont néanmoins pas ou peu acceptées, car étrangères à la culture et même parfois vues comme un subterfuge pour assurer un contrôle de la population.

Aujourd'hui encore, les méthodes contraceptives ne sont pas fortement répandues dans la province du Nyanza. Cependant, des changements survenus de l'intérieur, tels que l'intégration à l'économie et à la politique mondiales, les doutes sur la relation entre le nombre d'enfants et la richesse, une éducation plus poussée ainsi que de nouvelles « idées » menant à une idéologie culturelle propre aux Luo, dépeignent la famille moins nombreuse comme étant le chemin vers le progrès. Comme le souligne Fassin, nous ne sommes pas en présence d'un modèle

---

<sup>27</sup> Population Study de l'Université de Montréal

<sup>28</sup> Program Associate, Population Council, East and Southern Africa Regional Office

occidental et universel. Il ne s'agit pas d'une assimilation qui se dirige vers une seule façon de faire. Toute société s'approprie certaines 'logiques globales' et y réagit avec des innovations bien à elle. Innovations qui se manifestent par exemple dans la manière de gérer les méthodes de contraception naturelles ou 'occidentales' ainsi que la vie familiale (Fassin 2001, Pp.3, 4, 7). L'idée de la famille restreinte est fortement répandue après l'indépendance. Cependant, avec l'amplification des difficultés économiques, elle est aujourd'hui mise en avant de façon pessimiste.

Watkins souligne également le problème de la mauvaise réputation des centres de santé. Plusieurs individus, et j'ai récolté des discours similaires, hésitent à aller se faire soigner dans des centres de santé de peur de se faire maltraiter verbalement, mais aussi physiquement par les professionnels de la santé.

Watkins, Luke et Warriner (2001) évoquent la présence de deux maladies nosologiquement reliées au système d'interprétation culturel Luo.

« Rariú » et « Segete » sont des maladies qui regroupent, d'après une analyse biomédicale, les symptômes et conséquences de maladies vénériennes. Elles sont ainsi souvent reliées à la problématique de l'infertilité.

Les maladies vénériennes sont socialement stigmatisantes, tandis que « Rariú » est une classification médicale non-discriminatoire. Ainsi, son utilisation par les femmes infertiles aide à fléchir le stigmate qui touche les femmes qui ne sont pas en mesure de répondre entièrement aux attentes reliées à leur rôle social. Je reviendrai sur cette importante stratégie d'auto-protection et de reprise de contrôle dans les chapitres 6 et 7.

**Rebecca L. Upton** est aujourd'hui Professeure assistante d'Anthropologie à l'Université DePauw (Indiana, États-Unis), après avoir fait une recherche postdoctorale à l'Université de Michigan.

Dans son texte « *Infertility Makes You Invisible: Gender, Health and the Negotiation of Fertility in Northern Botswana* » (2001), elle souligne elle aussi le discours démographique et politique des populations qui préconisent une

réduction de l'indice de fertilité en Afrique. Cependant, elle indique qu'au Botswana l'indice d'infertilité, une 'variable démographique invisible,' a de grands effets sur la vie des individus et surtout des femmes. L'étude de l'infertilité est dans ce cas propice à faire ressortir une construction culturelle des genres et de la santé. Comme d'autres, Upton indique que l'infertilité a de sérieuses conséquences sociales et physiologiques et qu'elle est intrinsèquement liée à des conceptions locales de contraceptions et de sorcellerie. Ainsi, l'infertilité est présentée au Botswana comme étant soit une maladie 'de blanc', et alors elle est expliquée selon une logique biomédicale, soit comme une maladie setswana. Dans ce cas, la maladie est

« (...) often seen as a product of factors that are derived from personal transgression of various customs or taboos, or from witchcraft. The use of witchcraft and the use of modern contraception are two of the primary means through which one may be rendered infertile. »  
(Upton 2001, p.356)

La résistance aux méthodes contraceptives, spécialement le préservatif, est évoquée comme étant évidemment problématique face au combat contre les infections sexuellement transmissibles, mais également contre l'infertilité, puisqu'elle résulte bien souvent de ces IST.

Ce qui me semble d'un grand intérêt dans le travail de Upton est le fait observé suivant: si une femme peut remodeler ou modifier son infertilité à l'aide de comportements et de narrations appropriées, elle peut se détacher du reproche social qui la définit comme responsable de son état. Ceci pourrait lui valoir une personnalité et une identité sociale plus affirmées.

« Narratives that suggest that witchcraft and/or the use of western contraception are to blame are most often included in explanations of infertility and how that status can be remedied. »  
(Upton 2001, p.362)

Nous allons voir que les femmes Luo utilisent des stratégies très similaires pour renforcer, du moins en partie, leur statut social.

**Karina Kielmann** a obtenu sa maîtrise à l'Université McGill et son doctorat en anthropologie médicale à l'Université John Hopkins.

Elle travaille aujourd'hui pour la Health Policy Unit de l'LSHTM<sup>29</sup>. Son étude «*Barren ground: contesting identities of infertile women in Pemba, Tanzania*» (1998) est basée sur un stage professionnel de quelques mois (1994/1995) pour la 'Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit' (GTZ). Cette étude nous donne de très bonnes informations et pistes en liaison avec le vécu de l'infertilité et la manière d'y faire face. Ainsi Kielmann souligne qu'à Pemba<sup>30</sup> le manque d'un discours biomédical fait surgir un savoir inhérent à la population locale. Bien que le discours moderne qui individualise et moralise le problème de l'infertilité féminine soit présent, il se mélange avec une interprétation plus traditionnelle. L'infertilité étant entre autres considérée comme la conséquence d'un comportement méprisable, tel que la consommation d'alcool, l'avortement et la promiscuité.

De plus, Kielmann se rend compte qu'il y a une divergence prononcée entre le discours populationnel, dans lequel l'infertilité est à peine reconnue, et le discours local dans lequel l'infertilité est présente en tant qu'indicateur d'interruption de relations sociales entre les hommes, les femmes et les esprits.

« At a symbolic level, fertility in Pemba constitutes an important social theme in the management of individual and collective lives. It represents the continuity of a healthy body in multiple dimensions: the individual body of the woman, the social body of interpersonal relations, and the body politic of religious and state discourses on the population. Consequently, infertility stands for an ailing body, for disturbed social relations, and for threatened boundaries. »  
(1998, p.155)

<sup>29</sup> London School of Hygiene and Tropical Medicine

<sup>30</sup> Pemba et l'une des deux petites îles dans l'océan Indien, fait parti de l'archipel Zanzibar. Elle est située à une quarantaine de kilomètres de la côte de la Tanzanie.

Il y aurait donc une opposition entre le global et l'individuel et le médical versus le social. Piste que j'aimerais explorer à la fin de ce mémoire, car elle me semble d'un enjeu substantiel.

Bien que les femmes de Pemba soient celles qui portent la responsabilité pour l'infertilité du couple, Kielmann indique que la plupart des explications locales situent le problème dans le contexte plus large des relations sociales. Cette réalité donne la possibilité aux femmes de chercher des solutions dans le domaine du public. Nous retrouvons ici l'observation de Upton.

Kielmann souligne également que la population de Pemba est généralement en contestation par rapport au discours global de la régularisation de la fertilité. L'utilisation de méthodes contraceptives étant vue comme nocive à la relation conjugale (infidélité), pour la santé et également en raison des prescriptions religieuses<sup>31</sup>, cette position est renforcée par la médecine traditionnelle.

Ces réalités se sont également révélées lors de mon étude sur le terrain et nous pouvons donc percevoir la difficulté à contenir les maladies sexuellement transmissibles et indirectement l'infertilité.

**Violet Kimani** est sociologue médicale au département de 'Community Health' de la faculté de Médecine de l'université de Nairobi. Université où elle a obtenu son doctorat en 1995.

Kimani a fait de nombreuses recherches sur le sujet de la santé et le comportement; par exemple : 'les systèmes de croyances et la santé', 'l'agro-écosystème et la santé', 'le genre et la santé', 'la santé reproductive', 'le paludisme et l'agriculture' ou encore 'migration, déplacement et santé'.

Dans « *Human Sexuality. Meaning and Purpose in Selected Communities in Contemporary Kenya* » (2006), l'auteur explore les régulations socio-culturelles qui gouvernent la sexualité, son importance et sa fonction dans diverses communautés contemporaines du Kenya. L'accent y est mis sur les Luo, bien que

---

<sup>31</sup> L'étude fut réalisée dans un contexte musulman, mais l'utilisation de méthodes contraceptives est également prohibée par certains courants chrétiens.

des comparaisons soient faites avec les Gikuyu, les Akamba, les Luhya et les Maasai. La polygamie chez les Luo est un signe de statut social, car elle facilite le grand nombre d'enfants et souligne l'aisance financière de l'homme. Relié à ces 'règles d'alliance', nous retrouvons l'héritage des veuves. Tout en assurant le soutien économique de la veuve et la préservation de la femme à la famille du mari, cette règle sociale présente aujourd'hui un problème important en relation avec la pandémie du SIDA. En lien avec les régulations et les tabous entourant la sexualité, l'auteur mentionne également le concept de 'chirá'. Ce concept englobe une dégradation générale de l'état de santé d'un individu due à la transgression, volontaire ou non, d'un tabou relationnel. J'y reviendrai plus exhaustivement dans le prochain chapitre.

**Marcia Inhorn** est Professeur à l'University de Michigan et travaille conjointement au 'Department of Health Behavior & Health Education (School of Public Health)', au 'Program in Women's Studies', ainsi qu'au Département d'Anthropologie. Elle a obtenu son doctorat en anthropologie médicale à l'Université de Californie à Berkeley en 1991.

Ses intérêts principaux sont le genre et la santé et tout particulièrement la santé reproductive des femmes. Ainsi, ses travaux majeurs traitent de femmes, mais aussi d'hommes infertiles dans la société égyptienne urbaine (voir entre autres Inhorn 1996). Plus récemment, elle s'est tournée vers la thématique de la reproduction artificielle, ses impacts et ses enjeux dans les sociétés en développement (l'accent étant néanmoins encore mis sur la société égyptienne).

**Frank van Balen**<sup>32</sup> et elle ont édité un livre très intéressant «*Infertility around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies* » (Inhorn and van Balen 2002), qui présente divers discours et débats entourant l'infertilité (la psychologisation du sujet, l'utilisation de la rhétorique de la

---

<sup>32</sup> Frank van Balen est Professeur associé au 'Department of Education, Social and Behavioral Science Faculty' de l'Université d'Amsterdam. Il a conduit diverses études qualitatives et quantitatives sur les divers aspects de l'infertilité, les traitements et nouvelles technologies reproductives.

'maladie, le courant féministe et sa théorisation de l'infertilité), le sujet de la reproduction assistée, ainsi que les répercussions sociales de l'infertilité dans plusieurs sociétés.

Tout en évoquant l'importance de l'accès à des méthodes de reproduction assistée dans les pays en développement, Inhorn souligne l'importance de la naissance d'enfants, dans le cadre d'un mariage, pour les femmes en Afrique et spécifiquement en Égypte. En accord avec Goffman, l'infertilité est présentée comme un stigma, le signe qu'une femme n'est pas une vraie femme. La femme infertile manque de remplir son identité socialement attribuée. En contrepartie, Inhorn dit que la fertilité est probablement la plus puissante (bien qu'incontrôlable) source de pouvoirs de la femme et nous pouvons en conclure les difficultés rencontrées quand cette 'monnaie d'échange' n'est plus présente.

### **3.4 L'approche 'culturaliste'**

Une autre approche de la maladie a été celle que je qualifie de 'culturaliste'. Divers auteurs ont étudié, à l'aide d'analyse de rituels, de l'approche métaphysique et ce que nous aimons définir comme 'ethnomédecine', les sens attribués à la maladie par les diverses sociétés étudiées. Cette étude de la recherche de sens est révélatrice du fonctionnement et des règles d'une société. Une des connaissances majeures a été que la maladie n'est jamais considérée uniquement comme une réalité physique. La maladie est aussi vue comme un signe de déséquilibre social ou encore comme une épreuve imposée par une force supérieure (tel que Dieu, un esprit ou un ancêtre) au simple individu.

« Une composante qu'on pourrait dire universelle dans l'interprétation de la maladie considère celle-ci comme le produit d'une transgression, comme une infraction à certaines règles ou à des lois précises établies par la société. La transgression peut être de type religieux, déclenchant une maladie par punition divine ou de type sociale, à travers l'infraction à des règles connues par

tous, par exemple, la rupture des liens avec les ancêtres. Il y a au départ une transgression, une erreur de l'individu ou du groupe par rapport à une norme collective »  
(Devisch 1984, p.51).

Ainsi, les divers rituels médico-religieux ont pour but de rétablir cet équilibre social au sein de la communauté et de donner un sens à la maladie.

**Renaat Devisch** a fait des études de philosophie et d'anthropologie à l'Université de Kinshasa et de Louvain La Neuve en Belgique, universités dont il est aujourd'hui professeur émérite d'anthropologie.

Le plus gros de son travail porte sur les Yaka du Zaïre dont il a étudié entre autres le fonctionnement et la formation des activités rituelles (1984; 1996).

Dans son livre intitulé: « *Se recréer femme : manipulation sémantique d'une situation d'infécondité chez les Yaka du Zaïre* » (1984) il se penche sur les rituels entourant la fécondité.

« Étant donné que la procréation constitue la principale raison d'être de l'alliance matrimoniale et que c'est par son rôle de procréation que la femme mariée succède à sa mère, se rattachant ainsi aux mères dans son ascendance utérine, c'est-à-dire, à celles qui ont transmis la vie, les troubles gynécologiques sont socialement perçus comme des problèmes concernant l'alliance matrimoniale et la transmission utérine. Quand à la victime, elle est censée souffrir d'un trouble que lui vient de l'extérieur, qui « la ronge », la contrarie ou l'empêche de remplir ses fonctions » (1984, p.81).

À l'aide et à travers les rituels, en tant qu'activité productrice de sens, l'union et les familles du couple touché sont soigneusement étudiées pour déceler toute entrave (par exemple une dot non payée, une offense, une transgression d'un tabou sexuel) qui pourrait causer l'infertilité. Tout acte contraire à l'échange (vols, ensorcellement, unions extra-conjugales,...) est mis en relation avec la désunion sociale et la maladie. Ne portant pas ou peu d'attention aux manifestations physiologiques, les rituels, empreints de métaphores, sont essentiels au maintien de l'harmonie sociale.

« Metaphors are the connective tissue of the lifeworld. For the Yaka, the life cycle of persons is metaphorically integrated with seasonal and lunar rhythms. This integration is likened to a fabric of firmly but delicately interwoven social, bodily, and cosmic threads. Infertility is a tear in this fabric of life, and regenerative rituals are ways of reweaving the damaged strands. This is not only a semantic of conceptual artifice but a lived reality, a vital flow charged with bodily and sensory power, in which self, group, and the world are one »  
(Jackson 1996, p.10).

Empruntant à la phénoménologie, Devisch évoque que la culture est un 'tissu' (fabric) ainsi qu'un modèle qui se (re)-génère continuellement. La culture est donc en fin de compte présente dans sa création plutôt que dans son statisme (1996, p.95). De même,

“The healing drama is the texture that engenders new meaning, new relationships, renewed contact with the life source to reinforce the patient, while reasserting the basic rule of exchange (...) that transmits life and sustains ritual rebirth.”  
(1996, p.95)

**Caprara, Andrea** diplômé de l'Université de Montréal, a, par la suite, obtenu son post- doc à l'Université de Perugia en Italie. Il est présentement professeur au département de Santé publique de l'Université d' Itaperi à Fortaleza, Brésil.

Son travail sur les Alladian de Côte d'Ivoire (Caprara and Bibeau 2000) met en évidence divers principes qui structurent les représentations de la transmission de la maladie ainsi que la transformation entraînée par les contacts avec la biomédecine.

Caprara a une approche qui se différencie de l'approche ethno- traditionnelle qui, dit-il, est nécessaire dans un contexte d'acculturation tel qu'il se présente aujourd'hui. De ce fait, Caprara discerne des similitudes conceptuelles, mais aussi des contradictions et des paradoxes. Bien que les connaissances empiriques en matière de santé et maladie soient reconnues, elles sont néanmoins redoublées et complétées d'un point de vue africain. Ceci impliquant une recherche obligatoire

du pourquoi (du sens) de la maladie, il s'agit donc de trouver la transgression, l'infraction aux règles ou aux lois, qui a provoqué l'apparition de la maladie.

Nous allons retrouver cet amalgame de connaissances empiriques et ethnomédicales chez les Luo. Tout comme Caprara, il me semble très pertinent de souligner l'adaptation d'une culture (unique à chaque milieu) à la culture et à la rationalité explicative occidentale.

**Françoise Héritier** est née en 1933 et est considérée comme le successeur de Lévi-Strauss. Structuraliste, elle approfondit la 'théorie de l'échange' ainsi que celle de la 'prohibition de l'inceste' qui témoignent de la circulation des femmes, entre autres chez les Samo du Burkina Faso.

Héritier a consacré l'essentiel de ses recherches aux fondements de la domination masculine et aux relations hommes-femmes. Celles-ci sont surtout basées sur le lien entre le mariage et la continuité de la société.

Dans le chapitre qu'elle a écrit dans le livre de Marc Augé et Claudine Herzlich: « *Le sens du mal* » (1984), on y lit que le discours sur l'infertilité est représentatif des pratiques sociales et des règles de conduite qui s'y rapportent.

« La stérilité (...) est donc perçue avant tout comme la sanction sociale, inscrite dans le corps, d'actes qui enfreignent la loi, qui s'écartent de la norme et franchissent des limites toujours étroitement circonscrites. »  
(1984, p.153)

En conséquence, ce discours est également basé sur le rapport social entre les sexes. Comme d'autres auteurs, Héritier souligne qu' « une femme stérile est souvent méprisée, car elle est un être inachevé, incomplet, totalement déficient. » (1984, p.129/130)

La stérilité, comme stigmatif, entraîne des conséquences sociales qui perdurent toute une vie et même après la mort. Les rituels spécifiques<sup>33</sup> réservés

---

<sup>33</sup> Dans différents endroits du pays Samo on transperce les reins de la femme stérile n'ayant jamais eu de règles. C'est également une méthode pour faire évacuer le surplus de chaleur que la femme avait accumulé et qui pourrait être nocif.

aux individus stériles lors de leur enterrement en témoignent. (Héritier 1978; 1984, entrevue personnelle 3 (1))

Contrairement aux hommes qui peuvent se réincarner dans un fils ou petit fils de son frère, la femme stérile « si elle n'enfante pas, (...) sera comme si elle n'avait jamais existé » (Héritier 1977). Je retrouve très clairement ce sentiment dans mes propres données relevées sur le terrain.

Les travaux de Héritier mentionnent également l'incompatibilité des 'sangs' et l'opposition du chaud et du froid (Héritier 1978). Certains couples sont, majoritairement pour des raisons de consanguinité ou d'alliance, non compatibles et leur corps, ainsi que leur progéniture éventuelle, souffrira s'ils s'accouplent. La plupart des tabous agissent à ce niveau et sont ainsi des indicateurs essentiels de conduite.

L'idée de l'incompatibilité se retrouve également chez les Luo. Un individu ne peut ainsi coucher avec une épouse de son père ou l'époux de sa mère sans encourir le danger de 'chirá'. Un homme, nouvellement père met également en grand danger son nouveau-né s'il a une relation extraconjugale après l'accouchement. Une explication est que le contact des divers fluides corporels peut être nocif.

La notion d'incompatibilité ou de mésadaptations du couple à la procréation est une notion capitale du fait que l'infertilité agit alors en tant que 'protection' et régulateur social pour les générations futures. Ceci présente une inversion intéressante de la conception de l'infertilité en tant que 'punition'.

### **3.5 L'Approche holistique**

Une dernière approche est la plus holiste de toutes. Divers auteurs, dont Pierre Erny et Ferdinand Ezembé ont ainsi essayé de présenter le fonctionnement d'une société en analysant les diverses dynamiques interactionnelles. Du fait que les relations sociales sont mises à l'épreuve et chamboulées lorsque survient une

---

Certains de mes répondants évoquent également le fait que le corps de la femme stérile est battu avec des branches à épines pour symboliser l'écoulement du sang menstruel.

maladie ou l'infertilité, ces auteurs consacrent une partie de leur travail à la présentation de stratégies culturelles qui ont pour but de re-balancer et de rééquilibrer la société dans sa totalité. Ainsi, ils énoncent entre autres la place de la sorcellerie et des divers rites (initiatiques ou non).

**Pierre Erny**, professeur émérite à l'Université Marc Bloch de Strasbourg, a publié plusieurs ouvrages portant sur l'éducation et la socialisation des enfants en Afrique (entre autres 1981; 1990; 2001). Ses séjours multiples en Afrique<sup>34</sup>, entre autres au Rwanda, dès la fin des années 1950 ont été le biais par lequel il a effectué ses premières recherches ethnologiques durant les années 1960. Le Mali est également un des pays où il fit diverses études.

Dans son livre « *The Child and his Environment in Black Africa* » (1981), Erny étudie l'évolution de l'enfant 'noir' d'un point de vue pédagogique pour faire ressortir la transmission des 'savoir-faire' et 'savoir être'. Il identifie les différents moments clés de la socialisation ainsi que les divers éléments (tels que membre de la famille, classe d'âge) qui s'y rattachent. Cet ouvrage est représentatif d'une ethnologie dite aujourd'hui classique. S'y oppose clairement le traditionnel et le moderne, l'Afrique et l'Occident et y est soulignée la perte de sens que vit l'occident actuel.

Ce livre nous donne pourtant un bon aperçu sur la place importante qu'occupe l'enfant dans les sociétés africaines. L'enfant, souligne fortement Erny, est la preuve d'une continuité cyclique dans laquelle chaque individu a sa place. Il est symbole de vie et de richesse (économique et religieuse). De ce fait, ne pas avoir d'enfant a des conséquences graves pour l'individu infertile, tant au niveau personnel que sociétal.

D'autres auteurs ont également témoigné de cette réalité et elle se retrouve également dans mes propres données.

**Ferdinand Ezembé** est docteur en psychologie de l'université Paris X, Nanterre en France. Il dirige l'association de psychologues africains « Afrique Conseil »

---

<sup>34</sup> Il y a notamment exercé le métier d'instituteur

installée à Paris. Spécialisé dans les médiations interculturelles, il a publié de nombreux articles sur la situation des enfants en Afrique et en France. Il est également vice-président de 'Capdiv' (Cercle d'action pour la promotion de la diversité) et vice-président de la commission Culture et Éducation au sein du CRAN<sup>35</sup>.

Son livre « L'enfant africain et ses univers » (2003) étudie comment évoluent les enfants africains qui se retrouvent à cheval entre les traditions de leurs parents et la mondialisation, comment évolue le rôle du père, de la mère, de la famille élargie dans un contexte de transition culturelle et quelle place tient le rapport au corps, à la parole, à la sexualité, à la maladie et à la mort, et quelles sont les valeurs qui sont transmises à ces enfants.

En général, la première partie est consacrée à l'univers psychologique et culturel de l'enfant en Afrique. La deuxième s'intéresse à l'enfant africain et à sa famille dans un contexte de migration, principalement en France.

Comme Erny, il évoque l'importance de la procréation :

« Dans l'Afrique traditionnelle, la stérilité était une tare sociale qui affectait profondément la personnalité de l'individu. La femme stérile ou l'homme impuissant ne transmettait pas la vie qu'ils avaient reçue, n'enrichissant pas leur communauté. Ils étaient perçus comme des éléments passifs pour le clan, des symboles d'échecs social et ontologique. »  
(Ezembé 2003, p. 105)

Notons bien que l'auteur parle ici de 'l'Afrique traditionnelle' et qu'il reconnaît que la rencontre des cultures a fait évoluer les choses. Toutefois, Ezembé ne manque pas de souligner, quelques lignes plus loin (et ce fort de son statut de psychologue), qu'actuellement les psychiatres notent l'émergence de manifestations anxio-dépressives, voir de décompensations psychotiques, dans le cas d'infertilité.

<sup>35</sup> « Conseil représentatif des associations noires de France ». Fédération des associations noires qui a l'ambition d'établir un bilan des discriminations 'ethno- raciales' en France et de 'rétablir une véritable égalité'.

Les travaux de **Aloys Hakizimana** «La politique de santé reproductive et planification familiale au Burundi : contraintes issues de la contradiction entre communication et culture dans un contexte de développement » (2000) et « Naissances au Burundi : entre tradition et planification » (2002) sont basés sur une enquête en zone rurale, auprès des femmes notamment, pour éclairer le poids de la tradition et les possibilités de planification familiale. La transposition des programmes occidentaux de contrôle et la politique de limitation des naissances se heurtent en effet au blocage culturel, religieux, socio-économique, communicationnel, et même politique.

Ces travaux, rédigés à partir d'une thèse de doctorat en communication soutenue à l'Université de Montréal, soulignent à quel point la politique de planification familiale, imposée par les autorités, va à l'encontre des représentations traditionnelles et enracinées qui touchent la famille, la sexualité et les naissances. Bien qu'il y ait incontestablement un amalgame culturel et moral qui se fait de nos jours entre les cultures africaines et celles dites 'occidentales', ce travail indique que certaines thématiques, telles que la contraception, se heurtent à divers aspects culturels et sont plus lentes à s'imposer que d'autres. J'ai également pu me rendre compte de cette opposition, ou du moins de ce scepticisme envers les méthodes contraceptives chimiques, lors de mon propre terrain. Les travaux témoignent également de la discordance entre les discours officiels et ceux véhiculés par les individus et la société.

Différents auteurs, qui se sont consacrés à la culture Luo, tels que A.B.C. Ocholla, Isaac Sindiga, Ben G. Blount, David Parkin, Aidan Southall, John Mbiti, Bethwell Ogot, Charles M. Good, P. Wenzel Geissler, seront étudiés dans le chapitre suivant que j'ai consacré uniquement à la culture Luo.

#### **4. La culture Luo**

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, l'infertilité a des conséquences multiples et importantes dans diverses et même probablement toutes les sociétés à travers l'Afrique. Pour bien situer la problématique, telle qu'elle se présente chez les Luo, il nous faut néanmoins analyser un peu plus en profondeur différents aspects culturels de ce groupe ethnique. Ces aspects sont évidemment ceux qui se rattachent à la sexualité: donc la conception du mariage, la conception de la grossesse ainsi que la conception de la maternité. J'y ajoute la conception du temps, de l'âge et du corps sachant que le fait d'avoir des enfants n'est pas seulement important dans le présent, c'est-à-dire pour une période de vie, mais est également essentiel dans une perspective atemporelle.

Ainsi, le passage d'un être sur terre n'est qu'une infime preuve d'un cycle de vie éternelle. Un cycle où la mort et la survenue de la vie se suivent et sont primordiaux à l'existence de l'autre. Nous pouvons donc déjà en conclure l'importance qu'a la procréation dans une telle conception du temps, de la vie et du monde en général.

##### **4.1 Conception du temps, de l'âme et du corps**

Comme la plupart des sociétés africaines, les Luo ont une conception cyclique du temps.

Devisch souligne pour les Yaka du Zaïre que l'homme est celui qui est considéré transmettre le statut social, les biens, tandis que la femme est celle qui transmet la vie.

« ...concerning public daily life, the social categories of maleness, patrilineal descent, and seniority are correlated with lineal order, uprightness, and vertically, while femaleness,

uterine filiation, and mediatory roles are correlated with a cyclical and concentric space-time order.”

(Devisch 1996, p.96)

L'un est dépendant de l'autre et ce sont les deux ensembles, en tant que couple qui garantissent la survie de l'être humain. Cette même idéologie se retrouve chez les Luo.

Nous avons brièvement abordé dans le chapitre 3 l'origine pastorale des Luo. En lisant entre autres l'œuvre d'Evans-Pritchard sur les Nuer<sup>36</sup> nous pouvons saisir l'importance du bétail pour ces cultures. Il est source de richesse et de reconnaissance sociale. De plus, le bétail, nécessaire pour construire un couple puisqu'il sert de dot, est également le symbole de cette immortalité acquise par le mariage et la procréation :

« (cattle) stands for a wife and are therefore the most important thing in a Nuer's life, because a wife means to him his own home and that he becomes a link in the lineage by fathering a son. »  
(Evans-Pritchard 1960, p.60)

Bien que le nombre de vaches présentées en guise de dot soit fortement réduit de nos jours chez les Luo, le bétail est toujours encore au cœur des préparations de mariage. L'échange est aujourd'hui surtout de nature symbolique. Néanmoins, il se pourrait que cette pratique disparaisse bientôt, les jeunes ne la définissant plus comme vraiment nécessaire (communication personnelle, entrevue 2.1.4 entre autres).

Le temps d'une vie s'organise autour du concept de 'classe d'âge' et est divisé en cycles. Un individu passe donc à travers différents « stages » dans sa vie. Ceux-ci peuvent être marqués par des indicateurs biologiques ou encore des indicateurs sociaux comme le mariage.

---

<sup>36</sup> Les Nuer, étant nilotes, ont la même origine et donc des traits en commun avec les Luo.

Certains passages sont marqués par des performances rituelles telles que par exemple le mariage et le veuvage ou simplement par l'adoption de certains symboles et comportements lors du temps de courtoisie ou de la période de la ménopause (Dietler and Herbich 1993, P.252).

De plus, les règles entourant ces différents rites de passage tels que le mariage, ou des activités se rattachant à l'agriculture et à la santé physique sont orientées d'après des séquences bien définies (Dietler and Herbich 1993). Ainsi, il faut en général suivre le rang de naissance ou de mariage en exécutant certaines activités, certains rites. Ces séquences font partie intégrale d'un code moral et ne pas suivre ces règles représente la transgression d'un tabou et peut provoquer d'importants problèmes pour l'individu, la maisonnée ou bien encore le clan (Kimani 2006; Mboya 1986).

De telles transgressions peuvent amorcer un état que les Luo nomment '*chirá*'. Ce terme nosologique inhérent à la culture Luo peut signifier un état médical, c'est-à-dire, une dévalorisation croissante de l'état de santé d'un individu, d'une famille ou même d'un clan (Ocholla-Ayayo 1976); ou bien se référer au fait qu'un sort provoque cette dévalorisation. « It refers to a wasting disease sometimes culminating in death, which a victim or someone close to the victim has incurred through ignoring (not necessarily consciously) some kind of relationship taboo. » (Parkin 1978, p.149) '*Chirá*' est donc provoqué par un individu qui transgresse un tabou.

Ces tabous sont pour la plupart reliés à la sexualité et à la fertilité. Citons notamment les relations sexuelles entre un individu et le conjoint d'un de ses enfants, la relation sexuelle dans la chambre des parents d'un des deux individus, l'infidélité du père après la naissance de son enfant et avant la reprise des rapports sexuels avec la mère, le mariage d'un fils avant que son aîné ne soit marié, la culture du champ d'une co-épouse, alors que la première épouse de la famille n'a pas encore cultivé le sien. Comme nous l'avons déjà mentionné, les conséquences d'une telle transgression sont graves.

La dévalorisation de la santé et l'infertilité peuvent également être provoquées par des sorts jetés par des hommes, ou encore par des esprits. Des individus peuvent avoir recours à des magiciens/sorciers pour appliquer un sort, ou ont eux-mêmes la possibilité de faire surgir ce sort. La motivation évoquée étant le plus souvent la jalousie et les conflits interpersonnels. Les esprits peuvent quant à eux également être mal intentionnés ou alors chercher à se venger d'un tort fait envers eux.

« The Luo believe that diseases and illness may be caused through at least five ways; diseases of the air, water and food, diseases caused by humans, diseases of the 'living dead', diseases of inheritance, and, diseases resulting from breaching taboos or customs.”  
(Sindiga 1995b, p.65)

La dernière catégorie énoncée dans la citation est celle qui se réfère à la notion de '*chirá*'. Sindiga indique également dans son texte que c'est cette catégorie qui inclut donc les notions d'infertilité et la mortalité infantile. Ainsi, un frère qui se marie avant son aîné risque de rendre celui-ci infertile. Le jeune homme a ainsi 'volé' la place de son aîné. Puisque la descendance de celui-ci n'est pas supposée être plus jeune que celle de son frère cadet, l'infertilité agit comme 'protectrices' de la loi des 'rangs' et 'séquences'. Nous retrouvons donc là les propos de Héritier et la notion de l'infertilité comme mécanisme protecteur.

Les différents agents, capables de provoquer la dévalorisation de la santé et l'infertilité, m'amènent à parler de la représentation de l'être humain chez les Luo. La majorité des auteurs qui traitent de la culture luo s'accordent sur une représentation tri-partite de l'être humain.

D'une part, nous avons un corps biologique qui se désintègre après la mort. Il ne représente donc que l'enveloppe charnelle de ce qui définit 'un être'.

D'autre part existent deux autres parties qui constituent la personne. Il s'agit de 'l'ombre' ('*tipo*', nommé 'shadow' en anglais) et de 'l'âme' ('*chuny*', 'soul' en anglais). La notion de 'soul' est la plus souvent représentée comme étant ce que

nous connaissons dans la culture judéo-chrétienne comme 'l'âme'.<sup>37</sup> Cette âme n'est pas visuelle, mais comprend 'l'être' de la personne. Elle peut pour cette raison entrer en contact avec d'autres âmes. Le 'shadow' par contre est une représentation visuelle de 'l'être'. Elle ne peut entrer en contact avec d'autres âmes, mais peut par contre apparaître dans les rêves, les visions de manière acoustique, mais aussi visuelle. Le 'shadow' étant dès lors aussi l'entité reliée à la hantise (information personnelle, entrevue 1.2.3).

Les différents auteurs consultés ne sont pas unanimes sur leur façon de définir les deux entités de 'shadow' et 'soul'. Ainsi, certains pensent que ce sont deux entités différentes (Hauge 1974; Ocholla-Ayayo 1976). D'autres pensent que ces deux entités ne sont en fin de compte qu'une qui n'est nommée que différemment quand le 'tipo' ('shadow') hante (Nyarwath 1996).

D'autre part, mes informateurs ont également des explications divergentes, ou ne savent parfois pas vraiment identifier ces deux parties.

Je pense que cela est, entre autres, dû à l'influence de la religion chrétienne et donc la transformation des savoirs culturels.

Indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une unité ou de deux unités séparées, ces 'esprits' peuvent influencer le cours de la vie et donc aussi la santé des vivants de manière positive ou négative. Ainsi, l'esprit d'une mère décédée peut apparaître ou agir pour aider ses enfants orphelins. Ou bien encore, l'esprit d'une personne morte par meurtre peut essayer de se venger de son meurtrier.

Finalement, l'esprit peut apporter (pour différentes raisons, par exemple la vengeance) la maladie, la mort et même l'infertilité pour un individu, et même un clan entier.

*What can cause infertility?*

"Spirits can cause infertility. Like in my case. I always dreamed of Otieno (grand-father). He never talked but he scarred me. I

---

<sup>37</sup> La dénomination anglaise de 'soul' indique déjà une influence de la religion chrétienne

knew he was complaining about something. It was him who made me barren.

(...)

Then there is 'chirá'. It is related to a transgression of a taboo. That means if you do something that was never done before. Something that you are not supposed to do. For instance in Luo culture, you are not supposed to step into your grand-mothers granary."

(Entrevue nr.3 (1), p.3)

Le 'moi' se compose donc de différentes entités, qui peuvent être notamment étrangères, telle une réincarnation d'un ancêtre.

« Non seulement on doit parler de la pluralité des éléments du moi, mais encore de la multiplicité des étapes successives (naissance, première enfance, sevrage, jeune enfance, période de latence, initiation, état adulte, vieillesse, mort) par lesquelles l'individu passe généralement (...). »

(Thomas 1973, p.393)

Par conséquent, la mort n'est pas un stade ultime que l'homme atteint à la fin de sa vie, mais bien une étape nécessaire dans une conception cyclique du temps.

« (...) la mort n'est qu'un passage comme un autre et le défunt n'est pas un individu rayé de rôles...Il est tout au plus quelqu'un qui revient et, en règle générale, quelqu'un qui est présent. » (Thomas 1973, p.407)

#### **4.2 Conception du mariage**

*« Marriage is the meeting-point for the three layers of human life according to African Religion. These are the departed, the living and those to be born. »*

*(Mbiti 1975)*

Le mariage était traditionnellement organisé et « dirigé » par une personne nommée « go-between » (*jagam*) dans chacune des familles concernées. Du côté

du garçon, il s'agissait souvent d'une tante ou d'une cousine, qui devait trouver une fille convenable et donc mariable et « rapporter » des informations concernant la famille, la santé et les antécédents de la jeune fille choisie. De son côté, la jeune fille avait également un « go-between » qui évaluait si le jeune homme en question était un bon parti (Sindiga, in: Sindiga (et al.) 1995, p.82).

“Traditionally an ‘*informator*’ was sent out to find a suitable girl. The boy can go to his mother or aunt and ask her to find a wife for him. The family of a possible bride was then checked for example for cases of witchcraft or mental illness. If the girl is found suitable it is the beginning of ‘*pourparler*’ between the two families. The boy and his family members come to your home to talk  
To your father or uncle and see the potential bride.”  
(Entrevue nr.1.1.1, p.2)

Un informateur me décrit ce processus comme suit :

Tu pouvais aller chez ta tante et lui demander, à elle et à sa famille, de te trouver une partenaire, de sonder son histoire familiale pour ainsi trouver le parti le plus favorable (Entrevue nr.1.1.3, p.1).

Si la jeune fille convenait à la famille du jeune homme à marier, celui-ci se rendait avec d'autres membres masculins de sa famille chez la jeune fille, tout en apportant un premier « gage de respect ». Il présentait alors sa requête et demandait que commencent les pourparlers pour définir le montant de la dot à payer. Puis, le nombre de bovins<sup>38</sup> étant fixé, le jeune homme se présentait chez ses futurs beaux-parents pour payer la dot et emmener la jeune fille.

Certains informateurs ont évoqué la pratique de rapt de jeunes filles. Il semble cependant que celui-ci était plus symbolique que vrai et orchestré de manière à accommoder les familles concernées. Le payement initial pouvait également être suivi de plus petits dons pendant quelques années

---

<sup>38</sup> Le nombre peut varier, mais il n'était pas rare qu'une famille doive payer environ sept vaches. Pouvaient s'y ajouter des chèvres et un certain montant en monnaie. De nos jours, la dot est constituée souvent de deux ou trois vaches ainsi qu'une somme monétaire plus importante.

“[a]mong the Luo the payment of bridewealth did and still does secure an unambiguous transfer of all genetical and uxorial rights in a women from her natal to her husband’s agnatic descent group, resulting in her complete and, again, unambiguous incorporation in it”  
(Parking (1978: 255) in Reynar 2000, p.30/31)

Par le passé, les familles étaient patrilocales et les enfants grandissaient avec leur mère jusqu’à l’âge de la puberté. C’est alors que les garçons allaient vivre dans une maison de « célibataires » où d’autres membres masculins de la famille les éduquaient pour qu’ils puissent, dans un futur proche, assumer eux-mêmes le rôle de chef de famille. Les filles allaient vivre avec une dame âgée, normalement la grand-mère, qui elle aussi les éduquait dans leur rôle de future femme et mère (Molnos 1972; Parkin 1972, entrevues informelles).

De nos jours, les familles polygames vivent parfois de manière séparée. C’est-à-dire qu’un homme peut avoir une femme dans son village d’origine, mais également une famille en ville ou dans un autre lieu. Les liens familiaux et l’entraide sont ainsi beaucoup moins prononcés et les jeunes n’obtiennent plus l’éducation traditionnelle pourvue par les aînés.

Bien que les générations des années 30 à 50 semblent encore avoir contracté le mariage à un âge assez tardif (23-28 ans), les générations plus récentes semblent se marier beaucoup plus tôt. Pour cette raison il n’est pas étonnant de trouver des jeunes filles âgées de 16, 17 ans mariées et ayant déjà un enfant.

« In the old days », comme disent mes informateurs, les individus semblaient se marier assez tardivement. La société voulant ainsi s’assurer qu’ils soient assez matures pour assumer la charge d’une famille, avoir un rôle actif dans la société. Le groupe voulant peut-être, comme un informateur mentionne, préserver la force de jeunesse des hommes à des fins de protection.

Les femmes ne se mariaient que vers l’âge de 30 ans, alors que les hommes pouvaient être encore plus âgés. Une informatrice m’explique ce phénomène également par une régulation des naissances, le nombre d’enfants devant encore

être restreint. Nous retrouvons une autre explication dans le texte de Susan C. Watkins (Watkins 2000) qui présente un intéressant survol de l'évolution du modèle familial chez les Luo. D'après elle, les familles étaient étendues avant la colonisation, la raison principale étant que les enfants étaient un signe de richesse, d'estime et une preuve de réussite sociale. Il prévalait un mode de contraception naturelle qui reposait sur la pratique d'un long allaitement ainsi que sur la polygamie, puisque celle-ci partage sur un plus grand nombre de femmes le nombre total de descendants d'un homme.

Un autre signe de richesse était le nombre de bêtes possédées. Ce bétail était entre autres utilisé en guise de dot pour les garçons à marier, puisqu'ils devaient le présenter aux parents de la future épouse. Le bétail était donc une ressource essentielle pour la procréation. La procréation d'un certain nombre d'enfants, ceux-ci étaient, et sont toujours encore, en relation intime avec la notion de richesse, par le bétail. Les filles agrandissaient le troupeau lors de leur mariage et étaient donc également source de richesse (Watkins 2000).

Un informateur me dit à ce sujet que traditionnellement «one would prefer boys because they stay and help with the work». Les filles par contre étaient une garantie de richesse puisque la famille gagnait une importante dot lors de son mariage (Entrevue nr.1.1.1, p.6).

Lors de la colonisation, mais surtout lors de l'indépendance, s'installe une nouvelle vision. Une vision qui présente la « petite » famille comme étant progressive, car augmentant la force productive et économique du pays.

Avec le temps, ce modèle a évolué en intégrant les méthodes contraceptives modernes. Le Kenya fut ainsi un des premiers pays africains à implanter un programme de planning familial en 1968. Ces méthodes, qui sont d'abord essentiellement mises de l'avant par différentes ONG voulant « amoindrir les effets de la surpopulation », ne sont néanmoins pas ou peu acceptées, car étrangères à la culture. Elles sont même parfois vues comme un subterfuge pour assurer un contrôle de la population.

Aujourd'hui encore, les méthodes contraceptives ne sont pas fortement répandues dans la province du Nyanza.

L'idée de la famille restreinte est acceptée comme positive après l'indépendance. Cependant, avec l'amplification des difficultés économiques, elle est aujourd'hui mise de l'avant de façon pessimiste comme en témoignent ces informateurs :

À la question : *Combien d'enfants voudrais-tu avoir*, un informateur répond :

"(A)s many as you can comfortably afford to raise." (Entrevue nr.1.1.1, p.6, emphase mienne)

"You could say that in the beginning it's a burden, you have to raise them, to feed them  
no even,...well nowadays its when it's a burden but in those days it wasn't a burden, nowadays it's a burden 'cause you have to get the child to school, you have to feed the children, everything is becoming expensive."

*But you had to feed the children in the old days too...*

"In the old days,...but they were having chambers, (...) they had maize, they had everything, and things weren't expensive at that time."

*You think life was easier?*

"Life was much cheaper."

(Entrevue nr.1.1.2, p.4)

Ces témoignages soulignent un sentiment de nostalgie et de difficulté d'existence, dont la principale cause repose sur des aspects économiques. À part la situation économique, n'oublions pas non plus que c'est aussi la pandémie du Sida qui a transformé les modèles culturels.

Comme le souligne Fassin, nous ne sommes pas en présence d'un modèle occidental et universel. Il ne s'agit pas d'une assimilation qui converge vers une seule façon de faire. Toute société s'approprie certaines innovations, par exemple les méthodes de contraception naturelles ou occidentales, ou bien encore les

modèles de vie familiale, et les gère, les adaptes, à sa manière (Fassin 2001, Pp.3, 4, 7). Nous y reviendrons dans les prochains chapitres.

Le mariage était l'institution qui permettait de régler la sexualité. Ce n'est qu'à l'intérieur de ce cadre spécifique, qu'est l'institution matrimoniale, que les relations sexuelles pouvaient avoir lieu et que la grossesse était acceptée; et même exigée.

Une grossesse hors mariage avait auparavant des conséquences sociales importantes pour les filles-mères et leur famille. Ces grossesses sont toujours encore mal vues par la société, mais l'éducation et divers soutiens administratifs allègent les conséquences.

Précédemment, la fille devait arriver vierge à son mariage. La preuve était apportée lors de sa nuit de noces. Les nouveaux mariés devaient avoir un premier rapport sexuel en présence d'un témoin. De plus, un drap blanc devait être étalé sous la mariée. Celui-ci devait par la suite présenter une tache de sang et le témoin le rapportait fièrement à la famille de l'épouse. Ceci apportait honneurs à la famille et démontrait la conduite morale de ses membres. Si la mariée n'était pas vierge, c'était la honte qui s'abattait sur sa famille.

« The mother, she don't have anything to talk about the community. She was very ashamed because everybody is going to abuse her: "your daughter was not respectful; she was doing, practicing this thing. When she went there we got ashamed, because the husband found her when that thing was already opened."

(Entrevue nr. 1.2.3, p.33)

Le futur époux pouvait dans ce cas également refuser de payer le reste de la dot, ne finalisant ainsi pas le mariage. Un informateur commente cette situation en disant que le futur époux ne voudra plus de la fille, car un autre lui aurait volé 'le bien' qui lui revenait de droit.

Dans une telle situation, la famille de la fille devait rendre la dot et la fille se retrouvait donc célibataire. Le stigma de 'prostituée' lui était dès lors attribué et

un remariage était fortement compromis. Elle restait ainsi à la charge de ses parents et frères.

#### **4.3 Conception de la maternité et de la grossesse**

Bien que définitif seulement quand toute la dot a été payée, le mariage avait surtout pour but la procréation. Ainsi, Agot- Kawango souligne qu'un mariage sans procréation est un mariage incomplet (Agot - Kawango, in Sindiga (et al.) 1995).

John S. Mbiti, érudit luo, souligne pour sa part :

“It is believed in many African societies that from the very beginning of human life, God commanded or taught people to get married and bear children. Therefore marriage is looked upon as a sacred duty which every normal person must perform. Failure to do so means in effect stopping the flow of life through the individual, and hence the diminishing of mankind upon the earth.” (Mbiti 1975)

Le mariage était donc d'après les divers auteurs un but principal dans la vie d'une personne. Je pense que ceci est toujours encore valable de nos jours. Cette réalité est renforcée par le fait que le mariage est aussi considéré comme un devoir envers la famille, le clan et l'ethnie.

L'entourage d'un individu exerce clairement une pression dès que celui-ci est considéré en âge de se marier, car il en va de la continuité de la famille, du lignage et même de l'ethnie.

Le mariage est donc en fin de compte un devoir. Ne pas se marier et notamment ne pas avoir d'enfant serait associé à un comportement asocial et hors norme. De mes informateurs, seules deux jeunes filles ne veulent pas avoir d'enfants. L'une d'entre elles ne voulant même pas se marier. Elles sont néanmoins conscientes des conséquences sociales (moqueries, mépris) qu'une telle décision peut avoir (entrevue 1.1.2 p.7/8, 1.1.4 p.2)

«When I say I don't want to get many children, she (la mère) says: people will laugh at you if you don't get married, you don't have a husband. »

*People will laugh at you?*

«If you don't get married they think maybe you are a prostitute, if you are a single mother to work, financially stable...they have a problem with that. »

(Entrevue 1.1.2, p.7/8)

L'importance de procréer est, il me semble, non rejetable. Néanmoins, dans la société Luo actuelle, le mariage n'a plus comme but principal la procréation. Bien souvent l'aspect de 'companionship' teinte majoritairement le discours. Cependant, comme le constate Angela Reynar dans de son étude : "Fertility Decision making by couples amongst the Luo of Kenya", les Luo forment encore une société pro- nataliste dans laquelle la majorité des hommes et des femmes désirent avoir des enfants (Reynar 2000, P.122). La procréation reste donc une thématique centrale dans la vie d'un individu.

"You know with us, we just believe that somebody who is married or somebody who is a grown-up must have children. If you don't have many, it will force you to look for another wife who can give birth. If the first one has not given birth, then you would have to struggle for another wife."

(Entrevue 2.1.4, p.5)

Après le mariage, la venue d'un enfant est rapidement souhaitée, ou en tout cas attendue. Blount mentionne que les familles du nouveau couple s'attendent à une grossesse dans le délai d'un an. Puis, on s'attend à ce qu'une femme ait un enfant approximativement tous les deux ans, sur une période d'environ 20 ans. (in Reynar 2000, p.30/31)

"The role of a child in society first...it's makes... it's a pride to the family. Secondly it's in continuity with the clan and the family. Third, it ...the child at least makes people come together. (...) And forth, it's a prestige, yeah...because when you, you have a child you are treated as somebody's father"

(Entrevue 2.1.1 p.27/28)

En même temps, les précédentes citations nous font entrevoir que le fait de ne pas avoir d'enfant a des conséquences importantes. Mes informateurs le disent clairement : "You are no one if you don't have children!" The same counts even for men. If you have no children you are not considered an adult. (Entrevue 1.1.1 p.9)

"(...) the one without children will be mocked... by in-laws and society."

*In general, when people have children, does that change their status?... in society, in their family, in relation to their family in law?*

"Yeah,... if you don't have a child,...mostly the in-laws don't like you, they will always pressure their son: ah,... get another wife who can give you children. But if you have children, you can see they start liking you, ... mostly if you have boys."

(Entrevue 1.1.2, p.8)

Une autre informatrice nous dit encore:

"In Luo community you are regarded as nobody if you don't have a child. You just eat their food but you are not productive" (Entrevue 3 (2)/ 1.2.4 p.2).

Un individu sans enfant est sujet à un stigma social. Il n'est pas considéré comme un adulte, on ne lui fait pas de confiance, car il semble inapte à prendre en charge une autre personne. Ce verbatim fait aussi ressortir l'angoisse personnelle, familiale, mais également sociale à ne pas avoir d'enfants.

Bien que la majorité des personnes interviewées soient conscientes que l'infertilité peut toucher les hommes comme les femmes, elles ont néanmoins souligné que la 'faute' en revient la plupart du temps à la femme :

'A man can also be affected, but normally it is the woman who is infertile' (Entrevue 1.1.4 p.3).

*And what if the man is infertile?*

"Mostly when a man is infertile, he doesn't marry, because he knows. Or if he marries the first one, the first wife; who then doesn't give birth, the wife will go or if he'll stay and he will marry another one. If nothing happens again, he will not marry."

So they'll just stay like that. But people will start blaming the woman not the man.”

(Entrevue 1.2.6, p.13)

*What happens if the man is barren?*

Normally we do not believe that it is us that are infertile. We then either blame the woman or witch-craft. Usually we would therefore not go to the hospital or tell the wife either.

(Entrevue 2.2.4, p.4)

Les conséquences pour les femmes, évoquées dans le chapitre 4 consacré à un survol de la littérature portant sur le sujet, sont également évoquées par mes informateurs. Les femmes subissent souvent des moqueries, des abus verbaux et physiques et, bien que le divorce n'existe pas en tant que tel, peuvent être renvoyées chez elles. Le tout cumulant dans une détresse économique importante. S'y ajoute une auto-dévalorisation et des problèmes psychologiques.

La valorisation de l'éducation et la scolarité des filles font néanmoins aujourd'hui contre-poids. Soulignons aussi que ce ne sont pas toutes les femmes qui subissent les conséquences sociales évoquées précédemment et que certaines femmes fertiles peuvent, comme le font valoir deux de mes répondantes, ne pas désirer d'enfants.

Mes données laissent également entrevoir une représentation différentielle de la problématique selon l'âge. Ainsi, les informatrices sont unanimes sur le fait qu'une femme infertile restait préalablement dans la famille de son mari. Elle devait accepter une co-épouse mais gardait plus ou moins son statut social. Les informateurs plus jeunes ont eux clairement dit que les femmes infertiles étaient indésirables et souvent renvoyées chez elles.

Je suis convaincue que ce changement d'attitude envers les femmes infertiles est à mettre en relation avec l'influence de la religion chrétienne ainsi qu'avec les difficultés économiques qui rendent difficile un mode de vie polygame. Le nombre de co-épouse ne surpasse plus que rarement le nombre de deux.

Les précédents chapitres et citations soulignent néanmoins clairement que l'infertilité peut également être une raison majeure pour adopter un mode de vie polygame.<sup>39</sup>

*What happens if there is barrenness?*

The family encourages a second marriage or one can bring a sister, or relative to marry the husband.

*What happens to barren women?*

They are neglected, involved in quarrels, insulted but not divorced. Nowadays some may send wife away. These barren women are considered of lower status.

(Entrevue 1.1.4, p.3)

L.O. Obudho (2000) cite les raisons suivantes pour l'existence de la polygynie :

1. Un grand nombre d'enfants renforce la famille autant en force physique qu'en respect social. Il est possible de forger des alliances avec d'autres familles.
2. La présence de garçons est nécessaire pour perpétuer la famille et le groupe.
3. Un grand nombre d'enfants contre le nombre élevé de décès infantiles.
4. Les enfants sont une force de travail supplémentaire aidant dans les nombreuses tâches rattachées à la gérance d'une grande terre.
5. La présence de plusieurs femmes rend possible un espacement de grossesses pour chaque femme.

L'importance d'avoir une nombreuse descendance a donc diverses raisons et vise principalement la continuité du lignage, l'accès au statut d'adulte et la reconnaissance sociale (Molnos, Blount, Inhorn 1996).

La naissance d'enfants est également nécessaire pour finaliser le mariage. Le statut de femme n'est pas attribué par le mariage ou par la perte de virginité, mais bien par la grossesse (Blount 1973; Héritier 1978). De plus, un enfant est une

---

<sup>39</sup> Pour ce qui est des autres stratégies culturelles face à l'infertilité, nous nous y attarderons dans le chapitre 7.

main d'œuvre supplémentaire, un soutien économique (Anker and Knowles 1982; Boerma and Mgalla 2001; Inhorn 1996). Les difficultés économiques d'aujourd'hui font survenir des aspects négatifs à la descendance multiple. Ces enfants il faut les nourrir, les éduquer. L'éducation étant hautement prisée, beaucoup de jeunes préfèrent restreindre le nombre d'enfants pour être sûrs de pouvoir bien subvenir à leurs besoins et leur offrir une bonne éducation.

Finalement, la naissance d'un fils est encore toujours très importante. Les Luo, comme toute autre société patrilinéaire, attachent une grande importance à la descendance masculine. Les garçons continuent le lignage, contrairement aux filles qui quittent leur famille pour intégrer le lignage de leur mari.

Cependant, un grand nombre d'informateurs m'ont dit que le sexe de l'enfant n'a plus autant d'importance. Parfois on préfère même les filles, car elles offrent un meilleur soutien à leurs parents âgés. De plus, les filles peuvent de plus en plus accéder à de la terre et des biens, ce qui rend une existence autonome possible.

Bien souvent en Afrique, et cela se retrouve dans un grand nombre de textes, le mariage et la naissance d'enfants sont reliés à un 'échange de dons'. En payant la dot, le clan du mari se procure la force de travail de la femme et les droits sur sa descendance. Cependant, il me semble important de ne pas étudier les conséquences de l'infertilité avec une optique rationnelle et 'économique' tel que le font certains auteurs. L'aspect émotionnel au sein du lien parent-enfant, mais aussi entre les époux, fait que l'infertilité n'a pas seulement des répercussions au niveau sociétal, mais bien aussi au niveau individuel (Dyer 2007, Mbiti).

L'importance de l'enfant étant ainsi clairement démontrée, il nous reste à étudier les diverses stratégies culturelles et individuelles qui sont entreprises au sein de la communauté Luo. Ces stratégies sont dépendantes de divers facteurs que je voudrais faire surgir et analyser dans les chapitres suivants qui constituent le cœur de ce mémoire.

## **5. Ce que les parcours thérapeutiques nous dévoilent sur le vécu de l'infertilité**

«La maladie, et les moyens que les hommes mettent en œuvre pour l'interpréter, la combattre et la prévenir, font en effet intervenir un ensemble de représentations et de pratiques bien au-delà des seuls référents médicaux (entendu au sens large): en cela, ils constituent un révélateur privilégié du social. Privilégié, car la maladie, parce qu'elle fait entrevoir la mort, a dans toutes les sociétés une triple inscription: physique, à travers la souffrance et la dégradation de l'individu; culturelle, dans les interprétations et les thérapeutiques qu'elle rend nécessaires; morale, par la lutte que s'y livrent le bien et le mal.»  
(Fassin 1992, p. 22)

La maladie, bien que phénomène biologique, est indubitablement aussi un fait social. Ce chapitre a pour but de dévoiler les aspects sociaux reliés à la maladie et surtout à l'infertilité, en présentant les divers parcours thérapeutiques suivis par mes répondants. Comme évoqué en introduction, j'utilise le concept de 'parcours thérapeutique' en suivant Fassin (1992). Ce concept sert à restituer à la maladie, et dans mon cas à l'infertilité, sa dimension temporelle et complexe dans le sens où les individus ont des recours successifs à différents systèmes médicaux. "If one does not work, one will go to the second choice" (Entrevue 1.1.1, p.6).

On peut ainsi également donner à ce comportement sa signification en tant que quête; les étapes successives, et parfois simultanées, permettant d'accéder idéalement à la guérison. Il faut également prendre en compte, que

«(l) le cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît donc comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place de l'individu dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil de voisin), qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte ».  
(Fassin 1992, p.118)

Dans un premier temps, j'aimerais savoir quand, comment et à quelle fin, outre la guérison, l'individu a recours aux diverses options médicales, ceci afin d'ultérieurement mieux comprendre le vécu de l'infertilité. Quels rôles jouent les pratiques traditionnelles et la biomédecine dans le parcours thérapeutique? Sachant que ces options peuvent être abordées de manière alternée ou même simultanée, quelles influences ont l'âge, le statut social de l'individu, ainsi que le discours biomédical et le syncrétisme culturel dans lequel évolue l'individu? L'étude des différentes options et les conditions qui s'y rattachent m'aideront à connaître leur 'valeur', leur place dans l'itinéraire thérapeutique ainsi que les espérances qui y sont reliées. D'autre part, les réalités économiques et sociales (rapport de genre, statut social,...) qui influencent le choix de traitements vers lesquels se tourneront les individus devront également être impérativement prises en compte

Dans un deuxième temps, il s'agira d'analyser mes données sur l'infertilité. Comment est-elle perçue? Comment est-elle vécue? Quelles sont les spécificités qui s'y rattachent? Comment est-elle prise en charge par les individus et la société? Nous allons voir que l'infertilité prend pour les Luo une place spécifique dans la représentation de la maladie et du corps, ainsi que dans le parcours thérapeutique.

### **5.1. Les parcours thérapeutiques en cas de maladies**

Une première partie de ma grille d'entrevue porte sur les soins recherchés en cas de problèmes médicaux. Un des résultats qui se dégage lors de mon analyse, est qu'une première étape du parcours thérapeutique semble toujours être une automédication, rendue possible par un bassin de connaissances médicales transmises de génération en génération à l'intérieur d'une famille.

« (...) une grande partie des soins - 70 à 90 % d'après A. Kleinman (1978) - sont donnés dans le secteur populaire – popular arena – c'est-à-dire à l'intérieur du réseau familial et social, sans recours au guérisseur, au marabout ou au dispensaire. La fréquente présence de « vieux » et de « vieilles » dans les familles citadines et la détention de savoirs par beaucoup d'hommes et de femmes qui « s'intéressent à la tradition » font que l'événement produit par la maladie amène l'entourage du malade à se manifester sous forme de conseils et de soins (...). »  
(Fassin 1992, p.82)

Traditionnellement, chez les Luo, c'étaient les grands-mères qui transmettaient leurs savoirs à leurs petites-filles, et à un degré moindre, à leurs petits-fils. De nos jours, la cohabitation de ces deux générations n'est plus toujours le cas (surtout en milieu urbain) et il semble qu'un certain nombre de connaissances se perdent rapidement. Mes informateurs m'ont cependant tous dit qu'ils sauraient quelles plantes ou mixtures préparer en cas de mal de tête, ou de maux de ventre par exemple<sup>40</sup>.

Si les connaissances personnelles ne sont pas suffisantes pour remédier aux maux, la plupart des individus ont recours à de soi-disant: « herbalist ». Ces herboristes se retrouvent en ville où ils parcourent les rues en vendant leurs divers produits et bien souvent des grigris et porte-bonheur. Néanmoins, ceux dont la renommée est plus importante (ils sont parfois connus à travers la région et même au-delà de la frontière, en Tanzanie) se retrouvent très souvent à la campagne ou à la périphérie

---

<sup>40</sup> Pour l'auto-médication et les savoirs 'populaires' chez les Luo, voir entre autres :

**Good, Charles M., and V. Kimani**

1980 Urban Traditional Medicine: A Nairobi Case Study. *East African Medical Journal* 57: 301 - 316.

**Geissler, P. Wenzel**

1999 Learning to Heal: Women, children and medicine among the Luo of Western Kenya [Cambridge]

**Geissler, P. Wenzel, Stephen A. Harris, Ruth J. Prince, Anja Olsen, R. Achieng Odhiambo, Helen Oketch-Rabah, Philister A. Madiaga, Anne Andersen, and Per Molgaard**

2002 Medicinal plants used by Luo mothers and children in Bondo district, Kenya. *Journal of Ethnopharmacology* 83: 39-54.

**Geissler, P. Wenzel, and Ruth J. Prince**

2004 Shared lives: Exploring practices of amity between grandmothers and grandchildren in western Kenya. *Africa* 74: 95 - 120.

de la ville; la proximité avec la nature et les ressources naturelles étant primordiales pour leur travail.

Les herboristes sont classés dans différentes catégories selon leurs aptitudes. Certains ne guérissent qu'à l'aide de plantes, de breuvages et d'onctions. D'autres disent avoir des facultés surnaturelles. Ils peuvent, dans une certaine mesure, contrer les sorts et les problèmes de hantise, tant que la puissance de la sorcellerie utilisée ne dépasse par leurs propres pouvoirs. D'autres encore sont capables d'infliger eux-mêmes des sorts et ont donc une approche plus agressive. Comme pour les sorciers, ces herboristes, ayant des pouvoirs pouvant causer le mal, ne vantent pas de leurs facultés, et c'est par ouï-dire qu'on les identifie.

La catégorie des sorciers est assez difficile à délimiter. Elle comprend des gens qui normalement se définissent comment 'herboristes' et qui ont recours à un savoir ethnomédical étendu. Ce qui les rend néanmoins spéciaux est leur habilité à traiter et à contrer des maladies causées par des sorts. Ainsi, la 'sorcière' que j'ai rencontrée s'est définie comme 'herboriste' quand je lui ai demandé de me décrire son travail. Mon accompagnateur la connaissait néanmoins en tant que 'sorcière'; sa belle-mère avait été la consulter à la suite d'un cancer. Lors de cette visite, le cancer fut diagnostiqué comme résultant d'un sort.

Toutefois, elle me répond comme prévu par un non lorsque je cherche à savoir si elle est également capable de jeter des sorts. Les ouï-dire des personnes qui la connaissent (et elle est connue à travers la région) disent en revanche qu'elle utilise parfois ses pouvoirs à des fins agressives.

La place qu'occupent les sorciers est très ambivalente dans la société Luo. Connotés de manière négative, accusés d'être des menteurs et des arnaqueurs, mais aussi d'une certaine manière respectés et craints pour leurs 'pouvoirs', ils sont traités de manière très circonspecte. Comme Favret-Saada en témoigne dans son étude sur la sorcellerie dans le Bocage (1977), les personnes touchées par un mal incompréhensible se réfèrent parfois à un sort jeté pour lui donner un sens. Par contre, on ne trouve que rarement des personnes qui avouent avoir pratiqué la sorcellerie ou qui auraient demandé à une tierce personne de le faire.

Je pense par conséquent que la sorcellerie peut servir de régulateur social dans le sens où le danger de se faire jeter un sort ou de se faire accuser de provocateur de sorts évite les conflits ouverts. Cependant, les sorciers, ou ceux que la société définit comme tels sont en grave danger quand leur communauté se rebelle, tel qu'en témoignent de récents événements : dans la nuit du 27 mai 2008, dix personnes furent brûlées vives dans une petite ville au nord-ouest de Nairobi pour cause de sorcellerie.<sup>41</sup>

Les sorciers sont présentés comme pouvant guérir des problèmes tels que l'épilepsie, la folie, le Sida (considéré par certains comme 'chirà<sup>42</sup>') et des sorts de nature multiple. Comme souligné dans le chapitre sur la culture Luo, ces sorts sont souvent en lien direct avec la sexualité et la reproduction, notamment l'infertilité. J'y reviendrai donc quand je me pencherai plus profondément sur cet aspect. La plupart des personnes plus âgées reconnaissent la présence de la sorcellerie et de sorciers tandis que les plus jeunes de mes répondants me disaient d'abord ne pas croire en 'des choses comme cela'. Cette première réaction fut, je pense, fortement influencée par mon statut de 'chercheur occidental qui 'ne croirait jamais en la sorcellerie'. Cependant, au fur et à mesure que l'entrevue avançait, nombre d'entre eux finissaient par me relater l'histoire d'un membre de leur famille ou d'une connaissance qui fut atteinte de sorcellerie. Cette ambivalence dans le système de croyances est pour moi représentative du syncrétisme culturel dans lequel les Luo évoluent de nos jours.

*Do you believe they have those powers?*

"Personally I have not seen, but...me, I have some people ... they have convinced me that they do have them."

(Entrevue 1.1.2, p.16)

<sup>41</sup> Voir entre autres :

<http://www.cyberpresse.ca/article/20080521/CPMONDE/80521126/1034/CPMONDE>

<sup>42</sup> Terme qui désigne une dévalorisation croissante de l'état de santé d'un individu, d'une famille ou même d'un clan **Ocholla-Ayayo, Andre B. C.**

1976 *Traditional ideology and ethics among the southern Luo / Uppsala: The Scandinavian Institute of African Studies*; ou qui indique qu'un sort provoque cette dévalorisation.

En cas de maladie, certains Luo se tournent également vers des 'églises de prières'. Les églises 'Roho' et 'Ledjo Maria' sont issues d'un mouvement charismatique durant la période coloniale dans la région du Nyanza<sup>43</sup>. Les adhérents se définissent souvent au travers d'une tenue spécifique. Les prêtres portent des robes amples de couleur vive telle que le mauve et le rouge, tandis que les femmes portent le voile et les hommes un chapeau sur lequel est cousue une grande croix rouge. Certains abordent de grands pendentifs en croix. La majorité des adhérents vivent en communauté polygame autour d'un prêtre dirigeant. Le statut de ces adhérents est controversé car il est dit que ce sont souvent des personnes ayant commis une faute grave qui se retrouvent dans ces communautés en recherche de pardon. Un individu peut se tourner vers ces adhérents et leur demander de prier pour lui. Je n'ai pas fait de recherche exhaustive dans ce domaine, mais j'imagine que ces 'services' sont offerts en contrepartie d'une certaine somme monétaire.

Finalement, il existe encore l'option de se tourner vers les divers centres de santé, cliniques et hôpitaux. "But the hospital is always the best option. When you have tried all you go to the hospital" (Entrevue 1.1.2, p.17). Cet énoncé reproduit très bien la place qui est attribuée à la médecine occidentale par les jeunes ou les personnes travaillant dans le milieu de la santé (biomédicale). Toutefois, l'hôpital est, pour la majorité de la population, encore toujours considéré comme une des ressources ultimes. Ce n'est que si toutes les autres méthodes n'ont pas porté leurs fruits que les individus prendront en considération la médecine occidentale; les raisons étant entre autres les coûts élevés et la difficulté d'accès aux services biomédicaux. La relation ambivalente entre soignant-soigné joue également un rôle et j'y reviendrai plus tard.

Il est également intéressant de noter que les soins biomédicaux sont considérés comme une solution à certains problèmes tels que les fractures ou la malaria,

---

<sup>43</sup> Voir entre autres :

**Hoehler- Fatton, Cynthia**

1996 *Women of Fire and Spirit: History, Faith, and Gender in Roho Religion in Western Kenya*.  
Oxford: Oxford University Press

tandis que d'autres problèmes peuvent être mieux soignés à l'aide de la médecine traditionnelle.

Les précédents paragraphes pourraient donner l'impression que les divers parcours thérapeutiques s'organisent objectivement les uns après les autres.

Cependant,

« (l)orsque, à la suite des premiers soins, la maladie persiste, qu'elle s'aggrave ou non, l'éventail des comportements s'ouvre de telle façon que la possibilité de systématiser des itinéraires devient tout à fait illusoire. »

(Benoist 1996, p.8-9)

Un grand nombre d'influences et d'aspects façonnent dès lors le parcours thérapeutique d'une personne. Comme le mentionnent Fassin (1992) et Benoist (1996), l'influence de l'entourage, l'âge et le statut de l'individu dans la société, la situation financière et la représentation de la maladie d'après un système emic, sont tous des facteurs qui influencent l'usage simultané de soins apparemment contradictoires. De plus, et là, je rejoins l'approche phénoménologique, le parcours thérapeutique est également influencé par la situation momentanée dans laquelle la décision est prise. Ainsi, le parcours thérapeutique sera différent suivant la situation dans laquelle l'individu se trouve au moment où surgit le problème. Le verbatim suivant exemplifie bien cette réalité.

*Do you consider also going home and ask for any herbal medicine? Or seeing a herbalist?*

"Hmmm, there was a time I tried some. I was pregnant, and then there was something, some pains. On the left side of the abdomen. And then some ladies told me to go to a certain 'Mama'; that she would give me some medicine to drink. And then I went and nothing happened. I gave up and I didn't tell my husband because I knew he would quarrel. Yeah, he doesn't know I went."

(...)

“Like my husband got an accident and he was put for a ...what is this called?”

*A cask, yeah...*

“And then he removed it and went to a herbalist, then he was massaging with those herbal and then it healed faster. (...)

So when he went to the hospital, the man really quarreled, the doctor, why he removed. But the... it was progressing very well, yeah...So it took a shorter time to heal.”

(Entrevue 1.2.6, p. 8)

Il est intéressant de noter que même si le mari de l’informatrice est opposé au recours à des méthodes médicales plus traditionnelles dans le cas de son épouse, il y a lui-même recours dans une autre situation.

Ayant donné un aperçu général des parcours thérapeutiques reliés aux problèmes de santé, j’aimerais dès à présent me tourner vers l’infertilité, son interprétation, ses causes, et la recherche de solutions qu’elle engendre.

## **5.2 Les causes de l’infertilité**

À ma question: « *qu’est-ce qui peut causer l’infertilité?* », une jeune femme me répond :

“Infertility can be inherited, caused by infections, a curse.

A man can also be affected, but normally it is the woman who is infertile”.

(Entrevue 1.1.4, p.3)

Comme la plupart de mes répondants, cette jeune femme évoque, et fait la différence entre, les causes biomédicales et les sorts. J’ai recueilli plusieurs discours apparemment contradictoires ou la personne évoque au départ des causes biomédicales tout en faisant par la suite également référence aux sorts, aux mauvais esprits ou encore à la transgression d’un tabou dont la conséquence est également un sort.

Ces réponses sont pour moi représentatives de l'amalgame culturel dans lequel évoluent les individus. De plus, elles soulignent que le modèle explicatif entourant la maladie ou l'infertilité se construit en fonction de la situation sociale et l'âge de l'individu.

Le sort, provoqué par l'homme (et par extension l'esprit d'un défunt), est souvent évoqué comme une des causes clés agissant sur la santé physique et mentale de l'individu.

“But mostly the cause is that you’ve been cursed. By maybe your in-laws...or people who are against you”.

*People who are against you?*

“They can do that to you, they can go to a witch-doctor and....like they “tie” you and you will not get birth...they tie your womb”.

(Entrevue 1.1.2, p.18/19)

*To tie you?*

“Eh ...you can’t deliver, yes. Sometimes you had your periods, then you put your naps, your inner-ware, you clean your inner-ware and you wet and put them outside for dry-out. Then the mother in-law will go slowly, slowly, slowly and pick one of the naps. So she is going to take one of these inner-ware to a witch-craft. So the witch-craft is going to work with this now. You are not going to get any child in this community. It is going to be like that: no child. So the husband will chase you away, because you are not giving any profit to the community.”

(Entrevue 1.2.3, p. 29/30)

Les précédents verbatims évoquent les motifs les plus souvent nommés en liens avec le sort : la jalousie d'une co-épouse, la ‘méchanceté’ d'une belle mère. Toutefois, il faudrait y ajouter le mécontentement d'un esprit. Ces modèles explicatifs de l'infertilité sont en concordance avec ceux évoqués dans la littérature consultée.

Généralement, les tabous présents dans la culture Luo sont reliés à des règles qui définissent les comportements et les conduites sexuelles à avoir envers les autres membres de la communauté. Il n'est donc pas étonnant que la transgression d'un tabou ait souvent des conséquences au niveau de la reproduction et de la santé reproductive. Ces conséquences sont dès lors associées à la notion de "chirá" et donc au sort. Parfois, le SIDA est également associé à la notion de "chirá". La maladie ne constitue alors qu'indirectement un problème biologique. Cette association entre le SIDA et le sort est évidemment problématique pour les organismes qui essaient de combattre la propagation du virus en utilisant des modèles explicatifs biomédicaux.

D'après un schéma d'explication tripartite utilisé entre autres par Bibeau (1979), Fainzang (1986), Fassin (1992) et Vidal (1994), la maladie, et dans mon cas l'infertilité, peut-être causée comme nous l'avons déjà vu, par l'action de 'l'homme' à travers les sorts. L'action peut donc être volontaire à l'exemple de la sorcellerie, de même qu'involontaire lors de l'omission d'un tabou. Les autres causes sont l'action d'une force qu'on pourrait définir comme 'Dieu', et celle des esprits. Par ailleurs, mes répondants citent des causes externes, telles que la maladie et les infections, dont l'apparition est 'inexplicable' et qu'on pourrait pour cette raison définir comme 'Dieu voulu'. Ainsi, certains informateurs me disent en relation avec l'infertilité:

"Barrenness is bearable, though frustrating, since no one has no say as to whether they have children or not. It is all God's will."  
(Entrevue 1.2.2, p.2).

Tombent également dans la catégorie 'Dieu voulu' les diverses maladies vénériennes, telles que la gonorrhée ou la syphilis, et les maladies "Rariú", "Segete" et "Monoria". L'infertilité peut également être due à un défaut biologique dès la naissance ('some are just born like that'), aux comportements de promiscuité et aux interruptions de grossesse mal exécutées, ou encore à la mauvaise utilisation de médicaments. Ainsi, une surconsommation d'herbes

médicinales ou de méthodes contraceptives peut, d'après mes informateurs, rendre infertile. L'idée que l'utilisation, sur une longue période ou selon un mauvais dosage, de méthodes contraceptives telles que l'injection hormonale, la pilule et même le préservatif soit nocive pour la jeune fille est largement répandue.

"Rariú", "Segete" et "Monoria" sont des maladies qui découlent de la nosologie Luo et présentent un amalgame de symptômes biomédicaux. "Rariú" présente les caractéristiques d'une maladie vénérienne, tel que douleurs au bas du ventre et aux organes génitaux, absence de menstruation et incapacité à concevoir. D'après les Luo, elle n'est cependant pas transmissible sexuellement et ne peut être traitée par la médecine occidentale<sup>44</sup>.

"Segete" est une maladie moins facilement catégorisable. Bien qu'elle présente également des douleurs et des saignements abondants reliés aux maladies vénériennes, les Luo l'expliquent parfois par une dislocation de certains organes qui 'bloquent' le bas-ventre ("organs in womb"; "organ that comes in the place of the baby and grows") et rend impossible le port d'un bébé.

"Monoria" est caractérisée par des saignements abondants et l'incapacité de concevoir.

Ce que ma répondante, citée au début, a omis d'évoquer est le fait que l'infertilité pourrait également être causée par un esprit maléfique. L'esprit d'un défunt peut agir sur une personne, une famille ou même tout un clan s'il a été offensé du temps de son vivant, si son avis ou ses recommandations ne furent pas suivis, ou encore si l'on ne lui présente pas le respect dû à un ancêtre après son décès.

---

<sup>44</sup> Voir à ce sujet :

**Luke, Nancy, Ina Warriner, and Susan Cotts Watkins**

2001 'Rariú Doesn't Rhyme with Western Medicine': Lay Beliefs and Illness Networks in Kenya.

In: Carla Makhlouf Obermeyer (ed.), *Cultural Perspectives on Reproductive Health*; pp. 58 - 82.

New York: Oxford University Press

*What can cause infertility?*

Spirits can cause infertility. Like in my case. I always dreamed of Otieno (*le grand-père du mari*). He never talked in the dreams but he scarred me. I knew he was complaining about something. It was him who made me barren.

(Entrevue 3 (1), p.3)

Dans une approche phénoménologique il ne faut néanmoins pas se poser la question 'pourquoi' la sorcellerie et les sorts sont présents, ni qu'est-ce qui les définit. Par contre, il faut chercher à savoir et à comprendre quelle est leur utilité, quel emploi les individus en font, et à quelles fins. Je pense personnellement que la référence à la sorcellerie et aux sorts est une possibilité pour l'individu infertile de se réapproprier et définir un statut social. Cette re-définition du statut social est également exigée par l'entourage, car en même temps qu'une explication à l'infertilité est possible, les individus touchés, tout comme leur entourage, peuvent donner un sens, 'faire sens' à la situation et s'engager dans une quête devant mener à la résorption du problème.

En se disant victime d'un sort ou d'une malédiction divine, et ainsi donner un sens à leur état, les femmes stériles essaient de se ré-approprier un statut social. De plus, la référence à la sorcellerie et aux sorts donne la possibilité à l'individu de se détacher des explications reliées aux maladies vénériennes, qui, étant mises en lien avec la promiscuité, renforcent la stigmatisation et l'ostracisme social.

Bien que ce soit principalement les femmes qui sont identifiées comme infertiles au sein du couple, la plupart de mes répondants (hommes comme femmes) savent que l'homme aussi peut être infertile.

Comme dans la majorité des sociétés, la fertilité est erronément associée à la virilité et à la puissance physique de l'homme. La première phrase du verbatim ci-dessus en témoigne. Par conséquent, l'homme n'est défini comme infertile que s'il est impuissant sexuellement. La biomédecine nous apprend cependant qu'un homme peut être infertile même s'il n'expérimente pas de dysfonctionnement érectile.

Pour recueillir des informations complémentaires sur les causes biomédicales de l'infertilité telle qu'elle se présente dans la région géographique de l'Afrique de l'Est, j'ai rencontré deux gynécologues, propriétaires de cliniques privées. Tous deux soulignaient la forte prévalence d'infections intra-utérines et de l'infertilité secondaire<sup>45</sup>, ce qui est en accord avec les informations retrouvées dans la littérature consultée.

Un des gynécologues m'a dit que les hommes acceptaient normalement de passer un test de fertilité. Cet énoncé m'a surpris, car la littérature souligne majoritairement une non-conformité de l'homme aux investigations médicales. En revanche, l'autre médecin, propriétaire de la clinique 'moins chère', me disait qu'il ne pouvait examiner ou tester le mari de sa patiente qu'une fois sur quatre. Je déduis des deux informations complémentaires que ce sont les couples qui ont un certain niveau d'éducation et les moyens monétaires qui procèdent à des tests de fertilité pour les deux individus. L'éducation peut ainsi influencer la vision de l'infertilité en tant que problème biologique. La bonne situation financière est également un bouclier assez important contre la discrimination sociale et la médisance. Les coûts élevés, reliés à la consultation en clinique privée, font en sorte que c'est bien souvent le dernier recours pour les plus démunis. Un grand nombre de mes répondantes infertiles n'avaient même pas eu recours à un médecin en raison du manque de fonds. L'une d'entre elles évoquait également qu'elle n'avait pas de douleurs et donc qu'il devenait doublement 'inutile' d'aller voir le médecin (Entrevue 3 (5), p.1).

Par ailleurs, l'homme est considéré dans la culture Luo comme la figure de proue de la famille et de la société et le diagnostic de l'infertilité a pour cela des conséquences graves sur son influence et son statut social. Pour cette raison, la société tend à inculper 'la faute' à la femme qui déjà à un statut social moindre. Encore une fois, le manque d'information, la pression sociale et les

---

<sup>45</sup> Comme noté en introduction, les causes majeures de l'infertilité secondaire sont les infections sexuellement transmises, telles la gonorrhée et la chlamydia, ou bien encore des infections qui surgissent durant ou après un avortement, ainsi qu'après la naissance d'un enfant.

représentations des rôles sociaux, ainsi que les difficultés économiques font en sorte que ce sont majoritairement les femmes qui sont définies comme infertiles et que le recours aux soins biomédicaux est relativement rare.

### **5.3. Les stratégies culturelles face à l'infertilité:**

“Some women will go to a herbalist, to a witch-doctor and hospital to check, find a remedy. There is no fix itinerary, depends on the person.”

(Entrevue 1.1.1, p. 9)

Ce témoignage souligne que les parcours thérapeutiques sont différents dépendamment de l'individu et de la circonstance dans laquelle on y fait recours. Ce sont autant l'âge, le statut social, la force économique, le niveau d'éducation, la profession, la famille, l'entourage, et finalement le moment où surgit l'infertilité qui influencent le parcours thérapeutique. Il est impératif de garder en tête que l'individu et son entourage a recours à diverses stratégies de manière simultanée. Comme évoqué précédemment, aucune règle ni 'façon de faire' générale ne peut-être observée.

En fin de compte, mon intérêt n'est pas de savoir pourquoi cette multiplicité des 'façons de faire' existe, mais quel est le sens qui se cache derrière les différents parcours? Comment le choix est-il fait et dans quel but la démarche est entreprise? Il est évident que le but ultime est de trouver une solution à l'infertilité. Néanmoins, la recouverte de la fertilité est toujours liée à la réhabilitation du statut et à la satisfaction de l'entourage.

Comme je l'ai démontré, la recherche de solutions est souvent amorcée au sein du réseau familial. Les premiers remèdes ressortent du savoir communautaire et sont composés de breuvages et d'onctions. Les plans d'action subséquents dépendent fortement de l'âge; les diverses possibilités et leur importance ayant changé avec les générations.

Pour les classes d'âge plus élevé, c'est l'herboriste qui est souvent l'acteur principal. Celui-ci est en mesure de reconnaître la cause de l'infertilité et s'aidera de breuvages et d'onctions pour la combattre. Si l'herboriste a également des pouvoirs surnaturels, il saura combattre certains mauvais sorts ou mauvais esprits. Si le traitement nécessaire dépasse néanmoins ses connaissances et ses pouvoirs, l'herboriste dirigera l'individu vers un autre guérisseur, celui-ci pouvant alors être par exemple un sorcier. Le diagnostic d'un sort (chirá), causé par un esprit ou une personne mal intentionnée, est assez fréquent et il faut un certain pouvoir pour le contrer. Le sorcier a donc également une importante place dans le parcours thérapeutique.

Il n'est pas rare que l'individu se tourne vers la sage-femme traditionnelle. Travaillant dans le domaine de la santé reproductrice, elle dispose aussi souvent des pouvoirs supra-naturels dont elle se sert pour remédier aux maux. La sage-femme traditionnelle peut, à l'aide de traitements, rendre la femme plus réceptive et l'homme plus viril, contrer le mauvais œil, certains sorts, parfois 'dénouer' le ventre de la femme, ainsi que soigner les maladies en relation avec la santé reproductive. Ces sages-femmes sont d'habitude très appréciées et beaucoup consultées. De ce que j'ai pu observer, elles ont une approche beaucoup plus personnelle avec le requérant de soins, celui-ci restant habituellement chez elle pour quelques jours ou jusqu'à son rétablissement. Les individus, qui se présentent avec des maladies vénériennes ou des problèmes de santé reproductive, rencontrent parfois un abus verbal et psychologique dans les centres de soins biomédicaux en raison du lien fait entre ces problèmes et la promiscuité. La sage-femme traditionnelle, bien que pouvant elle aussi être très rude, prend plutôt une place de 'mère' dans la relation. Un grand nombre de femmes, souvent enceintes, préfèrent consulter des sages-femmes traditionnelles.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Il faut prendre en considération, que je parle ici de la population d'un petit centre urbain où le niveau d'éducation n'est pas très élevé et où les ressources économiques sont restreintes.

Les plus nantis et éduqués peuvent consulter un gynécologue à l'hôpital ou dans une clinique privée. Cette option est néanmoins reliée comme nous l'avons vu, à des coûts sensiblement plus élevés. De plus, la coopération du mari pour payer les frais, ou bien encore accepter de faire une analyse de sperme n'est pas toujours garantie. D'autre part, ce ne sont que les tests de base, tels que l'analyse de sperme et la laparoscopie<sup>47</sup>, qui sont offerts dans une petite ville comme Homa Bay. Les nouvelles techniques de reproduction, telles que l'insémination artificielle, les traitements d'hormones et la fertilisation in vitro ne sont offerts que dans les villes majeures et à des prix très élevés. Ainsi, la procédure de la fertilisation in vitro coûte environ 4 300 \$ US, alors que le revenu annuel par personne est évalué à environ 360\$ US au Kenya. Ces solutions ne sont donc accessibles qu'à une minorité de la population kenyane (Horsey 2006; Inhorn 2001; Inhorn 2002; Inhorn 2003; Pilcher 2006; van Balen and Gerrits 2001).

Certains de mes répondants évoquent également la possibilité d'avoir recours à la prière, entre autres à l'aide des églises 'Roho' et 'Ledjo Maria' mentionnées plus haut ; les prières des adeptes étant alors spécifiquement orientées vers le don de fertilité accordé par Dieu. Je n'ai cependant personnellement pas rencontré de femmes infertiles ayant eu recours à ces églises, mais la foi et le recours à la prière sont assez importants, surtout pour les femmes qui n'ont pas de ressources monétaires ou qui ont déjà vécu divers échecs dans leur quête.

Finalement, c'est la polygamie qui semble être la solution 'privilégiée', du moins pour l'homme, quand l'infertilité ne peut pas être résolue et que la situation économique le permet. Le plus souvent, c'est une sœur de la femme infertile, ou une proche parente, qui vient en tant que co-épouse. Étant de même 'sang', les enfants de la co-épouse seront d'une certaine manière aussi ceux de la femme infertile. Bien souvent, la femme infertile peut elle-même choisir qui elle désire avoir comme co-épouse parmi ses parentes, ce qui facilite fortement la cohabitation. La femme infertile peut dans une telle situation également avoir une

---

<sup>47</sup> Examen endoscopique permettant de visualiser la cavité abdominale

certain influence sur sa co-épouse, ce qui lui garantit une préservation, du moins partielle, de sa place au sein de la famille. Le choix d'une parente est également privilégié du fait que le mari ne doit plus payer de dot pour sa deuxième épouse. La première n'ayant pas eu d'enfant, la famille du mari considère qu'une autre femme lui revient de droit en échange de la dot payée pour la première.

Cependant, le mari peut décider, où être fortement incité par sa famille, à épouser une autre femme qui n'est pas consanguine avec sa première femme. Il devra alors payer une nouvelle dot. Bien que la cohabitation puisse être sans problème, il est probable qu'une telle situation fasse surgir plus de conflits d'intérêts. Outre les conflits entre co-épouses, il se peut que la famille du mari abuse verbalement la femme infertile, entre autres en la traitant de sorcière. Ces abus peuvent même être de nature physique dans le sens où la femme infertile recevra moins de denrées et d'objets matériels. Par conséquent, la femme infertile sera parfois contrainte et forcée de quitter son mari pour retourner vivre dans sa famille.

Cependant, il est fort improbable que seule l'infertilité soit la cause de ce rejet. D'autres causes plus personnelles, telles les conflits interpersonnels, doivent également être prises en considération.

Quelques-uns de mes répondants, qui sont plus âgés, ont également mentionné une coutume de polygamie qui semble se perdre de plus en plus. Le mariage entre deux femmes fut déjà relaté chez les Nuer (Krige 1974), et les Luo le pratiquaient également par le passé dans les cas d'infertilité. De nos jours, le recours à cette pratique semble très rare. Toutefois, une de mes répondantes m'explique que sa voisine, Emily, a épousé Nancy quand elle s'était résignée face à l'infertilité. Nancy a subséquentement eu un enfant avec le frère d'Emily et celui-ci fut alors considéré comme l'enfant d'Emily<sup>48</sup>. Chez les Nuer c'était habituellement un 'étranger' et 'passant' qui était choisi comme géniteur. Dans le cas d'Emily, le choix du frère souligne l'importance de la consanguinité. Il semble d'ailleurs plus

---

<sup>48</sup> Hélas, je n'ai eu ces informations qu'à la fin de mon séjour et je n'ai pas eu la possibilité de parler avec Emily.

'logique' qu'Emily choisisse de transmettre du moins une partie de ses gènes à travers son frère.

Il ne me semble pas étonnant de retrouver encore aujourd'hui, en ce début du XXI<sup>e</sup> siècle de telles pratiques. Ainsi, le recours à un consanguin pour la procréation est chose courante dans le domaine de la reproduction assistée.

Fortement influencés par le féminisme et la religion judéo-chrétienne, les Occidentaux ont tendance à critiquer et à rejeter la polygamie; celle-ci étant vue comme un moyen de subvertir la femme. Mon terrain m'a appris à relativiser cette position à laquelle j'adhérais également. Comme Margareth Turshen (1991a), je pense aujourd'hui que la polygynie encourage et autorise un second mariage, ce qui peut avoir comme conséquence positive la préservation du premier mariage et le maintien, du moins partiel, du statut de la femme infertile<sup>49</sup>. La prise en charge économique est également encore garantie, ce qui n'est pas nécessairement le cas si la femme infertile devait retourner chez ses parents. Ces femmes là, peuvent se retrouver dans une situation économique très précaire.

Comme Ocholla (1976), certains de mes répondants évoquent la possibilité pour la femme d'avoir des relations sexuelles extra-conjugales dans le but de concevoir. Cette stratégie est utilisée quand l'on soupçonne l'homme d'être infertile. En conséquence, le frère, ou encore un autre proche, est sollicité pour concevoir un enfant avec la femme du couple concerné. Cette stratégie doit néanmoins être entreprise dans le plus grand secret, parfois même à l'insu du mari, car si le fait devait être public la femme subirait les conséquences liées à l'infidélité. Nous retrouvons ici la 'culture de silence' que Dyer et ses collaborateurs mentionnent dans leur étude (Dyer, Abrahams, Hoffman, and van de Spuy 2002) et qui entoure bien souvent l'infertilité et la sexualité en général.

---

<sup>49</sup> Les hommes voulant parfois aussi avoir une descendance nombreuse, la polygynie réduit le nombre d'enfants que chaque femme portera.

Une autre option, que d'autres sociétés favorisent, pour minimiser l'impact de l'infertilité, est l'adoption ou plutôt la prise en charge d'un enfant d'un proche. Cependant, l'adoption d'un enfant d'un orphelinat avec lequel il n'y a pas de lien sanguin est de nos jours encore très rare chez les Luo. Bien que les individus évoluent au sein d'un système de famille élargie, l'importance du lien familial et donc sanguin est primordiale pour qu'un individu ait droit au titre de 'mère' ou de 'père'. De même, un enfant qui n'a pas de liens sanguins avec ses 'parents' n'aura jamais les mêmes droits, la même place, que les autres enfants, nés dans la famille.

A husband would not accept an adopted baby the same way as if it was his (as in biological) child. It is not your blood.  
(Entrevue 3 (2), p.2)

“Due to education some do understand and accept to keep you or marry you even if you are barren. Or they can allow you to adopt a child.  
This child preferably comes from a relative, but you can nowadays also 'buy' a child from an orphanage.”  
(Entrevue 1.1.3, p.5)

Malheureusement, les coûts associés à l'adoption sont d'une part une barrière pour la majorité de couples, et d'autre part, caractérisent l'adoption de manière négative. La définition 'd'achat d'enfant' en est la meilleure preuve.

Une solution extrême à l'infertilité est la répudiation, et de nos jours le divorce, de la femme infertile. Cette 'solution' est principalement évoquée par les jeunes tandis que les plus âgés m'informent que la répudiation et le divorce n'étaient pas une coutume courante auparavant.

“Nowadays there are some cases like that. We tend to then call them (the infertile women) 'men' since they have to do all the chores, even those that men normally do, to survive. But traditionally a barren woman would not be sent back.”  
(Entrevue 1.3.4, p.3)

D'ordinaire, une femme infertile restait dans la famille de son mari et avait les mêmes droits que les autres femmes. La plupart des répondants soulignent néanmoins l'ostracisme social qui frappe souvent la femme infertile. Elle a fréquemment un statut social moindre, même si elle reste auprès de son mari. Il est clair qu'à ce moment-là, elle devra dans la plupart des cas accepter une co-épouse.

La femme infertile peut être répudiée pour plusieurs raisons:

“Because he (le mari) is thinking that you are useless in their community. So you are not helping the community at all. So you go back home to your family....”  
(Entrevue 1.2.3, p.26)

The idea being then that the wife is not benefiting to the husband or his family. “Why should you eat my food ?”  
(Entrevue IV.2, p. 2)

La femme peut également quitter son mari, à la suite d'abus verbaux et physiques de la part de sa belle-famille ou parce qu'elle n'accepte pas une co-épouse.

De retour chez ses parents, ceux-ci peuvent de nos jours lui léguer un peu de terre pour qu'elle la cultive. Ceci n'était pas le cas auparavant et la répudiation avait donc un impact considérable sur la survie économique de la femme. Sa famille essayait pour cette raison de la remarier. La communauté étant cependant au courant de son 'handicap', elle était souvent remariée à un homme plus âgé ayant déjà une ou plusieurs femmes et des enfants.

Ce que j'ai pu constater, et Fassin (1992) le souligne également, c'est que la cause et l'origine du mal sont le plus souvent extériorisées par l'individu et la société. En Occident par contre, l'origine d'un mal est souvent intériorisée; un bon exemple étant la dépression ou encore la mauvaise hygiène de vie qui mène à l'apparition de maladies. L'extériorisation de la cause de la maladie rend possible la reprise d'un certain contrôle, essentiel à la femme pour essayer de sauvegarder son statut social.

Mis à part les aspects économiques, biologiques et sociaux qui entourent la parenté, j'aimerais émettre l'hypothèse que la femme doit également "paraître" enceinte, en abordant un gros ventre, pour contrer le stigmate de l'infertilité qui se définit par un manque de symptômes physiques visibles. Un peu paradoxalement, c'est la fertilité qui se manifeste, semblablement à une maladie, par des signes extérieurs tels que le gros ventre, les nausées et un certain handicap physique.

L'infertilité n'est par conséquent pas vue comme une maladie par les Luo et j'en reviendrai sur cette observation principale vers la fin de ce chapitre. Il est néanmoins intéressant de noter que cette réalité s'applique à d'autres problématiques médicales, telles que le VIH ou toute maladie présente dans le corps d'un individu de manière latente, et qu'elle souligne la fluidité des frontières entre le normal et l'anormal, le sain et le malsain, le pathologique et la santé.

Le vocabulaire utilisé pour parler de l'infertilité<sup>50</sup>, souligne la connotation négative reliée à ce sujet comme mentionnée auparavant, l'infertilité a souvent comme conséquence la perte de statut social. Toutes les femmes infertiles que j'ai pu interviewer avaient d'ailleurs le même discours. Elles étaient vues, et se voyaient elles-mêmes, comme des individus qui ne remplissaient pas leurs obligations sociales et ne correspondaient pas aux attentes reliées à leur genre. Ces femmes infertiles, ainsi que mes autres répondants, me faisaient part de moqueries, railleries et autres violences verbales, et dans certains cas mêmes de mauvais traitements infligés à la femme infertile.

“You will not be treated like somebody (...). It's like they will be lowering you because when you (and others) are going to meet, even if you are learned, you are a professional but you don't have a child...when you start telling people about some other good news (...) somebody might even arise and then tell you abusively: ‘You talk, you are really learned. But now that you are learned, why don't you just try and have a child of your own?’”

(Entrevue 2.1.1, p. 27)

---

<sup>50</sup> Mes informateurs utilisent beaucoup les mots 'bad' et 'problem'

“The infertile individual is discriminated by others, he has no rights. Even his wealth can be taken away since there is no child to claim it.”

(Entrevue 2.2.2, p.3)

“If you have no children you are not considered an adult!

(Entrevue 1.1.1, p. 9)

“You will be mocked; the one without children will be mocked

(...) by in-laws and society.”

(Entrevue 1.1.2, p. 8)

“Like in our culture; if you don’t have a child, you are not respected in that community.”

(Entrevue 1.2.3, p.13)

“When you talk and even if you have a very good voice, they tend to shut you down: ‘This ain’t no man’”

(Entrevue 2.1.3, p. 21)

Cette perte de statut social est soulignée au quotidien par l’absence d’appellation pour l’individu infertile. Normalement, une mère est appelée ‘mère de X’ après la naissance de son premier enfant. "Having children make’s you have good names, it brings respect." (Entrevue 3 (7), p.3)

N’ayant pas d’enfant, la femme infertile portera toujours son nom propre et sera ainsi clairement identifiée comme sans descendance. Ce manque d’appellation, qui coïncide avec le manque de signes extérieurs révélateurs d’une grossesse, souligne que la femme n’a pas accédé au statut de parent et donc d’adulte. De ce fait, elle n’est pas considérée comme une adulte à part entière et ‘perd’ son statut dans la continuité de lignage. Ce ‘manque’ de statut est alors vécu comme un déshonneur par sa famille, mais surtout par la personne elle-même. Le verbatim suivant, et l’histoire de Sarah présentée à la fin de ce chapitre soulignent très bien cette réalité.

“The children call you with your name. Like here, people call me ‘Mama Lucy’, because I am a mother to somebody. So....just imagine an old woman being called with her name!

Very disrespectful!”

(Entrevue 1.2.6, p. 12)

Dans certaines entrevues toutefois, la discrimination sociale n'est pas énoncée. Certains répondants disent qu'une femme infertile a le droit d'être traitée avec le même respect que toute autre. Ainsi, un répondant évoquait qu'il existait un danger de se faire jeter un sort par la femme infertile; de ce fait, il était dans son propre intérêt de la traiter avec respect. Encore une fois, la réalité du sort se présente comme un régulateur social.

Dans ce chapitre j'espère avoir pu démontré comment la maladie, mais surtout l'infertilité, s'articule et est vécue dans la société.

J'aimerais en dernier lieu souligner que je ne cite jamais l'infertilité comme étant une maladie et cela en raison d'une des mes conclusions principales. À l'aide d'un groupe de questions: 'what can cause sickness', 'what are the most probable sicknesses you could have' et 'what are the most serious ones', j'ai essayé d'évaluer quelle était la représentation de la maladie et quelles maladies étaient présentes dans le quotidien de mes répondants. Dans aucune de mes entrevues, l'infertilité ne fut citée à ce moment-là. Mes répondants ne faisaient référence à celle-ci que quand il était question de problèmes sociaux majeurs ou encore de sorts. D'après moi, et certains de mes répondants ont confirmé mon hypothèse quand je leur posais ouvertement la question, l'infertilité n'est pas considérée comme une maladie, mais plutôt comme une réalité donnée. Bien que l'infertilité puisse être reconnue comme étant biologique, l'infertilité en tant qu'état est généralement considérée comme un statut qui résulte d'un sort ou d'une punition divine.<sup>51</sup>

*What about infertility? Is that a sickness?*

"Ah yeah, that one, it's not a sickness. We just believe that maybe,...maybe you have done something wrong, or maybe a family of yours did something wrong so the spirit is following you. And so it's the spirit that has blocked your womb from getting pregnant."

(Entrevue 2.1.1, p.24)

---

<sup>51</sup> Il est intéressant de noter que pour la biomédecine elle-même, l'infertilité est plus considérée comme la conséquence de maladie ou comme un handicap fonctionnel qu'une maladie (Dickey, Taylor, Rye, Lu and Sartor, 2000)

La femme infertile n'est pas malade, car il lui manque les signes physiques qui la dénonceraient comme telle. De ce fait, elle ne peut faire référence au statut liminaire et donc ambivalent qui est d'habitude accordé au malade. De même, le manque de signes physiques et sociaux souligne l'état 'hors normes' de la femme infertile. Il en résulte, comme nous l'avons vu, une perte de statut social importante. Les répercussions sont surtout graves quand on reproche à la femme un comportement hors norme comme la promiscuité ou la sorcellerie.

Néanmoins, le système explicatif de sorts et de punitions divines, dont les raisons sont alors inconnues à l'individu, lui donne la possibilité d'amoindrir les répercussions sociales et la perte de statut. Le parcours thérapeutique a ainsi une double importance. C'est la fertilité qui est recherchée, mais en même temps, la recherche a en elle-même pour but la présentation de l'individu comme étant dans un état 'anormal'. L'acceptation de ce statut par l'entourage permet alors parfois la préservation du moins partielle du statut social.

#### **5. 4. "You don't feel like being somebody if you don't have a child"**

##### **Histoires de vie**

##### **L'histoire d'Achieng**

*Achieng est une dame âgée de 78 ans. Elle relate le fait qu'elle n'a pu enfanter pendant 15 ans. Sont également présentes, lors de la rencontre, sa fille et deux de ses petites-filles.*

*Could you tell me about you? When did you get married, under what circumstances?*

*I got married at the age of 20. My husband's family paid 20 cows as dowry<sup>52</sup>. I was the first wife.*

*I could not give birth and stayed 15 years without children. I first tried several herbal treatments. After these did not succeed, I even went to the hospital and the*

---

<sup>52</sup> Ce nombre est assez élevé. Le fait qu'Achieng est fille de chef en est probablement la raison.

doctor told me that I would need surgery. So I had surgery but I still did not have a pregnancy.

*So what happened next?*

I was sent back home and the dowry was taken back. I then tried to get married again, but nobody would want to take a barren wife.

But eventually I remarried. But even then I would not get pregnant. So I moved from one native doctor to another. I finally even went to Tanzania because somebody told me about a traditional healer there. There I bought some drugs. I then got pregnant and finally gave birth to 10 children!

*Do you know what cause the long infertility?*

The womb was the cause.

*How did you live this experience?*

I had a lot of (emotional) pain and felt like an outcast. This also because we could not figure out the real problem, although there were rumours at my first husband's place that there were bad spirits in the community. Many of the women there did not get pregnant.

*What did your first husband do when you did not get pregnant?*

He married another woman even before we got separated. But even his new wife did not get pregnant.

But I did give the herbs that I got from the healer in Tanzania to a woman in that community and she also got pregnant.

*Who chose to seek the various methods of therapy you went through?*

My father was the chief of our community. He was able to gather a lot of information about people who could help me. He took me to the herbalists.

*And why did you go to the hospital? Who decided to go there?*

It was also my father who brought me to the hospital. We had to try from every place.

*What can cause infertility?*

Spirits can cause infertility. Like it in my case. I always dreamed of Otieno (her husband's grand-father). He never talked in the dreams but he scared me. I knew he was complaining about something. It was him who made me barren.

Then there is 'chirá'. It is related to a transgression of a taboo. That means if you do something that was never done before. Something that you are not supposed to do. For instance in Luo culture, you are not supposed to step into your grand-mothers granary.

*How did your environment, the society react to your barrenness?*

People were talking a lot about me and the fact that I could not give birth. I was abused (verbally) and laughed at.

Bien que l'infertilité m'ait souvent été présentée comme un sujet tabou, le fait que la fille et les petites-filles de mon informatrice étaient présentes lors de l'entrevue fait entrevoir une certaine ouverture. De même, la plupart de mes répondants ne semblaient pas mal à l'aise quand je 'leur faisais violence' en abordant ouvertement le sujet. Même s'il s'agit d'un sujet tabou, qui n'est pas discuté avec tout le monde, l'infertilité est un sujet important et présent au quotidien dans la vie des individus. La sexualité est généralement un sujet qui est discuté entre les individus de même sexe, ce qui a d'une part facilité mon accès au vécu de certaines femmes, d'autre part, je pense que ma position 'neutre', en tant que non-Luo à aidé à 'déliier' les langues'.

L'histoire d'Achieng ne présente que deux personnes ayant un rôle actif, le père et elle-même. L'acteur principal est le père, qui est présenté dès le début comme 'chef'<sup>53</sup>. En utilisant ce que Garfinkel nomme la réflexivité, Achieng souligne sa propre 'valeur', en tant que fille de chef, en indiquant le nombre de vaches payées en dot. Elle accentue également les ressources multiples auxquelles son père avait accès. Le choix des diverses ressources témoigne du fait qu'il fallait tout essayer ; Achieng a même subi une intervention chirurgicale en milieu hospitalier pour trouver une solution à éliminer le stigmate de l'infertilité. Un stigmate d'autant plus important qu'Achieng est fille de chef, ce qui met en jeu la crédibilité de son père, mais aussi sa position en tant que première épouse. Une partie de l'honneur de la famille d'Achieng est rachetée par la restitution de la dot au mari. Ceci ne se fait que rarement, car la famille de la mariée n'est normalement pas capable de rendre les vaches, celles-ci ayant été utilisées entre temps à d'autres fins, par exemple pour payer la dot d'un fils.

---

<sup>53</sup> Le 'chef' a dans la société Luo une position de guide et de conseiller. Il ne peut imposer ses décisions que par son pouvoir d'influence, de persuasion. Sa position est donc accompagnée d'un important statut social et de grand respect.

Le père est la force motrice du parcours thérapeutique tandis que le mari d'Achieng n'est qu'un acteur passif. Elle-même ne se représente jamais comme celle qui recherche activement une solution, sauf pour la dernière étape du parcours thérapeutique. Elle dit que quelqu'un lui avait parlé de l'herboriste en Tanzanie. Elle définit la cause de son infertilité à l'extérieur d'elle-même pour s'adapter aux critères culturels Luo auxquelles elle appartient. Comme 'Agnes', elle fait ce que les autres attendent d'elle.

Le fait qu'elle a finalement donné naissance à 10 enfants confirme son explication et lui restitue sa position sociale. De même, elle souligne que d'autres femmes de la communauté de son premier mari ne pouvaient enfanter. Cependant, celle qui a suivi le même traitement qu'Achieng a finalement pu également avoir un enfant. Preuve ultime que le traitement de l'herboriste est efficace et que son explication du sort qui agit sur la communauté est juste.

### L'histoire de Sarah

*Sarah s'est mariée en 2005, à l'âge de 21 ans, avec un homme qu'elle a connu à l'université. Elle-même est technicienne de laboratoire. Bien que le couple n'a pas recours à des méthodes de contraception, elle n'est pas encore tombée enceinte. Je la rencontre par l'intermédiaire du prêtre de la paroisse catholique, chez qui elle a demandé de l'aide. L'entrevue est assez difficile, car il apparaît clairement que Sarah souffre de sa situation; la douleur étant inscrite physiquement sur son visage, surtout quand la discussion porte sur son mari et son mariage.*

*Bien que sa belle-famille, et surtout sa belle-mère, semble (encore) lui apporter un certain soutien, son mari la met fortement sous pression. Il a également un comportement abusif et offensant envers elle. Il semble qu'il ait des relations extra-conjugales et est déjà à la recherche d'une autre fille à marier.*

*Sarah parle très doucement, de manière hésitante parfois et en faisant de longues pauses. De ce fait, je suis étonnée de l'ouverture d'esprit de ma répondante à certaines de mes questions<sup>54</sup>.*

Sachant que la famille attend la venue d'un bébé rapidement après le mariage, je lui demande en premier lieu comment son mari et sa famille vivent l'absence de grossesse. Elle me répond que son mari se plaint, qu'il passe des nuits absent du domicile conjugal et qu'il a des relations extra-conjugales. Elle relate que son argumentation à lui est que ses amis ont tous des enfants de nos jours. Ce commentaire reflète implicitement l'importance du statut de parents que j'ai précédemment évoquée, ainsi que la pression sociale à avoir des enfants une fois le mariage contracté.

La belle-famille de Sarah semble beaucoup plus compréhensive. Sarah me fait part qu'elle a entre autres une très bonne relation avec sa belle-mère. Celle-ci lui aurait dit que cela prenait souvent un certain temps avant de tomber enceinte. De plus, elle semble avoir souligné le jeune âge des mariés. Sarah semble valider son propre discours à l'aide de celui de sa belle-mère. Toutes les deux s'accordent alors pour dire qu'une grossesse est possible, mais qu'il faut 'le temps nécessaire'.

Sur ce, je veux savoir comment Sarah elle-même vit la situation. Elle me répond de manière assez générale que le vécu est accompagné de douleurs parce qu'elle est en 'guerre' constante avec son mari. La réaction de Sarah me fait entrevoir que la relation est très pénible et la communication quasi inexistante entre le couple. Sarah n'aborde cependant pas plus la situation et ce silence me semble évocateur des problèmes relationnels qu'elle a avec son mari.

À la question, si elle et son mari discutent de la problématique, Sarah me répond que non. Elle souligne cependant le fait que son mari lui a dit de partir, puisque son utérus est pourri ("my womb is rotten"). Il est intéressant de noter qu'elle reprend pour elle-même cette déqualification.

---

<sup>54</sup> Je n'ai pu enregistrer l'entrevue avec Sarah. C'est pour cela que je présente son histoire sous forme de narration et non d'entrevue.

Je lui demande alors si elle a déjà eu recours à un spécialiste de la santé. Je ne fais volontairement pas la différence entre la médecine traditionnelle et la médecine biomédicale. Sarah me répond qu'elle n'a pas encore eu recours à un 'médical practitioner' (terme qui fait référence à la pratique biomédicale), car elle est convaincue qu'elle peut tomber enceinte. Bien qu'elle soit elle-même formée dans le milieu biomédical, Sarah souligne à plusieurs reprises sa 'capacité' à enfanter.

Elle dit prier beaucoup pour que cela arrive. Plusieurs des femmes infertiles que j'ai interrogées m'ont donné une réponse similaire. La prière étant souvent, mais pas toujours comme le montre le cas d'Achieng, présentée comme la dernière ressource, quand celle, de nature médicale, a échoué.

Ce n'est que vers la fin de l'entrevue que je lui demande si elle n'a pas eu recours à un test de fertilité. En guise de réponse elle me dit que ces tests sont très onéreux.

Je veux alors savoir pourquoi avoir un enfant lui semble aussi primordial. Sa réponse est que ce serait la preuve qu'elle est fertile. Il me semble dès lors que le but ultime est la restauration de son statut de femme aux yeux de son mari, de sa belle-famille et de la communauté. Elle enchaîne en disant qu'un enfant peut aussi lui donner de l'amour et lui donner la fierté d'être mère. Commentaire qui dévoile le manque de respect et d'amour qu'elle subit pour l'instant.

Après avoir évoqué encore une fois sa confiance en Dieu, Sarah me parle de la dévalorisation sociale et personnelle que l'infertilité provoque.

“You don't feel like being somebody if you don't have a child. In Luo community you are regarded as nobody if you don't have a child. You just eat their food but you are not productive. ”

(Entrevue 3 (2), p.2)

Ce verbatim évoque très bien les attentes sociales de la communauté tout comme (l'auto-)dévalorisation qu'une femme sans enfants subit.

À un stade plus avancé de l'entrevue, Sarah me fait part de sa volonté d'avoir recours à des praticiens médicaux si la situation devait se prolonger. Son premier

choix serait alors de se tourner vers l'hôpital, mais elle pourrait aussi considérer le fait de consulter un herboriste ou une sage femme traditionnelle. Cette réponse est représentative des personnes plus jeunes et éduquées. La valorisation de la biomédecine est très présente lors de leurs études. Cependant, le syncrétisme culturel est d'autant plus présent quand la biomédecine échoue. Du coup, les jeunes ne voient aucune contradiction à avoir recours, parfois simultanément, à des méthodes plus traditionnelles.

Comme la plupart des jeunes, Sarah souligne aussi qu'elle n'accepterait pas de faire partie d'une maisonnée polygame. Elle déclare ouvertement qu'elle quitterait son mari si celui-ci se mariait avec une autre femme.

Sarah m'a auparavant dit que les hommes pouvaient également être infertiles, je la provoque en voulant savoir ce qui se passe quand une femme divorcée pour cause d'infertilité a un enfant lors d'un deuxième mariage. Je suis alors étonnée quand elle me dit que le blâme de la société tomberait sur le mari. Sarah nuance néanmoins rapidement ses propos en disant: "But remember, in Luo tradition the blame always falls first on the lady, even if one doesn't know where the problem lies."

Jusqu'à la fin de l'entrevue, Sarah n'a pas beaucoup mentionné comment elle vivait la situation. Je lui demande donc concrètement de me décrire ses sentiments. Toujours d'une voix douce elle ne fait qu'un court, mais poignant constat qui rejoint ce que la plupart de mes répondantes infertiles m'ont dit. Sarah avoue qu'elle se sent humiliée et même déshumanisée.

## **6. Conclusion : Le jeu des discours**

Le présent mémoire avait pour but d'étudier l'impact et le vécu de l'infertilité au sein de la communauté Luo de l'est du Kenya. Le survol de la littérature m'a, dans un premier temps, aidée à circonscrire les répercussions possibles que pourrait avoir l'infertilité en Afrique subsaharienne. Il en résulte que l'infertilité est considérée, par les divers auteurs, comme un problème de santé majeur puisque la prévalence peut atteindre 35 %. Malheureusement, cette problématique n'est pas assez prise en compte par les politiques de santé publique.

La majorité des auteurs consultés s'accorde également à dire que la répercussion psycho-sociale majeure de l'infertilité est la perte de statut social. Celle-ci peut être accompagnée d'abus verbaux et physiques ainsi que d'une perte d'estime de soi importante. Je pense avoir pu démontrer que c'était également le cas pour les Luo. Par contre, et contrairement à la majorité des auteurs étudiés, je pense que la polygamie peut avoir un impact positif pour le statut économique de la femme infertile tout en lui garantissant la sauvegarde, du moins partielle, de son statut social.

À l'aide d'une approche inspirée par la phénoménologie telle qu'utilisée entre autres par Garfinkel et Kleinman, j'ai essayé de faire ressortir la manière dont les individus Luo font face à l'incapacité de concevoir. J'ai voulu savoir comment ils vivent la situation et vers quelles solutions ils se tournent pour contrer les répercussions négatives sur leur personne. Le concept 'd'itinéraire thérapeutique', tel que présenté par Fassin, me fut, dans cette étape de l'analyse, d'une grande utilité puisqu'il fait ressortir la diversité et la multiplicité des choix de soins. L'utilisation de ces choix et de ces possibilités thérapeutiques est influencée par divers critères tels que l'âge, le sexe, le statut social et économique, ainsi que les liens sociaux de l'individu. Cette 'indexicalité' est apparente quand on compare les discours d'Achieng et de Sarah.

Le survol de la littérature ainsi que le chapitre sur la culture Luo soulignent l'importance de la parenté en Afrique subsaharienne. Bien que le syncrétisme

culturel provoque une scolarisation et une émancipation de la femme plus accentuée et que le schéma familial occidental est de nos jours présenté comme 'progressif', la société amalgame toujours encore fortement, mais pas essentiellement, le statut d'adulte à celui de parent. Bien que la parenté soit toujours très importante, il me semble cependant nécessaire de nuancer cette image. Un individu, et surtout une femme, (et je pense qu'elle l'a toujours été d'une certaine manière) est capable, de nos jours, de se faire une place au sein de sa société sans que le statut de parent prime.

À l'aide de mes connaissances initiales, j'ai, dans mon introduction, émis l'hypothèse que le micro-discours des individus sur l'infertilité et la santé reproductive allait être en contradiction avec le macro-discours, recueilli auprès des organismes de santé officiels tels que les hôpitaux et les organismes humanitaires.

Mon terrain exemplifie, je pense, assez bien cette réalité. Il en ressort clairement que l'infertilité n'est pas un problème de santé très présent dans les discours de santé publique ou au sein des divers organismes de santé. Les programmes de santé publique, étant entre autres fortement influencés par une attitude 'occidentale' et une approche biomédicale, se concentrent sur la réduction du taux de croissance (par l'implantation de méthodes contraceptives modernes), et le combat contre des maladies pandémiques telles que le paludisme et le SIDA. Ces institutions sont donc majoritairement préoccupées par la régulation de la fertilité et la reproduction des individus, des groupes et encore plus des populations (Feldman-Savelsberg 2002); mécanisme que Foucault définit comme 'biopouvoir' (1976). Ce 'pouvoir' est décrit comme étant « un ensemble de relations stratégiques visant à agir sur les actions des autres, à diriger et à modifier leurs conduites, à structurer leur champ d'actions possibles » (Foucault 1976), et non comme un instrument, une propriété que l'on possède. Ces stratégies de pouvoir sont en réalité des techniques qui passent par la surveillance, la régulation et la conformation à la norme. Le rapport de pouvoir inégal entre les individus n'a pas pour objectif la répression en tant que telle, mais l'orientation des comportements

des individus vers une norme. Ainsi les populations des pays en développement sont fortement incitées à adhérer aux politiques de contrôle de la population. Ceci montre bien comment ce biopouvoir s'exerce jusque dans le corps des individus.

D'après Margaret Njikam, la plupart des gouvernements subsahariens ont une attitude bienveillante envers les programmes de planning familial sans que celle-ci soit nécessairement proactive (Njikam 1994). La situation à Homa Bay est assez représentative de cette réalité. Ainsi, quelques rares panneaux font de la publicité pour les préservatifs et la pilule. Les petites cliniques, souvent soutenues par des organismes de développement non gouvernementaux, qui se consacrent au combat contre le SIDA donnent parfois des cours d'éducation sexuelle dans les écoles. Les cursus scolaires réguliers ne laissent quant à eux que peu de place à cette thématique. D'après le 'District Public Health Nurse' (c'est-à-dire l'infirmière responsable des programmes de santé publique pour le district de Homa Bay) le ministère de la Santé organise des journées d'éducation sexuelle dans les écoles, mais seulement sur demande de l'institut scolaire. Ce manque de sources d'informations, lié au tabou qui entoure toujours la sexualité parmi les pairs de la même classe d'âge, a pour conséquence que les individus, et surtout les jeunes, n'ont que des connaissances limitées de la santé reproductive.

Le lien entre les IST, les interruptions de grossesse pratiquées par des personnes non qualifiées ou dans un contexte insalubre, et l'infertilité est encore moins connu. Pour toutes ces raisons, le taux d'infertilité en Afrique est encore aujourd'hui le plus élevé parmi les pays en voie de développement.

Pour ma part, je pense que l'infertilité est une réalité médicale qu'il faut impérativement prendre en compte du fait qu'elle est d'une part en lien direct avec les IST et l'insalubrité qui entoure certaines actions chirurgicales telles que les interruptions de grossesse. D'autre part, les conséquences psycho-sociales ont comme je l'ai démontré, un impact majeur dans la vie quotidienne des individus touchés.

Il me paraît dès lors essentiel que le concept de 'santé reproductive' soit élargi pour inclure des thématiques telles que l'infertilité, tout en prenant en compte les réalités culturelles des divers pays.

Sur le terrain, j'ai pu me rendre compte que les pratiques et normes culturelles influencent encore fortement les attitudes sociales liées à la santé reproductive. Même si l'utilisation de méthodes contraceptives augmente, il règne toujours une certaine réticence et un sentiment de 'peur' envers l'utilisation, et surtout les effets, des méthodes de contraception modernes. Contrairement à mon hypothèse de départ, celles-ci sont assez mal vues dans la société Luo. Certaines méthodes, telles que l'usage des préservatifs, sont clairement liées à la promiscuité et nuisent à la 'réputation' de l'individu. La pilule et les injections hormonales sont quant à elles vues comme nocives pour la santé de la femme, si elle n'a pas encore enfanté.

D'impact majeur est également l'idée que ces méthodes rendent infertiles. Ce discours est renforcé par certains professionnels qui ont une approche biaisée et/ou ne transmettent l'information que sélectivement en raison de leurs préjugés. L'éventuelle mauvaise prise en charge par les professionnels de la santé en milieu médical<sup>55</sup>, teintée de préjugés moraux, vient probablement renforcer le tabou entourant la sexualité et les thématiques connexes.

Je me rappelle d'une entrevue informelle durant laquelle une jeune femme me disait que les jeunes filles n'allaient pas à l'hôpital en cas d'infection au niveau du bas ventre et des organes génitaux, aussi longtemps qu'elles pouvaient encore

---

<sup>55</sup> Le sujet de l'abus verbal et même physique par des professionnels (surtout infirmières) a été traité à travers l'Afrique. Voir entre autres :

**Jaffré, Yannick, and Olivier De Sardan**

2003 Une médecine inhospitalière. Les Difficiles Relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris: Karthala

**Nasah, Boniface Tatchwenglie, J. K. G. Mati, and Joseph M. Kasonde**

1994 Contemporary issues in maternal health care in Africa. Luxembourg: Harwood Academic Publishers

**Christakis, Nicholas A., Norma C. Ware, and Arthur Kleinman**

1994 Illness Behavior and the Health Transition in the Developing World. In: Lincoln C. Chen, Norma C. Ware and Arthur Kleinman (eds.), Health and Social Change in International Perspective; pp. 275 - 302. Boston, Massachusetts: Dept. of Population and International Health Harvard School of Public Health : Distributed by Harvard University Press. (Harvard Series on Population and International Health)

marcher pour la simple raison que certaines infirmières avaient tendance à les abuser physiquement et verbalement en les traitant de 'putes' quand elles se présentaient avec une IST.

Le fait est que les programmes de santé publique kenyans ne mettent pas vraiment l'accent sur l'éducation sexuelle, la santé reproductive et l'utilisation des méthodes contraceptives, mais promeuvent plutôt l'abstinence. La promotion de l'abstinence sexuelle a pour but de contrer la propagation de l'infection au VIH<sup>56</sup>. Cependant, cette attitude a non seulement pour conséquence le renforcement du tabou social entourant la sexualité, mais il omet aussi ce que Boerma et ses collaborateurs soulignent : qu'un individu infertile a parfois des relations sexuelles avec de multiples partenaires afin de prouver sa fertilité. Ce comportement l'expose néanmoins conséquemment plus au danger du VIH (Boerma and Mgalla 2001). Il est intéressant de noter qu'à ce niveau-là, le micro-discours et le macro-discours, pourtant fortement opposés, s'influencent mutuellement quand il est question de sexualité en général.

La relation ambivalente avec les professionnels des soins, le manque d'informations et de connaissance, ainsi que les tabous sociaux font surgir une culture 'du silence', telle que nommée par Dyer et ses collaborateurs (2002), entourant la sexualité et l'infertilité. Il est néanmoins important de souligner que cette culture 'du silence' est moins rigide parmi des individus proches de même sexe. Mes informateurs, après une légère gêne au départ, étaient finalement assez ouverts au sujet de la sexualité et de l'infertilité. Je suis néanmoins consciente et convaincue que ma position de 'chercheur occidental' a facilité l'échange.

Contrairement au discours de la majorité des professionnels de la santé en milieu biomédical, l'infertilité se présente donc à un niveau individuel, familial et communautaire comme une réalité significative et pleine de répercussions sur la vie quotidienne. Les divers témoignages, ainsi que les vécus d'Achieng et de

---

<sup>56</sup> Le but principal étant de diminuer le taux de prévalence de l'infection au VIH

Sarah sont représentatifs des difficultés psycho-sociales que l'infertilité entraîne. De même, ils montrent comment le statut social et économique, les liens avec l'entourage et l'âge influencent le parcours thérapeutique. Malgré les diverses approches et conditions, le désir de trouver une solution est généralisé.<sup>57</sup> Il me semble de ce fait intéressant de constater que ce n'est pas la 'santé' en tant que telle qui est le but principal recherché, mais bien la restauration du statut social et la réhabilitation d'un sentiment de dignité; une thématique récurrente dans mes entretiens étant la perte de respect.

Comme esquissé précédemment, le désir de trouver une solution à l'infertilité est pris en compte par les praticiens traditionnels, mais seulement partiellement par la médecine biomédicale. La raison majeure en est le manque d'intérêt, les coûts élevés et le manque de méthodes d'investigations. De plus, le savoir médical insuffisant des individus entourant la thématique de l'infertilité ainsi que le manque de signes physiques extérieurs qui définissent un 'malade' ont pour conséquence que l'infertilité n'est pas considérée comme une 'maladie' en tant que telle. Elle est beaucoup plus un 'fait', une réalité, dont il faut investiguer les causes non biologiques pour la surmonter potentiellement. Du fait que les femmes infertiles ne sont pas considérées comme malades, elles doivent avoir recours à des explications autres que biomédicales pour valider leur état 'hors normes' et essayer de se réapproprier un certain statut social.

Bien que les anthropologues décrivent, et avec raison, une médicalisation exagérée de l'individu et de nos sociétés, je pense néanmoins qu'une reconnaissance de l'infertilité en tant que maladie; ou du moins du lien étroit entre les IST et l'infertilité, ferait surgir des mesures de prévention systématiques.

La problématique de l'infertilité est traitée différemment selon la classe d'âge étudiée. Mes informateurs plus âgés soulignent le fait qu'une femme infertile devait auparavant accepter d'accueillir une coépouse. Cependant, elle pouvait

---

<sup>57</sup> Je mentionne cette réalité, car en occident certains individus s'accommodent de leur infertilité et ne cherchent pas toujours, ni inlassablement, une solution à leur état. Tous mes informateurs à Homa Bay cherchaient par contre toujours un changement de leur état même si ce n'est 'que' par la prière.

rester dans la famille de son mari, continuer à cultiver son champ et participer plus ou moins activement à la vie de famille. La pratique de la séparation et surtout du divorce était majoritairement inconnue. L'histoire d'Achieng n'est de ce fait pas vraiment représentative.

La manière de gérer l'infertilité change néanmoins auprès des générations plus jeunes. J'ai rencontré, mais aussi entendu parler, des femmes ayant entre vingt et cinquante ans qui ont été 'divorcées' et ont dû rentrer chez leurs parents ou se marier en tant que coépouse à un autre homme qui avait déjà des enfants. Parmi les plus jeunes générations, cette tendance semble encore plus prononcée. Je pense que ceci est à mettre en relation avec les difficultés économiques actuelles et le fait que de soutenir un mode de vie polygame est assez onéreux pour un homme de nos jours. Si la femme n'est pas en mesure de procréer, elle sera éventuellement 'renvoyée' pour que l'homme ait la possibilité de se remarier. Je pense que le rejet de la polygamie est également influencé par la doctrine chrétienne, mais ceci serait à étudier plus en profondeur.

Les conséquences psycho-sociales de l'infertilité peuvent par conséquent être encore plus accentuées de nos jours, surtout pour les femmes qui n'ont pas une éducation plus élaborée. Celles qui peuvent profiter d'une éducation plus importante trouvent un emploi qui leur offre la possibilité de subvenir à leurs besoins. Une femme seule, non mariée et n'ayant pas d'enfant est cependant encore un fait rare et désapprouvé.

Les personnes que j'ai rencontrées peuvent toutes relater une situation de divorce, de séparation de couples en cas d'infertilité. Bien qu'un certain nombre d'entre elles, les jeunes en particulier, rejettent le mode de vie polygame, la plupart se disent prêts à adopter ce schéma familial en cas d'infertilité. Cette attitude ambivalente exemplifie très bien le syncrétisme culturel dans lequel évolue la société Luo de nos jours.

Mon terrain m'a également fait entrevoir le fait que la polygamie, loin d'être toujours un moyen de subversion de la femme, tel que présenté en occident, peut indubitablement être positive pour les individus et la société. De manière générale, la polygamie assure à la femme infertile un certain soutien économique tout en maintenant, du moins partiellement, le statut social de la femme infertile.

Pour les raisons évoquées précédemment, j'ai pu constater qu'un mariage infertile sera d'autant plus facilement dissout de nos jours. L'histoire de Sarah exemplifie d'une part le rejet de la polygamie et d'autre part l'incapacité financière à y avoir recours si jamais aucun enfant ne devait naître de l'union. Le discours de Sarah souligne en fin de compte l'importance, toujours non négligeable, que la parenté et l'enfant ont dans la société Luo.

Il est vrai que nous pouvons constater une réduction du nombre d'enfants au sein de la communauté Luo. Cette réduction est d'après moi fortement corrélée aux difficultés économiques, aux exigences sociales en matière d'éducation et à l'influence du schéma familial occidental. Cette tendance n'enlève cependant rien à la conception générale qu'un individu adulte se doit d'être parent. De ce fait, l'ostracisme et l'abus envers les femmes infertiles sont présents même s'ils ne constituent pas une généralité. De plus, ces répercussions semblent plus accentuées aujourd'hui que par le passé. Je mets cette évolution en parallèle avec la difficulté économique et la perte en importance du mode familial polygame.

Enfin, j'aimerais revenir sur le fait que le micro-discours nous dévoile un aspect de la réalité sociale que le macro-discours ne prend que partiellement en considération. L'infertilité est une thématique qui a des répercussions importantes au niveau psycho-social et qui pour cette raison est d'importance significative pour l'individu et même la communauté Luo. Le lien direct entre l'infertilité et la santé reproductive, que les politiques de santé publique veulent soi-disant prendre en charge, devrait garantir à cette problématique une place plus importante dans les discours épidémiologiques.

Le présent mémoire fait finalement surgir de nouvelles pistes et questions qui pourraient être développées entre autres dans le cadre d'une thèse de doctorat. Ainsi, une opposition et comparaison entre un discours 'masculin' et un discours 'féminin' pourrait faire ressortir certaines nuances. De plus il serait intéressant d'étudier plus en profondeur le rôle de la religion. Celui-ci et celui de l'éthique en général furent fortement ébranlés il y deux ans, lorsque les premiers bébés kenyans, conçus à l'aide de fécondation in vitro, sont nés. Bien qu'encore très restreintes, on pourrait se demander quels impacts auront les techniques de reproduction artificielle au Kenya. Dans un même d'ordre d'idée, il serait intéressant de continuer à évaluer l'impact de l'acculturation croissante de la société Luo. D'intérêt majeur m'apparaît finalement la notion de 'protection' que peut prendre l'infertilité. Au lieu de considérer celle-ci comme uniquement punitive elle peut servir comme régulateur social. Le développement d'une telle approche serait assurément un ajout très riche.

## 7. Bibliographie

### **Agot - Kawango, Evelyne**

1995 Ethnomedical Remedies and Therapies in Maternal and Child Health among the rural Luo. In: Isaac Sindiga, Chacha Nyaigotti - Chacha and Mary Peter Kanunah (eds.), *Traditional Medicine in Africa*. Nairobi: East African Educational Publishers Ltd.

### **AMREF**

2006 Report of Sexual, Reproductive Health among the Youth. Baseline Survey in Rangwe Division of Homa Bay District (Unpublished): African Medical Research Foundation

### **Anker, Richard, and James C. Knowles**

1982 Fertility Determinants in Developing Countries: A Case Study of Kenya. Liege: Ordina Editions

### **Augé, Marc**

1988 L'anthropologie de la maladie. *L'Homme* 26: 81 - 90.

### **Augé, Marc, and Claudine Herzlich**

1984 *Le Sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des archives contemporaines

### **Benoist, Jean**

1996 Introduction. Singularité du pluriel? In: Jean Benoist (ed.), *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*; pp. 5-16. Paris: Éditions Karthala

### **Berger, John**

1989 *Once in Europa*: Peguin/ Granta

### **Berger, Peter L., and Thomas Luckmann**

2003 *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. [19 ed.]

### **Bibeau, Gilles**

1979 *De la maladie à la guérison: essai d'analyse systématique de la médecine des Angbandi du Zaïre*. s.l.: s.n.

—

1991 *L'Afrique, Terre Imaginaire du Sida*

La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes. *Anthropologie et Société* 15: 125-147.

### **Bibeau, Gilles, and Ellen Corin**

1995a From submission to the text to interpretative violence. In: Gilles Bibeau and Ellen Corin (eds.), *Beyond textuality: asceticism and violence in anthropological interpretation*. Berlin, New York: Mouton de Gruyter

### **Bibeau, Gilles, and Ellen E. Corin (eds.)**

1995b *Beyond textuality : asceticism and violence in anthropological interpretation*. Berlin ; New York: Mouton de Gruyter. (Approaches to semiotics ; 120,

### **Biraben, Jean-Noël**

1987 Anne Retel-Laurentin et les Nzakara. *Cahiers d'études africaines* 27: 187-197.

**Blount, Ben G;**

1973 The Luo of South Nyanza, Western Kenya. In: A. Molnos (ed.), Cultural source materials for population planning in East Africa vol III: beliefs and practices. Nairobi: East African Publishing House

**Boerma, J. Ties, and Zaida Mgalla (eds.)**

2001 Women and infertility in sub-Saharan Africa a multi-disciplinary perspective. Amsterdam: Royal Tropical Institute

**Boerma, J. Ties, and Mark Urassa**

2001 Associations between female infertility, HIV and sexual behavior in rural Tanzania. In: J. Ties Boerma and Zaida Mgalla (eds.), Women and infertility in sub-Saharan Africa: a multi-disciplinary perspective; pp. 176 - 187. Amsterdam: Royal Tropical Institute

**Caldwell, John C., and Pat Caldwell**

1987 The Cultural Context of High Fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review* 13: 409-437.

**Caldwell, John C., Pat Caldwell, and Pat Quiggin**

1989 The social context of AIDS in sub-Saharan Africa'. *Population and Development Review* 15: 185-234.

**Caprara, Andrea, and Gilles Bibeau**

2000 Transmettre la maladie : représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte-d'Ivoire. Paris: Karthala

**Chen, Lincoln C., Arthur Kleinman, and Norma C. Ware**

1994 Health and social change in international perspective. Boston, Mass.: Dept. of Population and International Health Harvard School of Public Health : Distributed by Harvard University Press (Harvard series on population and international health.,

**Christakis, Nicholas A., Norma C. Ware, and Arthur Kleinman**

1994 Illness Behavior and the Health Transition in the Developing World. In: Lincoln C. Chen, Norma C. Ware and Arthur Kleinman (eds.), Health and Social Change in International Perspective; pp. 275 - 302. Boston, Massachusetts: Dept. of Population and International Health Harvard School of Public Health : Distributed by Harvard University Press. (Harvard Series on Population and International Health)

**Clayman, S.E.**

2001 Ethnomethodology: General. In: Neil J. Smelser and Paul B. Baltes (eds.), International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences; pp. 4862-4870. Amsterdam ; New York: Elsevier

**Corin, Ellen, Gilles Bibeau, and Elizabeth Uchôa**

1993 Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali. *Anthropologie et Société* 17: 125-156.

**Cotts Watkins, Susan**

2000 Local and Foreign Models of Reproduction in Nyanza Province, Kenya. *Population and Development Review* 26: 725 - 759.

**Daar, Abdallah S., and Zara Merali**

2001 Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries. In: World Health Organization (ed.), *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*; pp. 17 - 21. Geneva: WHO  
[www.who.int/reproductive-health/infertility/5.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/infertility/5.pdf)

**Devisch, René**

1984 *Se recréer femme : manipulation sémantique d'une situation d'infécondité chez les Yaka du Zaïre*. Berlin: D. Reimer

—  
 1996 *The Cosmology of Life Transmission*. In: Michael Jackson (ed.), *Things as They Are*; pp. 94 - 114. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press

**Dickey, Richard P., Steven Taylor, Phillip Rye, Peter Lu, and Belinda Sartor**

2000 Infertility is a symptom, not a disease. *Fertility and Sterility* 74: 398-398.

**Dietler, Michael, and Ingrid Herbich**

1993 Living on Luo Time: Reckoning Sequence, Duration. History and Biography in a Rural African Society. *World Archeology* 25: 248 - 260.

**Durkheim, Émile, and Jean-Michel Berthelot**

1988 *Les règles de la méthode sociologique Émile Durkheim. Précédées de Les règles de la méthode sociologique ou l'instauration du raisonnement expérimental en sociologie*. Paris: Flammarion

**Dyer, S. J., N. Abrahams, M. Hoffman, and Z. M. van de Spuy**

2002 'Men leave me as I cannot have children': women's experiences with involuntary childlessness. *Human Reproduction* 17: 1663 - 1668.

**Dyer, Silke J.**

2007 The value of children in African countries - Insights from studies on infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 28: 69 - 77.

**Erny, Pierre**

1981 *The Child and his environment in Black Africa. An Essay on Traditional Education*. Nairobi: Oxford University Press

—  
 1990 *L'Enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique noire*. Paris: L'Harmattan

—  
 2001 *Essai sur l'éducation en Afrique noire*. Paris: L'Harmattan

**Evans-Pritchard, Edward E.**

1960 *Kinship and Marriage among the Nuer*. London: Oxford University Press

**Ezembé, Ferdinand**

2003 *L'enfant africain et ses univers*. Paris: Editions Karthala

**Fainzang, Sylvie**

1986 *L'intérieur des choses : maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris: L'Harmattan

**Fassin, Didier**

1992 *Pouvoir et maladie en Afrique : anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris: Presses universitaires de France. [1 re éd. ed.]

2001 La globalisation et la santé. Elements pour une analyse anthropologique. In: Bernard Hours (ed.), *Systemes et politique de santé: de la santé publique à l'anthropologie*; pp. 25 - 40. Paris: Éditions Karthala

**Favret-Saada, Jeanne**

1977 *Les mots, la mort, les sorts : la sorcellerie dans le Bocage*. Paris: Gallimard

**Feldman-Savelsberg, Pamela**

2002 Is Infertility an Unrecognized Public Health and Population Problem? The View from the Cameroon Grassfields. In: Marcia C. Inhorn and Frank van Balen (eds.), *Infertility around the Globe. New Thinking around Childlessness, Gender and Reproductive Technologies*; pp. 215 - 232. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press

**Foucault, Michel**

1976 *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Paris: Gallimard

**Garfinkel, Harold**

1967 *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N.J.,: Prentice-Hall

**Gautier, Arlette**

2002 Les politiques de planification familiale dans les pays en développement: du mathusianisme au féminisme? *Lien social et Politiques* 47: 67-81.

**Geissler, P. Wenzel**

1999 *Learning to Heal: Women, children and medicine among the Luo of Western Kenya* Cambridge]

**Geissler, P. Wenzel, Stephen A. Harris, Ruth J. Prince, Anja Olsen, R. Achieng Odhiambo, Helen Oketch-Rabah, Philister A. Madiaga, Anne Andersen, and Per Molgaard**

2002 Medicinal plants used by Luo mothers and children in Bondo district, Kenya. *Journal of Ethnopharmacology* 83: 39-54.

**Geissler, P. Wenzel, and Ruth J. Prince**

2004 Shared lives: Exploring practices of amity between grandmothers and grandchildren in western Kenya. *Africa* 74: 95 - 120.

**Gijssels, Marjolein, Zaida Mgalla, and Lilian Wambura**

2001 'No child to send': context and consequences of female infertility in northwestern Tanzania. In: J. Ties Boerma and Zaida Mgalla (eds.), *Women and infertility in sub-Saharan Africa: a multi-disciplinary perspective*; pp. 203 - 221. Amsterdam: Royal Tropical Institute

**Ginsburg, Faye, and Rayna Rapp**

1991 The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology* 20: 311 - 343.

**Goffman, Erving**

1959 *The presentation of self in everyday life*. Garden City, N.Y.,: Doubleday

**Good, Byron, and Mary- Jo DelVeccio Good**

1993 Au mode subjonctif. La construction narrative des crises d'épilepsie en Turquie. *Anthropologie et Société* 17: 21-42.

**Good, Byron J.**

1994 *Medicine, rationality, and experience : an anthropological perspective*. Cambridge ;

New York: Cambridge University Press (Lewis Henry Morgan Lectures ; 1990,

---

1998 Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu.  
Oxford: Cambridge University Press

**Good, Charles M., and V. Kimani**

1980 Urban Traditional Medicine: A Nairobi Case Study. *East African Medical Journal* 57: 301 - 316.

**Grondin, Jean**

2003 Le tournant herméneutique de la phénoménologie. Paris: Presses universitaires de France (Philosophies, 160,

**Hakizimana, Aloys**

2000 La politique de santé reproductive et planification familiale au Burundi : contraintes issues de la contradiction entre communication et culture dans un contexte de développement. Montréal: Université de Montréal

---

2002 Naissances au Burundi : entre tradition et planification. Paris: L'Harmattan

**Harris, Marvin**

1976 History and Significance of the Emic/Etic Distinction. *Annual Review of Anthropology* 5: 329-350.

**Hauge, Hans - Egil**

1974 Luo Religion and Folklor. Oslo: Universitetsforlaget

**Heald, Suzette**

1995 The power of sex: some reflections on the Caldwell's 'African Sexuality' thesis. *Africa* 65: 489-505.

**Héritier, Françoise**

1977 L'identité samo. In: Claude Lévi-Strauss and Jean-Marie Benoist (eds.), *L'identité*. Paris: Presses universitaires de France

---

1978 Fécondité et stérilité: la traduction de ces notions dans le champ idéologique au stade présocratique. In: Evelyne Sullerot (ed.), *Le Fait féminin*; pp. 387 - 396. Paris: Librairie Fayard

---

1984 Stérilité, aridité, sécheresse: quelques invariants de la pensée symbolique. In: Marc Augé and Claudine Herzlich (eds.), *Le sens du mal*. Paris: Éditions des archives contemporaines

**Hoehler- Fatton, Cynthia**

1996 Women of Fire and Spirit: History, Faith, and Gender in Roho Religion in Western Kenya. Oxford: Oxford University Press

**Horse, Kirsty**

2006 IVF sparks debate in Kenya, BioNews. [www.bionews.org.uk](http://www.bionews.org.uk)  
[www.bionews.org.uk/new.lasso?storyid=3046](http://www.bionews.org.uk/new.lasso?storyid=3046)

**Hurault, Jean**

1987 Un ouvrage méconnu: Infécondité en Afrique Noire d'Anne Retel-Laurentin. *Cahiers d'études africaines* 27: 177-185.

**Husserl, Edmund**

1981 Inaugural Lecture at Freiburg im Breisgau. In: Paul McCormick and Frederick A. Elliston (eds.), *Husserl: Shorter Works*. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press

**IISD**

1994 United Nations International Conference on Population and Development (ICPD): International Institute for Sustainable Development

**Inhorn, Marcia C.**

2001 Money, Marriage, and Morality: Constraints in IVF Treatment-Seeking among Infertile Egyptian Couples. In: Carla Makhlouf Obermeyer (ed.), *Cultural Perspectives on Reproductive Health*; pp. 88 - 100. New York: Oxford University Press

2002 The "Local" Confronts the "Global": Infertile Bodies and New Reproductive Technologies in Egypt. In: Marcia C. Inhorn and Frank van Balen (eds.), *Infertility around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies*; pp. 263-282. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press

2003 Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt. *Social Science & Medicine* 56: 1837 - 1851.

**Inhorn, Marcia C., and Frank van Balen** (eds.)

2002 *Infertility around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press

**Inhorn, Marcia Claire**

1996 *Infertility and patriarchy : the cultural politics of gender and family life in Egypt*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press

**Inslar, Vaclav, and Bruno Lunenfeld** (eds.)

1986 *Infertility. Male and Female*. Edinburgh: Churchill Livingstone

**Jackson, Michael**

1996 Introduction. In: Michael Jackson (ed.), *Things as They Are*; pp. 1-51. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press

**Jaffré, Yannick, and Olivier De Sardan**

2003 *Une médecine inhospitalière. Les Difficiles Relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala

**Katz, Sidney S., and Selig H. Katz**

1987 An Evaluation of Traditional Therapy for Barrenness. *Medical Anthropology Quarterly*

*New Series* 1: 394 - 405.

**Kielmann, Karina**

1998 Barren ground: contesting identities of infertile women in Pemba, Tanzania. In: Margaret Lock and Patricia Kaufert (eds.), *Pragmatic women and body politics*: Cambridge University Press

**Kimani, Violet Nyambura**

2006 Human Sexuality. Meaning and Purpose in Selected Communities in Contemporary Kenya. *Ecumenical Review* 56: 404 - 421.

**Kleinman, Arthur**

1978 Culture and healing in Asian societies : anthropological, psychiatric, and public health studies. Boston: G. K. Hall

—  
1988 The illness narratives : suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books

—  
1992 Local Worlds of Suffering: An Interpersonal Focus for Ethnographies of Illness Experience. *Qualitative Health Research* 2: 127 - 134.

—  
1995 Writing at the margin : discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California Press

**Kleinman, Arthur, Veena Das, and Margaret Lock**

1997 Social suffering. Berkeley: University of California Press

**Krige, Eileen Jensen**

1974 Woman- Marriage, with special reference to the Lovedu- its significance for the definition of marriage. *Africa* 44: 11-37.

**Larsen, Ulla**

1994 Sterility in sub-Saharan Africa. *Population Studies* 48: 459 - 474.

—  
1996 Childlessness, Subfertility, and Infertility in Tanzania. *Studies in Family Planning* 27: 18 - 28.

—  
2000 Primary and secondary infertility in sub-Saharan Africa. *Int. J. Epidemiol.* 29: 285-291.

—  
2003 Infertility in Central Africa. *Tropical Medicine and International Health* 8: 354 - 367.

**Lévi-Strauss, Claude**

1958 Anthropologie structurale. Paris: Plon

—  
1973 Anthropologie structurale, deux. Paris: Plon

**Lévi-Strauss, Claude, and Jean-Marie Benoist**

1987, c1977 L'identité/ Séminaire interdisciplinaire dirigé par Claude Lévi-Strauss, professeur au Collège de France, 1974-1975. Paris: Presses universitaires de France

**Lock, Margaret**

1993 Encounters with aging : mythologies of menopause in Japan and North America. Berkeley: University of California Press

—  
2001 Eliminating Stigmatization: Application of the New Genetics in Japan. In: Carla Makhlouf Obermeyer (ed.), Cultural Perspectives on Reproductive Health.; pp. 253 - 276. New York: Oxford University Press

- 2002 Medical Knowledge and Body Politics. In: J. Mac Clancy (ed.), *Exotic no More. Anthropology on the Front Lines*; pp. 190 - 208. Chicago: Chicago University Press
- Lock, Margaret, and Patricia A. Kaufert**  
 1998 *Pragmatic women and body politics*. Cambridge: Cambridge University Press
- Luke, Nancy, Ina Warriner, and Susan Cotts Watkins**  
 2001 'Rariu Doesn't Rhyme with Western Medicine': Lay Beliefs and Illness Networks in Kenya. In: Carla Makhoul Obermeyer (ed.), *Cultural Perspectives on Reproductive Health*; pp. 58 - 82. New York: Oxford University Press
- Luke, Nancy, and Susan Cotts Watkins**  
 2002 Reactions of Developing-Country Elites to International Population Policy. *Population and Development Review* 28: 707-733.
- Lyotard, Jean-François**  
 2004 *La phénoménologie*. Paris: Presses universitaires de France. [14e éd. ed.]
- Massé, Raymond**  
 1995 *Culture et santé publique. La contribution de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Paris, Casablanca: Gaëtan Morin
- Mayaud, Philippe**  
 2001 The role of reproductive tract infections. In: J. T. Boerma and Zaida Mgalla (eds.), *Women and infertility in sub-Saharan Africa: A multi-disciplinary perspective*; pp. 71- 107. Amsterdam: Royal Tropical Institute
- Maynard, Douglas W., and Teddy Kardash**  
 2007 *ethnomethodology*. In: George Ritzer (ed.), *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*; pp. 1483-1486. Malden, MA: Blackwell
- Mbiti, John S.**  
 1975 *Introduction to African Religion*. London: Heineman. [1st publishing ed.]
- Mboya, Paul**  
 1986 *Paul Mboya's Luo Kitgi Gi Timbegi. Customs, Beliefs and Practices of the Luo*. Nairobi: Atai Joint Limited
- Mgalla, Zaida, and J. Ties Boerma**  
 2001 The discourse of infertility in Tanzania. In: J. Ties Boerma and Zaida Mgalla (eds.), *Women and infertility in sub-Saharan Africa: a multi-disciplinary perspective*; pp. 189 - 200. Amsterdam: Royal Tropical Institute
- Molnos, Angela**  
 1972 *Cultural source materials for population planning in East Africa*. Nairobi: East Africa Pub. House
- Nair, Sumati, Sarah Sexton, and Preeti Kirbat**  
 2006 A Decade after Cairo: Women's Health in a Free Market Economy. *Indian Journal of Gender Studies* 13: 171-193.
- Nasah, Boniface Tatchwenglie, J. K. G. Mati, and Joseph M. Kasonde**  
 1994 *Contemporary issues in maternal health care in Africa*. Luxembourg: Harwood Academic Publishers

**Njikam, Margaret O. S.**

1994 The management of maternal services in Africa: The socio-economic and cultural environment. In: Boniface Tatchwenglie Nasah, J. K. G. Mati and Joseph M. Kasonde (eds.), *Contemporary Issues in Maternal Health Care in Africa*; pp. 11 - 26. Amsterdam: Harwood Academic Publishers GmbH

**Nyarwath, Oriare**

1996 *Philosophy and Rationality in Taboos with Special Reference to the Kenyan Luo Culture*. University of Nairobi]

**Obudho, L. O.**

1985 *The Impact of Christianity on the Luo traditional Marriage System* University of Nairobi]

**Ocholla-Ayayo, Andrew B. C.**

1976 *Traditional ideology and ethics among the southern Luo / Uppsala: The Scandinavian Institute of African Studies*

**Ogot, Bethwell A.**

1967 *Peoples of East Africa, history of the southern Luo: Migration and Settlement*. Nairobi: East African Publishing House

**Parkin, David**

1972 *The Luo living in Kampala, Uganda, Nairobi, and Central Nyanza, Kenya*. In: Angela Molnos (ed.), *Cultural source materials for population planning in East Africa*; pp. 281-287. Nairobi: East Africa Pub. House

—  
1978 *The Cultural Definition of Political Response. Lineal Destiny Among the Luo*. London: Academic Press

**Pike, Kenneth L.**

1967 *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior*. The Hague: Mouton

**Pilcher, Helen**

2006 *IVF in Africa: Fertility on a shoestring*. In: *Nature* (ed.): [www.nature.com/news/2006/060828/full/442975a.html](http://www.nature.com/news/2006/060828/full/442975a.html)

**Rawls, Anna W.**

2005 Garfinkel, Harold. In: George Ritzer (ed.), *Encyclopedia of Social Theory*; pp. 301-104. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications

**Retel-Laurentin, Anne**

1973 *Fécondité et syphilis dans la région de la Volta Noire*. *Population* 28: 793-815.

—  
1974 *Infécondité en Afrique noire : maladies et conséquences sociales*. Paris: Masson

—  
1978 *Évaluation du rôle de certaines maladies dans l'infécondité. Un exemple africain*. *Population* 33: 101-119.

**Reynar, Angela**

2000 *Fertility decision making by couples amongst the Luo of Kenya*. University of Pennsylvania]

**Ritzer, George** (ed.)

2005 *Encyclopedia of Social Theory*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications

— (ed.)

2007 *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Malden, MA: Blackwell

**Rowe, Patrick John**

1999 Clinical aspects of infertility and the role of health care services.

*Reproductive Health Matters* 7: 103-111.

**Rutenberg, Naomi, and Susan Cotts Watkins**

1997 The Buzz Outside the Clinics: Conversions and Contraception in Nyanza

Province, Kenya. *Studies in Family Planning* 28: 290-307.

**Sartre, Jean - Paul**

1969 Itinerary of a thought. *New Left Review* I.

**Scheper-Hughes, Nancy, and Margaret Lock**

1987 The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical

Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1: 6-41.

**Schutte, Gerhard**

2005 Phenomenology. In: George Ritzer (ed.), *Encyclopedia of social theory*; pp.

3401-3404. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications

**Seron, Denis**

2001 Introduction à la méthode phénoménologique. Bruxelles: Éditions De Boeck

Université

**Sindiga, Isaac**

1995a African Ethnomedicine and other Medical Systems. In: Isaac Sindiga, Chacha Nyaigotti - Chacha and Mary Peter Kanunah (eds.), *Traditional Medicine in Africa*. Nairobi: East African Educational Publishers Ltd.

1995b Managing Illness among the Luo. In: Isaac Sindiga, Chacha Nyaigotti - Chacha and Mary Peter Kanunah (eds.), *Traditional Medicine in Africa*. Nairobi: East African Educational Publishers Ltd.

1995c Traditional Medicine in Africa. An Introduction. In: Isaac Sindiga, Chacha Nyaigotti - Chacha and Mary Peter Kanunah (eds.), *Traditional Medicine in Africa*. Nairobi: East African Educational Publishers Ltd.

**Sindiga, Isaac, Chacha Nyaigotti - Chacha, and Mary Peter Kanunah** (eds.)

1995 *Traditional Medicine in Africa*. Nairobi: East African Educational Publishers Ltd.

**Smelser, Neil J., and Paul B. Baltes**

2001 *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Amsterdam

; New York: Elsevier. [1st ed.]

**Sundby, Johanne**

1997 Infertility in the Gambia: traditional and modern health care. *Patient*

*Education and Counseling* 31: 29 - 37.

2002 Infertility and Health Care in Countries with Less Resources. Case Studies from Sub-Saharan Africa. In: Marcia C. Inhorn and Frank van Balen (eds.), *Infertility around the Globe. New Thinking on Childlessness*,

Gender and Reproductive Technologies; pp. 247 - 259. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press

**Sundby, Johanne, and Aileen Jacobus**

2001 Health and traditional care for infertility in the Gambia and Zimbabwe. In: J. Ties Boerma and Zaida Mgalla (eds.), *Women and infertility in sub-Saharan Africa: a multi-disciplinary perspective*; pp. 258 - 268. Amsterdam: Royal Tropical Institute

**Thomas, Louis-Vincent**

1973 La pluralisme cohérent de la notion de personne en Afrique noire traditionnelle. In: Germaine Dieterlen (ed.), *La notion de personne en Afrique noire*; pp. 386-420. Paris: Éditions du Centre national de la recherche scientifique

**Ties Boerma, J., and Zaida Mgalla (eds.)**

2001 *Women and Infertility in Sub-Saharan Africa: A multi-disciplinary perspective*. The Netherlands: Royal Tropical Institute

**Tremayne, Soraya (ed.)**

2001 *Managing Reproductive Life. Cross-Cultural Themes in Fertility and Sexuality*. New York: Berghalm Books

**Turshen, Meredith**

1991a Gender and Health in Africa. In: Meredith Turshen (ed.), *Women and Health in Africa*; pp. 107 - 123. Trenton, N.J.: Africa World Press

—

1991b *Women and health in Africa*. Trenton, N.J.: Africa World Press

**UNFPA**

2001 International Conference on Population and Development (ICPD): United Nations Population Information Network

**Upton, Rebecca L.**

2001 'Infertility Makes You Invisible': Gender, Health and the Negotiation of Fertility in Northern Botswana. *Journal of Southern African Studies* 27: 349 - 362.

**van Balen, Frank, and Trudi Gerrits**

2001 Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. *Human Reproduction* 16: 215 - 219.

**van Balen, Frank, and Marcia C. Inhorn**

2002 Introduction. Interpreting Infertility: A View from the Social Sciences. In: Frank van Balen and Marcia C. Inhorn (eds.), *Infertility around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies*; pp. 3 - 32. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press

**Vidal, Jean-Michel**

1994 *L'adolescence à Mayotte : histoire, changements et paradoxes : une étude anthropoclinique de l'identité*. Montréal: Université de Montréal

**Watkins, Susan Cotts**

2000 Local and Foreign Models of Reproduction in Nyanza Province, Kenya. *Population and Development Review* 26: 725 - 759.

**Young, Allan**

1982 The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*  
11: 257 - 285.

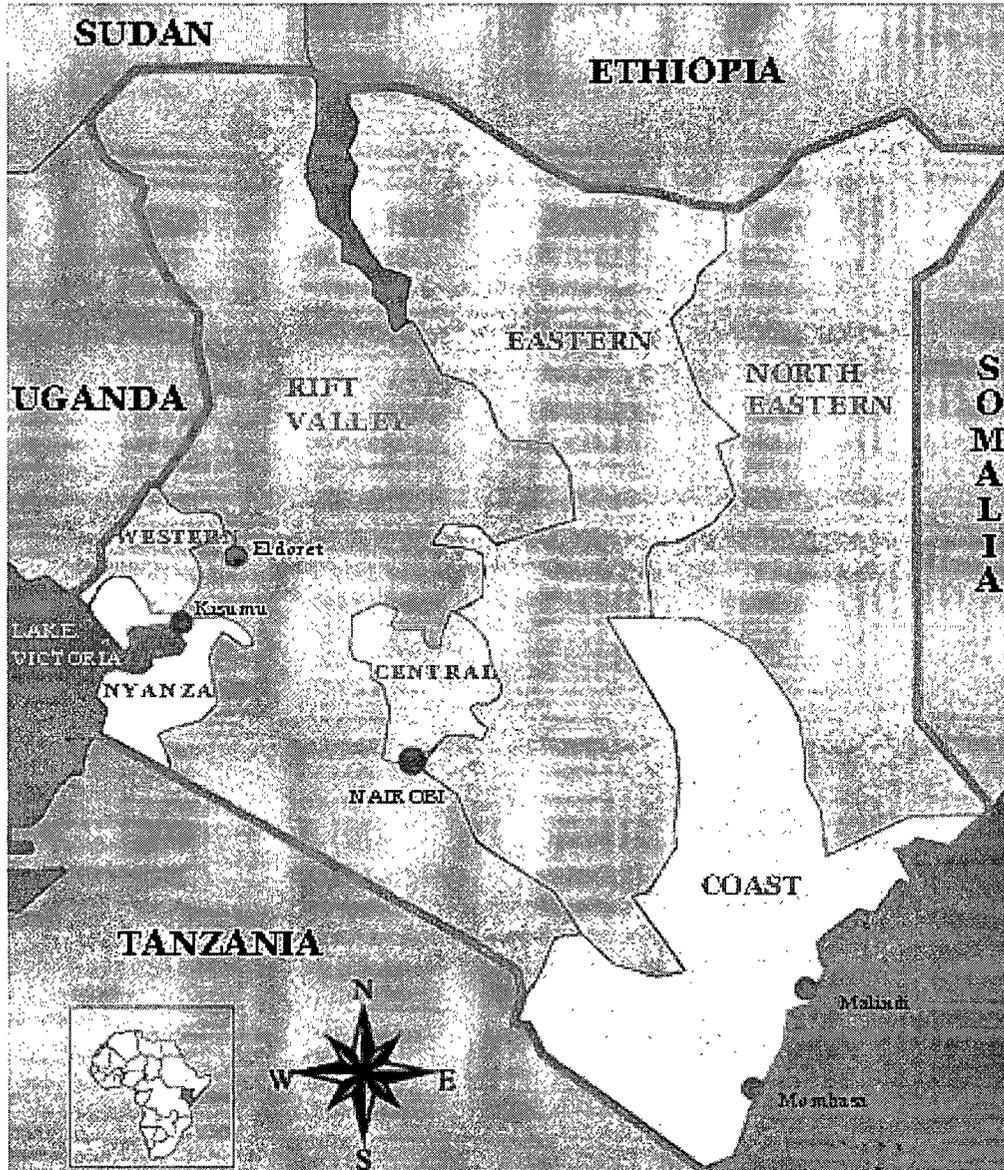
## 8. Annexes

### 8.1 Cartes

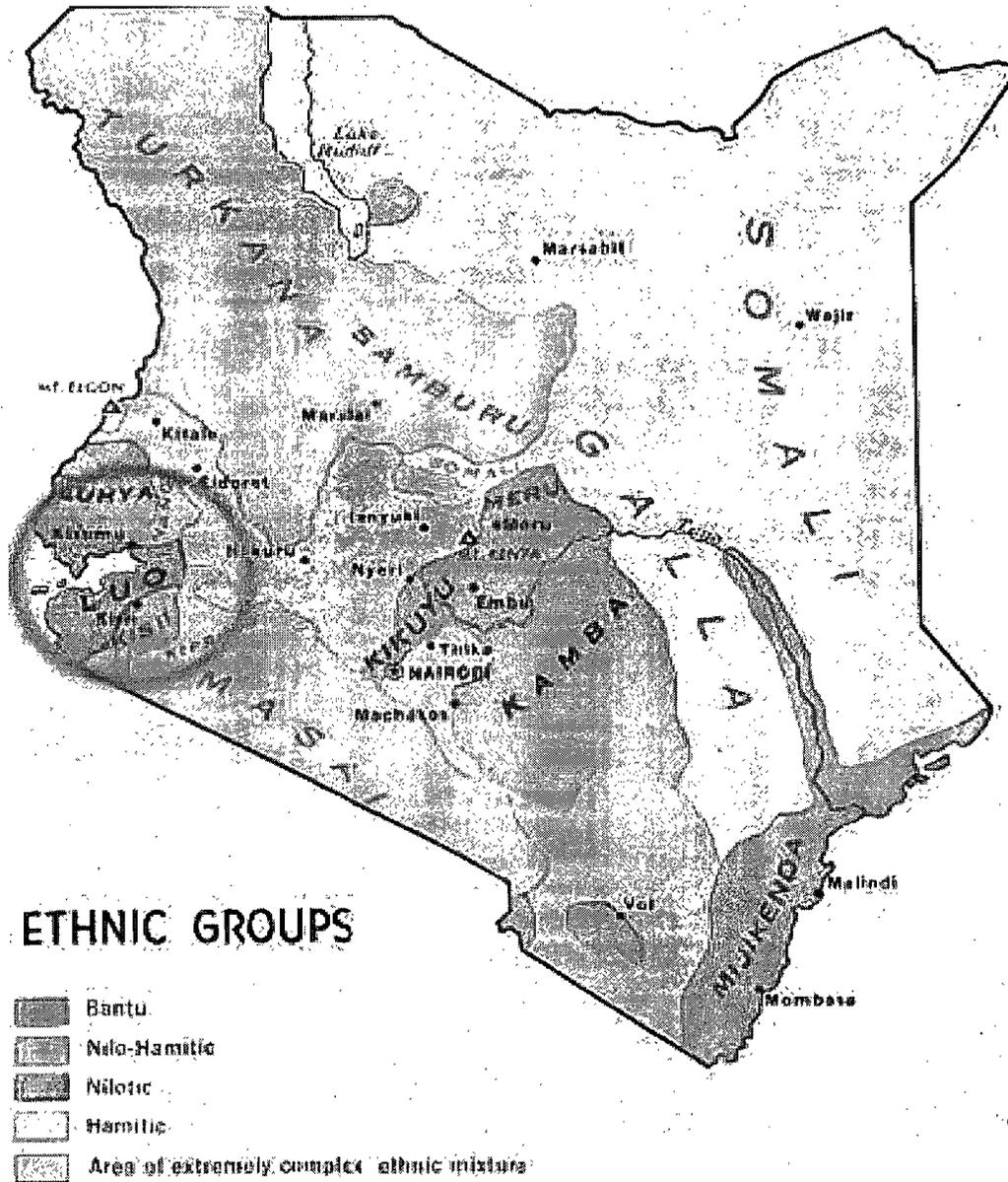
#### Le Kenya et la ville de Homa Bay



**La province du Nyanza:**



Quelques groupes ethniques :



## 8.2 Guide d'entrevue

### GENERAL PUBLIC :

Themes	Key-words	Questions
Family / kinship system	Family Marriage Kinship system Problems solutions	When should you marry? Whom do you marry? Why? Who does decide?  What defines a family member? What is your relation to the family members you marry in? Under whose authority do you stand? What is the influence of your original family (mother/father/sibling)?  When there is a problem <ul style="list-style-type: none"> <li>• relational</li> <li>• health</li> </ul> whom do you go to? Where do you seek help?  What is your goal as a women/ men?
Children	Status Role 'place' 'tasks'	Is having a child important? Why should one have children? Are there any points against having children? How many children should one have? Girl or boy?  What does it mean to have a child? Does having a child change your status/ role in your relationships to <ul style="list-style-type: none"> <li>• your husband/wife</li> <li>• your mother/ father in law</li> <li>• extended family ?</li> </ul> What is the role of a child in the family/community?

		<p>What is a child allowed to do, what not? Does he have much freedom? What are his 'tasks'?</p>
<p>Body/ health (infertility)</p>	<p>Representation of health</p> <p>Relationship to body/ soul</p> <p>When problem: what?</p> <p>'therapeutic journey'</p>	<p>How many parts form the body? How many different elements? How to these (if any) regulate the body as a whole?</p> <p>What does it mean to be in good health? When would you consider yourself sick? What can cause sickness? What are the most probable sicknesses you could have?</p> <p>What are the most serious ones? What happens when you are sick? What do you do when you have a minor sickness? What do you do when you are moderately sick? What do you do when you are seriously sick?</p> <p>(if not answered previously) Where do you seek help? When do you seek help? Who can help with what sickness?</p>

**HEALTH PROFESSIONNALS:**

Doctors/ gynecologists

Traditional practitioners

Healer/ herbalist

Midwives

Nurse

Representatives of NGOs or Governmental Organizations

<b>Themes</b>	<b>Key-words</b>	<b>Questions</b>
Clinical aspects of Infertility/ treatments	Causes  Remedies and treatments  Prevention	What can cause infertility? Who/What is responsible? Can one prevent infertility? How? When is a women considered infertile? Can men be infertile? Are there a lot of barren women? What can you do against infertility? Are there various levels of action?  (if not mentioned before) What is the role/influence of contraception/ AIDS in relation to infertility?