



HAL
open science

Les échanges en ligne de femmes africaines francophones confrontées à l'infertilité. Pratiques à l'intersection de différents rapports d'asymétrie

Emmanuelle Simon

► **To cite this version:**

Emmanuelle Simon. Les échanges en ligne de femmes africaines francophones confrontées à l'infertilité. Pratiques à l'intersection de différents rapports d'asymétrie. Loïc Ballarini; Céline Ségur. Devenir public. Modalités et enjeux, Mare & Martin, pp.93-112, 2018, 978-2-84934-288-6. hal-02862419

HAL Id: hal-02862419

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02862419v1>

Submitted on 9 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les échanges en ligne de femmes africaines francophones confrontées à l'infertilité

Pratiques à l'intersection de différents rapports d'asymétrie¹

Emmanuelle Simon

Centre de recherche sur les médiations

Université de Lorraine

Emmanuelle.simon@univ-lorraine.fr

Les usages sociaux des espaces communautaires en ligne portant sur des questions de santé sont encore sous-documentés dans les pays du continent africain. Des travaux émergent sur les liens entre TIC et santé au Sud (notamment sur les applications mobiles de santé et les usages sanitaires de la téléphonie mobile : Al Dahdah, 2014 ; Hampshire, 2014) mais la littérature existante concerne surtout des pays nord-américains ou européens. La revue de cette littérature montre que l'une des questions structurantes est le lien qui peut être établi entre les TIC et l'*empowerment* des malades (Heaton, 2011) avec une focalisation des travaux sur la relation asymétrique patient/médecin. L'expertise acquise sur le web par les patients tendrait aujourd'hui à reconfigurer cette relation clinique (Shaw, Baker, 2004 ; Ziebland, 2004). L'état de l'art de la littérature existante oscille entre un point de vue mettant en avant l'acquisition d'autonomie des patients *via* la remise en question de rapports d'asymétrie et le développement d'une expertise, et un point de vue critique qui décrit l'Internet comme un nouveau lieu d'imposition de la normativité biomédicale. D'une part, les études décrivent l'inscription de la recherche d'information sur le web dans une démarche autonome, de responsabilisation personnelle du malade contribuant à la remise en cause de l'autorité médicale et de l'expertise unique du médecin sur la maladie (Lemire, 2010). Quelques études portant sur des forums consacrés à des pratiques non recommandées d'un point de vue médical (perte de poids, promotion de l'anorexie, détournement de médicaments) ou encore peu abordées par la médecine (sexualité post-partum) décrivent l'émergence d'un point de vue critique contribuant à une remise en cause radicale de l'expertise médicale. Mais de façon plus générale, les nouveaux savoirs élaborés en ligne sont présentés comme favorisant davantage une forme de rééquilibrage de la relation patient/médecin qui *in fine* contribue à rapprocher ces acteurs (Romeyer, 2008, Thoër, 2012). Il s'agirait alors d'une nouvelle ère médicale : celle de la « médecine participative » et du « patient expert » dont les échanges en ligne seraient une des

¹ Cet article présente les résultats d'un projet de recherche interdisciplinaire (anthropologie et sciences de l'information et communication) financé par l'Agence Nationale de la Recherche entre 2010 et 2014.

facettes pouvant à terme contribuer « à un enrichissement des savoirs » biomédicaux (Akrich, Méadel, 2009 : 1484) par des savoirs issus de l'expérience des malades (Eysenbach, 2008). D'autre part, les chercheurs de la perspective critique avancent que l'Internet même dans les situations de remise en question de l'autorité médicale ne contribue en rien à limiter les rapports de dépendance que les patients entretiennent avec le pouvoir médical et décrivent une forme d'« assimilation du numérique par la recherche médicale » (Casilli, 2009 : 188). Les échanges de patients en ligne seraient un des nouveaux rouages de la médicalisation des sociétés (Backer, 2008 ; Conrad, 2005)². L'extension de l'autorité et de l'expertise médicale tiendraient désormais un rôle secondaire dans la poursuite de la médicalisation des sociétés. La marchandisation des soins, l'accent mis sur le risque, le rôle central que jouent désormais les artefacts biomédicaux - dont l'assistance médicale à la procréation (AMP) - et le développement des questions de santé dans les espaces numériques sont au centre de ces analyses contemporaines de la (bio)médicalisation (Clarke *et al.*, 2010). Selon ces auteurs, à travers les discussions en ligne, les patients participeraient activement à la médicalisation de la société notamment en faisant entrer des maladies non reconnues d'un point de vue biomédical dans le champ de la médecine : hyperactivité, syndrome de la guerre du Golfe, etc.

Dans cet article, je propose de sortir de ce couple dichotomique (*empowerment* vs médicalisation) en examinant non seulement le rapport patient/médecin mais d'autres rapports d'asymétrie qui peuvent alimenter les mécanismes de différenciation et marquer l'expérience sociale d'une personne souffrante. Le postulat de départ est que le rapport patient/médecin n'est que l'un des rapports d'asymétrie qui affluent dans les échanges en ligne. En 1969, Georges Balandier avançait que l'examen des rapports de dépendance personnelle propres aux sociétés segmentaires devait intéresser l'anthropologie tout autant que les liens de parenté. À l'inverse, aujourd'hui, l'anthropologie peut nous aider à ne pas être aveugle quant à l'importance d'autres rapports de dépendance notamment ceux liés aux questions de lignage et de parentalité. Ainsi nous verrons qu'à travers les discours instrumentés des femmes infertiles affluent concomitamment non seulement le rapport patiente/médecin, mais aussi d'autres rapports sociaux liés aux inégalités d'accès aux soins entre Nord et Sud, aux représentations locales du mariage, de la famille et des rapports genrés que cela suppose.

Méthode

Les forums de discussion en ligne ont ceci de singulier qu'ils ne peuvent pas renvoyer à une définition classique des espaces publics médiatiques construite sur l'idée de « *simultanéité de leur conviction* [des membres d'un public au sens de Gabriel Tarde dont le lecteur d'un journal peut

² Cette notion désigne le processus selon lequel la médecine joue une place prépondérante dans la vie quotidienne des gens et étend son domaine d'application à toute une série de problèmes sociaux initialement placés sous d'autres « juridictions » (famille, religion, loi, etc.).

constituer une illustration] ou de leur passion ; la conscience possédée par chacun d'eux que cette *idée ou cette volonté* est partagée au même moment par un grand nombre d'hommes » (Joseph, 2007 : 70). La notion de coprésence (comme dans le cas des espaces publics urbains finalement) est tout aussi importante et les échanges en ligne constituent un lieu réel de confrontation avec l'altérité par le biais de la conversation. Ces conversations rendent compte de représentations sociales actualisées par les internautes et sont le lieu d'ajustements réciproques dans le temps de l'interaction (de façon synchrone ou asynchrone). Et si cette étude peut s'inscrire dans une démarche de recherche sur les publics des TIC (ici l'étude de(s) public(s) africain(s) d'un forum de discussion français), elle l'est au titre de son intérêt pour la diversité des expériences, des modes d'interaction cherchant à décrire « des modes d'être » et des « manières de faire » tels qu'ils émergent à travers les productions discursives observées en ligne (Maigret, 2014). Ce travail est issu de l'analyse qualitative des traces numériques laissées sur un fil de discussion intitulé « Qui connaît la clinique Procréa ou Fatima à Abidjan ? » du forum www.enceinte.com³ (analyse des échanges sur différentes périodes depuis sa création en juillet 2011, jusqu'à début 2015). Pour cela, j'ai associé une approche théorique des dispositifs sociotechniques telle qu'elle a pu être développée au sein des sciences de l'information et de la communication à une démarche empirique propre à la discipline anthropologique. Les échanges en ligne ont été analysés sans négliger le dispositif sociotechnique (Appel, *et al.* 2010 ; Monnoyer-Smith, 2013) considérant que « la part de technique et la part du social ne peuvent être distingués car elles se nourrissent l'une de l'autre » (Jouët, Le Caroff, 2013 : 149). Les observations menées en ligne tiennent compte de la morphologie du forum et du fil de discussion, des outils de personnalisation (signatures) et des techniques de modérations (les « récaps »). Tenir compte de la pesanteur du dispositif, ne doit toutefois pas nous amener à penser que tout est joué d'avance. Les rapports asymétriques et le jeu d'assignation sociale induits par le dispositif doivent être questionnés à l'aune des pratiques réelles susceptibles ou non de les actualiser. Si les dispositifs ont du pouvoir (Jeanneret, 2014), il s'agit aussi de tenir compte de la capacité agissante des sujets et de la singularité de leur monde vécu. Cherchant à analyser des échanges en ligne à propos d'une technologie qui se déploie hors ligne, il m'a semblé pertinent d'apporter l'éclairage complémentaire d'une micro-enquête anthropologique hors-ligne permettant de restituer les acteurs dans toute leur épaisseur sociale. Il n'a pas été possible de mener des observations dans les cliniques Procrea ou Fatima. Mais, les internautes qui alimentent le fil de discussion fréquentent d'autres cliniques dont la clinique Biasa (Lomé) dans laquelle ont été

3 Afin de respecter l'anonymat des internautes, les pseudonymes utilisés dans ce texte sont tous factices et les citations ont été légèrement tronquées (sans modification du sens, du style, etc.) afin de contrer le caractère de « recherchabilité » de l'information en ligne qui permet en principe de retrouver le contexte et les acteurs concernés à partir de n'importe quel extrait cité (*via* les moteurs de recherche).

menées des investigations durant un mois en 2013⁴.

Élément de caractérisation des publics du fil de discussion « Qui connaît la clinique Procréa et Fatima ? »

Le fil de discussion « Qui connaît la clinique Procréa et Fatima ? » est un des huit fils de discussions de la seule section géographique africaine (intitulée « Côte d'Ivoire ») du forum *www.enceinte.com*. Il a été créé en juillet 2011 et se détache des sept autres par son alimentation régulière. Il concerne un peu plus de cinquante internautes. Les durées de fréquentation du forum varient entre un et quatre ans (selon les observations menées sur une trentaine d'internautes). Les internautes véritablement actives représentent une douzaine de participantes qui ont publié entre 200 et 800 messages depuis leur première inscription. Les simples consultantes sont toutefois beaucoup plus nombreuses puisque pour l'ensemble du fil nous avons un peu plus de 2500 messages pour 39568 vues à la date du 24 octobre 2014. À l'échelle du forum *www.enceinte.com*, ce fil de discussion ne représente qu'une toute petite partie des échanges et des vues. Évidemment, la capacité à jongler avec les logiques sociales propres à l'Internet, ses dispositifs, ses outils n'est pas également partagée aux différents endroits de la planète. Et pour quelques-unes des internautes qui nous intéressent, poster un message en ligne, mettre une signature, envoyer un message privé (MP) sont autant d'actes qui ne vont pas immédiatement de soi. Quelle que soit l'aisance des internautes en ligne, analyser les échanges sur les forums de discussion des femmes africaines francophones en situation d'infertilité, nous amène à porter un regard décalé sur ce dispositif technique : loin de l'hyper connectivité, de la coprésence toujours stimulée, de la foule, de la gadgétisation du web ou encore de la course aux nouveaux *designs*.

Les internautes qui ont alimenté le fil ont entre 25 et 42 ans (pour celles dont l'âge a pu être identifié). Elles sont majoritairement ivoiriennes (en lien avec le titre du fil de discussion) mais pas seulement. D'autres nationalités reviennent relativement fréquemment : camerounaise, togolaise, sénégalaise. Différents indices d'inscription sociale (niveau de langage, métier, connexion à domicile, lieux de vacances, mobilité internationale) montrent qu'une partie d'entre elles, tout du moins les plus actives en ligne, sont issues de milieux sociaux aisés voire très aisés. Précisons que l'analyse des traces et de la structure du dispositif ne permettait pas ou peu d'accès aux internautes peu actives ou simplement lectrices. Ces éléments de caractérisation et les modes d'engagement en ligne décrits ci-après concernent donc une frange singulière du public de ce fil de discussion. Néanmoins, les rôles endossés en ligne ne sont pas figés et une internaute lectrice peut devenir

4 Cette enquête ethnographique a été menée par une étudiante diplômée de master 2 en anthropologie : Francesca Mininel. Elle a réalisé 12 entretiens et des observations des consultations. Je la remercie pour les données collectées et sa contribution à cette étude.

active. De plus, les possibles offerts par le dispositif, peuvent nous permettre d'émettre des hypothèses quant à des éléments de caractérisation transversaux du public de ce fil. Si nous ne pouvons guère émettre d'hypothèses quant aux milieux sociaux des lectrices ou des internautes peu actifs, l'intitulé du forum www.enceinte.com limite sans doute la présence des hommes parmi les simples lecteurs. De même, l'appartenance géographique pourrait être extrapolée à la plus grande majorité des internautes qui constitue le public de ce fil de discussion puisque la structuration du forum tend *a priori* à aiguiller les internautes vers les zones géographiques qui les concernent.

L'observation du dispositif numérique permet de décrire quelques balises qui viennent caractériser ce collectif en ligne. La morphologie du forum et le positionnement du fil en son sein, son titre sont des facteurs déterminant de son attractivité et de la constitution de ses publics (Jouët, Le Caroff, 2013). Les deux cliniques évoquées dans le titre du fil de discussion sont des cliniques privées ivoiriennes qui disposent d'un service d'assistance médicale à la procréation. Les internautes qui échangent dans ce cadre sont soit déjà patientes ou de futures patientes en quête de thérapie pour leur infertilité. Elles connaissent la possibilité de recourir à la biomédecine pour pallier leur infertilité alors même que cette technologie est relativement peu connue des publics locaux. La présentation de soi à laquelle est invitée toute nouvelle internaute passe par le récit de son parcours biomédical et les plus assidues mettent en place une signature de *posts* qui synthétise ce dernier. Ces signatures suivent une structure élémentaire que l'on retrouve sur l'ensemble des forums et fils de discussion consacrés à l'AMP francophones comme anglophones⁵ qu'ils s'agissent de forums généralistes en santé ou dans le domaine de la procréation. Elles constituent donc un élément structurant pour les publics des forums de discussion portant sur la procréation.

moi : 38 ans : essai bb1 myomectomie (02/08/2013) et coelioscopie (05/11/2013) hystérocopie : trompes correctes ; utérus ok (02/06/2015) lui : 40 ans : essai bb2. Spermio correct FIV pour 2015
--

Figure 1. Sophie à la veille de son entrée dans un parcours AMP

Ces signatures rendent compte du profil médical de l'internaute : l'âge de l'internaute ou du couple (à noter que le taux de réussite d'une démarche AMP est fortement corrélé à l'âge de la patiente), un diagnostic (causalité biomédicale de l'infertilité) et enfin le parcours médical (différentes technologies utilisées : stimulation, fécondation *in vitro* (FIV), fécondation *in vitro* avec injection spermatique - ICSI) et parfois sa durée (cette technologie suppose une répétition des essais mais dans une certaine limite). Les internautes apprennent ainsi à décliner leur identité de patiente (ou future patiente) de clinique AMP. La littérature anthropologique distingue trois dimensions dans la

5 Cette étude portait sur les discussions en ligne francophones et anglophones. Trois forums sud-africains ont fait aussi l'objet d'une analyse.

construction de la maladie⁶: *disease* (altération biologique), *illness* (expérience personnelle de la maladie) et *sickness* (socialisation de la maladie). Le corps médical joue un rôle fondamental dans le processus de construction de *sickness* puisqu'il légitime la plainte et participe de la délimitation du rôle de « malade » en conférant au sujet le statut de patient. Les modalités de présentation de soi observées en ligne tendent à renforcer ce processus de socialisation des femmes infertiles. Ces signatures sont d'ailleurs au cœur des « récaps » : récapitulatifs des parcours des différents membres réalisés à partir du copié-collé des signatures. Ces « récaps » sont réalisés par des internautes actives et visent à dynamiser/relancer le fil de discussion. Ils peuvent être aussi rapportés aux moments de synthèse qui sont désignés par Angélique Dimitracopoulou (2006) comme centraux dans le renforcement de la conscience de groupe. Au delà, endosser cette identité de patiente affecte les relations que les internautes établissent sur le forum de discussion. C'est sur la base de leur profil médical, que quelques internautes postent des messages sur des fils de discussion hors section géographique du forum *enceinte.com*. Par exemple, Sophie, dont la figure 1 présente la signature, poste ponctuellement sur les fils de discussion « essai BB après myomectomie » ou « un bébé après 35 ans ». On voit ainsi émerger des micro-réseaux de sociabilité à l'intérieur du fil de discussion (mais aussi débordant parfois ce dernier) en fonction du profil médical de l'internaute. On peut donc avancer, que nous nous trouvons face à un public singulier qui est d'une part très précaire car l'internaute peut se désengager à tout moment et ainsi mettre en danger la vie sociale du fil de discussion compte tenu du nombre restreint d'utilisateurs, qui d'autre part présente une forme de clôture identitaire avec des liens sociaux forts bâtis à la fois sur une identité de genre, une histoire médicale partagée et un ancrage géographique singulier.

Quand vouloir être mère se traduit par un désir de technologie

Le fil de discussion est consacré au parcours de soin et il est rythmé par le « temps de l'AMP ». Les internautes donnent leur agenda, attendent les retours de RDV avec le gynécologue, les résultats des prises de sang, etc. : « On se tient au courant », « Viens donner des nouvelles ». Elles s'encouragent respectivement à ne pas baisser les bras et à poursuivre leur démarche AMP. Tout échec doit être surmonté : si les inséminations artificielles avec le sperme du conjoint (IAC) échouent, alors il faut aller vers la FIV, 1, 2, 3, etc. Il conviendrait de vérifier si cette invitation à poursuivre coûte que coûte est présente avec autant de force dans les autres fils de discussion du forum www.enceinte.com. Dans le fil de discussion analysé, cela met en évidence que la validation biomédicale de l'infertilité n'aboutit pas une meilleure acceptation de l'infertilité, contrairement à ce qui a pu être décrit dans le contexte occidental (Tain, 2004) où l'impossibilité médicale constatée

⁶ Cette typologie est transposable à d'autres formes de maux dont la situation d'infertilité.

à la suite de plusieurs échecs permet à la femme d'exister socialement sans enfant. Dans les sociétés dont sont issues les internautes (Sénégal, Côte d'Ivoire, Togo principalement), la finalité d'une alliance matrimoniale reste la conception d'un enfant. La littérature anthropologique a pu montrer que l'infertilité devient problématique de manière différente selon les cultures. Cela peut être juste quelques mois après le mariage, après une cérémonie liée à une fausse couche, lorsqu'une sœur est déclarée infertile, ou même lorsqu'on n'arrive pas à un nombre suffisant d'enfants. Aussi la problématique de l'infertilité déborde largement la définition qu'en donne la biomédecine. Bien sûr différents auteurs ont pu décrire, en particulier au sein des milieux intermédiaires et aisés urbains, une mutation des modèles africains de conjugalité et de parentalité. On observe une prise de distance vis à vis de la pluriparentalité traditionnelle (décrite notamment par Esther Goody, 1982). De même, les alliances de lignage laissent progressivement la place aux unions choisies fondées sur des valeurs partagées et construites sur le sentiment amoureux (Vimard, 1991 ; Attané 2009 ; Broca, Deschamp, 2014). Malgré tout, des enquêtes ethnographiques menées en milieu urbain montrent qu'une infertilité secondaire (c'est à dire une infertilité qui survient alors que la femme a déjà pu avoir un ou plusieurs enfants), surtout dans le cas d'une naissance d'une fille, peut toujours mettre en danger une union (Bonnet, Duchesne, 2014). De manière plus générale, une situation d'infertilité du couple peut amener l'homme à renouer avec des modèles de conjugalité traditionnels et à répudier son épouse ou encore à prendre une coépouse.

De fait, comme cela a pu être décrit dans des études portant sur les représentations de l'AMP dans d'autres pays non occidentaux, les échanges en ligne attestent du fait que « la recherche de thérapie de l'infertilité, est rarement, voire jamais, considérée comme facultative »⁷ (Inhorn, 2003 : 17). Le dispositif de communication soutient les femmes dans leur volonté d'être mère et ce, quelles que soient les embûches. Ainsi, l'analyse de contenu des échanges montre clairement qu'accéder à ces technologies représente pour ces internautes une véritable nécessité (Tymstra, 2007). La technologie AMP est perçue comme « porteuse d'espoir » (Inhorn, 1994). D'ailleurs, on ne retrouve aucun des jugements moraux concernant les technologies AMP décrites par cette même auteure dans un contexte non-occidental musulman et quasiment aucun échange ne porte ni sur les risques (hyperstimulation⁸ et grossesse multiple) ni sur le caractère invasif de l'AMP. Les médicaments (hormones de stimulation notamment) eux non plus ne font l'objet d'aucune discussion quant à leurs potentiels effets secondaires alors même que bien des travaux d'anthropologie du médicament

7 Traduction personnelle : « The notion of 'reproductive choice', particularly in pronatalist societies such as Egypt, where motherhood, and thus infertility therapy seeking, are rarely if ever viewed as optional ».

8 Les femmes observent leur propre corps et sont attentives aux symptômes révélateurs d'hyper-stimulation mais la possibilité de survenue d'un tel événement n'est jamais avancée comme un motif de refus d'entrer dans un parcours AMP.

ont montré combien dans de nombreux contextes socioculturels ces marchandises scientifiques mondialisées sont envisagées de manière ambivalente associant popularité et scepticisme (Geest, Whyte, 2003). D'ailleurs, l'analyse des échanges menés en ligne par des internautes sud-africains sur d'autres forums montre que les femmes s'interrogent dans cet autre contexte sur l'impact des médicaments et des technologies sur leur propre corps. On peut ici faire l'hypothèse selon laquelle les difficultés d'accessibilité aux traitements rencontrées par les femmes ouest africaines rendent les technologies AMP d'autant plus désirables et cela tend à écarter les discussions portant sur le rapport bénéfice/risque de ces technologies. En effet, l'accessibilité aux traitements en Afrique du Sud ou dans les pays d'Afrique francophone diffère sensiblement. En Afrique du Sud, le développement des technologies AMP est antérieur au développement français. La prise en charge peut se faire dans le secteur public ou privé. Dans les pays d'Afrique francophone, l'AMP est une marchandise technoscientifique. Elle ne peut se pratiquer que dans le secteur privé avec un coût moyen de 2 millions de francs CFA (soit environ 3000 euros), avec des variations selon les techniques utilisées. Ensuite, cette technologie a une histoire plus ou moins longue : 20 ans pour le Cameroun et quelques années seulement pour d'autres pays.

Ainsi, au fil des productions discursives des internautes, on voit se dessiner une forme locale d'extension de la biomédecine (Simon, 2016) dans laquelle l'appropriation des biotechnologies se fait sans négociation - sans doute du fait de l'accessibilité locale limitée de ces marchandises technoscientifiques - tout en parvenant à articuler l'approche biomédicale de la procréation à des cadres de référence plus traditionnels. Pour ces femmes, échanger en ligne c'est contribuer à faire tenir ensemble injonction à être mère et injonction biomédicale.

Renforcer la confiance dans l'offre locale d'une technologie mondialisée

Cette absence de négociation dans l'appropriation des technologies AMP est d'autant plus évidente que les échanges en ligne sont marqués par une absence surprenante d'échanges d'informations au sujet de l'infertilité et des manières de la prendre en charge médicalement. Différents travaux portant sur l'internet et les questions de santé, ont pourtant pu montrer que les attentes des internautes sont majoritairement de trois ordres : obtenir/donner des informations sur la santé, rechercher/fournir un soutien émotionnel, obtenir/fournir des informations pratiques pour résoudre ses propres difficultés de santé (Berg, 2011). Dans notre cas, les échanges au sein du fil « Qui connaît Procrea et Fatima à Abidjan ? » ne consistent que très peu (voire pas) à faire circuler et à commenter des informations sur l'AMP provenant d'autres médias. Aucune discussion n'a par exemple eu lieu à la suite de l'annonce dans les médias de la première greffe d'utérus en octobre 2014. De même, quand le portail ivoirien *www.lebabi.net* publiait deux articles en juillet de la même année sur la FIV et les dernières innovations, aucun relai n'est fait à l'intérieur du fil de

discussion. L'espace numérique ne semble pas vouloir s'offrir en un lieu de production de savoirs alternatifs ou simplement d'un type nouveau favorisant un enrichissement des savoirs biomédicaux locaux.

Les internautes en échangeant sur leurs expériences de l'AMP cherchent plutôt à mieux s'informer auprès de leurs pairs de ce qui se pratique afin d'évaluer la prise en charge qui leur est proposée localement. De nombreuses internautes utilisent internet dans une démarche qui vise donc avant tout à identifier le bon service et à se rassurer tout au long de leur parcours de patients. Ainsi, Philly, parlant d'un docteur qui a suivi sa première IAC, remarque : « L'IAC que j'ai faite chez X n'a rien à voir avec ce que je lis sur les forums » (24 août 2011). Ce « mieux évaluer » ne participe pas d'une distance critique vis à vis de la biomédecine, il s'agit avant tout de mieux s'approprier les protocoles biomédicaux. La question qui structure les discussions au fond est celle du transfert de cette technologie en Afrique et sa fiabilité localement. Les internautes ayant besoin d'être rassurées en appellent aux témoignages des autres : « Je veux y croire, j'ai besoin de vos témoignages ». Plus particulièrement, la fondatrice du fil de discussion – qui aura finalement un enfant – s'impose en preuve vivante du « ça marche ». Et jusqu'à la fin 2013, toute nouvelle inscrite lisait l'ensemble des messages postés sur le fil et se référait à l'expérience fondatrice de la créatrice du fil de discussion. On voit alors se dessiner une personnalisation de la réussite de l'AMP tant du côté du praticien que de celui des femmes. Quand ensuite en 2014, plusieurs internautes tombent elles aussi enceintes, la question de la personnalisation se situe dès lors plutôt du côté des médecins. Ça marche avec telle clinique et tel médecin, il convient de recourir à un praticien expérimenté pour pallier le fait que « en Côte d'Ivoire, [c'est] encore en phase expérimentale » (Sophie). Et si des praticiens expérimentés il a, il y a ceux qui ne le sont pas : des praticiens dont on doute de leur capacité à poser le bon diagnostic et de faire le bon choix thérapeutique, des praticiens qui ne sont guère plus que des marchands d'AMP. Aussi, les questions posées le plus souvent sont : où faire ma FIV ? Chez qui ? À quel coût ? Bref, « qui connaît la clinique Procrea et Fatima à Abidjan ? » (pour rappel titre du fil de discussion).

Il convient de préciser qu'à la différence d'autres marchandises technoscientifiques (*e. g.* pompe à insuline pour le diabète), l'AMP est une technologie qui a besoin d'une équipe médicale spécialisée (gynécologue et biologiste) pour fonctionner. La relation entre patients et médecins évoquée en introduction s'invite donc inévitablement dans les discussions en ligne. Une part importante des échanges vise à renforcer la confiance concédée aux praticiens par les internautes qu'il s'agisse de confiance raisonnée (basée sur la compétence du professionnel, sa rigueur scientifique) ou affective (basée sur les qualités humaines du praticien : expert attentif, disponible, sachant écouter) (Sarradon-Eck, *et al.* 2008). Lorsque l'internaute a choisi son praticien, sa clinique, il s'agit aussi d'améliorer le processus de circulation de l'information médicale au sein de la relation

patient/médecin. À la lecture des échanges en ligne, on voit que ces dernières considèrent qu'elles sont en droit de demander des explications et d'en recevoir. Elles sollicitent leurs pairs en amont afin de pouvoir poser les bonnes questions en temps voulu à leur médecin. Et face à un événement imprévu, les internautes échangent mais elles invitent toujours la femme concernée à joindre le gynécologue au plus vite ; gynécologue dont la plupart disposent du numéro de téléphone portable. On peut avancer que s'autoriser à poser des questions à son praticien participe clairement d'une forme de rééquilibrage de la relation patient/médecin dans des pays où cette dernière est encore trop souvent patriarcale et unilatérale.

Notons que le statut social aisé des internautes peut en lui-même tendre à « rééquilibrer » la relation asymétrique entre médecin et patient. Dans le cas des populations les plus aisées, les entretiens menés avec les patients de la clinique Biasa montrent qu'internet (plutôt sur la forme de recherche d'informations *via* des moteurs de recherche) s'invite dans la relation patient/médecin. La plupart des personnes interviewées, de condition sociale aisée, ont expliqué chercher les termes qu'ils ne comprennent pas dans le cadre de la consultation : « Oui, quand on arrive à certains termes que je ne comprenais pas, je lance sur google pour savoir de quoi il s'agit ». Allant plus loin, un des hommes traités à la clinique Biasa pour azoospermie sécrétoire sévère expliquait qu'il ne comprenait pas son problème d'infertilité. Son médecin n'avait pas pris le temps de lui expliquer et il n'osait pas l'interroger :

« C'est comme ça que j'ai compris qu'il y a l'azoospermie excrétoire et sécrétoire, j'ai cherché d'assimiler mon cas, pour voir de quelle azoospermie il s'agit, parce que souvent ce qui est écrit sur les analyses c'est seulement azoospermie, on n'explique pas [...]. Quand j'ai copié ces choses après, j'avais ça dans mon portable, j'ai donné ça à madame, quand on se voyait le week-end, elle a aussi lu la chose, parce que ce qui me bloquait était surtout que on arrivait pas à comprendre ». Ensuite, il explique avoir pu « venir pour lui demander [à son médecin] concrètement est-ce que il peut me dire si c'est azoospermie excrétoire ou sécrétoire ? ».

Ce type d'observation, nous amène à avancer l'hypothèse selon laquelle la quête d'informations en ligne, s'inscrit dans des stratégies de rééquilibrage de la relation patients/médecins déployées au moins par une élite sociale africaine en quête de thérapie locale pour leur infertilité. Ce rééquilibrage se situe toutefois à la marge tant dans ses contenus (s'autoriser à poser des questions à son thérapeute pour mieux comprendre l'information biomédicale) que pour ses acteurs (potentiellement circonscrits à une population socialement aisée disposant d'un capital social suffisant).

Construire un espace de soutien social en ligne

La configuration singulière du public du fil de discussion telle qu'elle a été dessinée préalablement

renvoie aux collectifs de patients fondés sur une « organisation biosociale » au sens de Paul Rabinow (1996). Dans la filiation de ses travaux, nombre de chercheurs ont étudié l'engagement de ce type de collectifs dans la production des savoirs biomédicaux contribuant *in fine* à les nourrir d'un nouveau regard. On retrouve ici l'analyse que je qualifierai de plus optimiste (par rapport à l'approche critique) de l'impact des espaces numériques sur le champ sanitaire (*empowerment* des patients et enrichissement des savoirs). Pour autant, le fil de discussion ne s'offre pas en socle à partir duquel pourrait soit émerger une forme de savoir médical différent soit être engagée une action politique/militante (*e. g.* affirmer la possibilité de choisir d'être mère ou pas, lutter contre les inégalités d'accès aux soins entre Nord et Sud mais aussi entre pays des Suds ou entre patients d'un même pays) comme cela a pu être décrit dans la littérature au Nord (Akrich, Méadel, 2007 ; Thoër, 2012). Dans un tel contexte, que peut signifier d'appartenir à un tel collectif biosocial ?

Compte tenu de la prégnance du stigma social associé à l'infertilité et ce malgré les mutations en cours dans les sociétés dont sont issues les internautes, l'infertilité reste quelque chose que l'on cache. Bien sûr les conversations en ligne étudiées sont visibles de tous puisque le forum *www.enceinte.com* ne nécessite pas d'inscription préalable. Pourtant ces conversations ne relèvent peut-être pas de la chose publique, si on tient compte du fait que tout ce qui est visible n'est pas forcément public. Si ces femmes acceptent d'échanger sur le net, c'est parce qu'elles le font dans une arène confinée sous couvert de l'anonymat, comme l'illustre cet extrait d'un post :

« Ne t'enferme surtout pas ! Ici c'est plus facile de se confier vu qu'on est dans le virtuel et on est pas censées se connaître, donc libères-toi ma chérie ça fait du bien. Ne rumines pas tes souffrances toute seule on est là pour se soutenir anciennes essayeuses, nouvelles essayeuses, maman et j'en passe bisous et reviens vite nous parler » (octobre 2014).

Les manières de gérer leur identité numérique rendent compte de cette quête d'anonymat. Quand certaines internautes françaises utilisent leur photographie pour tout avatar, les internautes africaines privilégient les avatars photogéniques qui évoquent un trait de personnalité, une humeur, une émotion (Pereny, Amato, 2010). De plus, aucune d'entre elles n'a jugé utile de renseigner son profil (*a contrario* là encore des internautes françaises). Enfin, alors que plusieurs d'entre elles sont d'Abidjan et sont traitées dans la même clinique, presque aucune n'envisage de se rencontrer physiquement ; elles tentent de garder une distance gage du maintien de cet anonymat. D'autres études portant sur des communautés stigmatisées ont montré combien cette recherche d'anonymat pouvait être un facteur déterminant dans leurs usages en ligne (Lévy, 2009). Le risque que constitue la rupture d'anonymat a d'ailleurs été évoqué par les personnels soignants de la clinique Biasa pour expliquer l'échec de la mise en place de groupes de soutien dans leur établissement :













« Beaucoup n'aiment pas en parler, c'est ça le gros problème, même ici quand je les prends en charge... J'ai préconisé qu'on fasse des groupes de parole, mais je n'ai vu personne, personne ne

vient, elles me disent ‘nous sommes désolées, on ne veut pas que ça se sache’ » (entretien avec la Psychologue de la clinique Biasa, 2013).

Ajoutons qu'on remarque une certaine pudeur des internautes qui n'évoquent le plus souvent que par sous-entendu le stigma social qu'elles endurent de la part du lignage : « Vous savez ce que c'est avec la belle-famille » ; « Chez nous en Afrique, vous savez ». Cette pudeur concourt sans doute à ne pas perdre la face en écartant un sujet sensible. Les enquêtes ethnographiques menées par Marcia Inhorn (2003) montrent que la peur d'apparaître pathétiques et déprimées est un des motifs de refus de participer à des groupes de discussion en face à face. De manière générale, les échanges en ligne permettent sans doute plus facilement d'éviter de se montrer dans cet état émotionnel puisqu'il suffit de ne pas poster si le découragement est trop fort. Les internautes absentes sur de longues périodes s'excusent d'ailleurs souvent auprès de leurs pairs en évoquant le fait qu'elles étaient trop déprimées. Mais au-delà de cela, tenant les ascendants et les collatéraux loin de leurs échanges, les internautes peuvent oublier la stigmatisation sociale. Interagir dans un lieu où le stigma social n'est pas actualisé... Ce voile posé sur la stigmatisation sociale peut laisser supposer que le forum s'offre en un refuge pour un collectif biosocial (les vocables de « maison » et de « famille »⁹ sont utilisés par les internautes pour désigner le fil de discussion et ses membres) pour qui la famille au sens propre du terme ne peut plus en constituer un.

Ainsi, quand les groupes de paroles semblent avoir du mal à exister hors ligne, les échanges observés en ligne favorisent l'émergence d'un espace de soutien permettant de rompre l'isolement et d'exprimer ses sentiments. Le collectif reste néanmoins structuré par la double injonction (procréative/médicale) évoquée plus haut. La forme des échanges de soutien émotionnel suit donc une structure relativement constante. À chaque étape ou événement traversés, les internautes s'encouragent, se réconfortent. À l'expression du désarroi, répondent des messages d'encouragements auxquels il convient de réagir positivement en réaffirmant sa volonté d'aller de l'avant. Dans cette succession d'épreuve, les internautes convoquent toutefois une institution sociale hors ligne préexistante au collectif numérique. Le recours à la foi (avec une représentation de différents monothéismes : christianisme, néo-christianisme, islam), permet à de nombreuses internautes d'accepter les échecs successifs considérant que Dieu voulait qu'il en soit ainsi. Cette vision selon laquelle la réussite ou l'échec de l'AMP dépend de la main de Dieu est une des singularités de ce fil de discussion : trajectoire biomédicale et recours à la prière y sont enchevêtrés. Les internautes qui visitent d'autres espaces du forum jonglent d'ailleurs avec les différents codes sociaux. Comme dans le reste du forum, le partage des émotions entre internautes passe, le plus souvent par un usage surabondant des émoticônes qu'il s'agisse de se réjouir après un événement

9 Le mot famille est utilisé 75 fois sur l'ensemble du fil de discussion et désigne dans plus de la moitié des cas la famille d'accueil que constitue le collectif d'internautes.

heureux ( ;  ;   ; ) ou de soutenir une internaute après un événement malheureux ( ;  ;  ; ). Aussi quand la fondatrice du fil explique par exemple aux internautes africaines qu'elle brûle des cierges pour accompagner sa FIV, elle « croise les doigts    » lorsqu'elle poste le même message dans des fils de discussion généralistes du forum www.enceinte.com. Les membres du fil montrent ainsi une capacité d'adaptation en fonction de leurs interlocuteurs et de leurs valeurs supposées. Mobiliser la foi comme une ressource pour accompagner l'épreuve de l'AMP rend compte de logiques locales (de reterritorialisation ?) qui traversent cet espace de soutien en ligne fondé sur un collectif cosmopolite biosocial.

Prendre part aux évolutions sociales hors-ligne : une reconfiguration des rapports matrimoniaux locaux ?

Ce fil de discussion est consacré avant tout à une technologie qui répond à une situation d'infertilité susceptible de déclencher différents mécanismes d'exclusion sociale à l'égard des femmes. Pour percevoir en quoi ce lieu d'échange en ligne peut amener à penser des scénarios alternatifs susceptibles de renforcer le statut social des femmes confrontées à l'infertilité, il convient de faire un pas de côté et s'intéresser aux échanges qui abordent la gestion du projet AMP à l'intérieur du couple. Poursuivons pour ce faire sur la question du soutien social. Margaret et Wolfgang Stroebe (1996) distinguent quatre types de dispositifs de soutien social en ligne : émotionnel, informationnel, évaluatif (aide à la décision) et tangible (par exemple : l'offre de soutien financier). Nous avons décrit préalablement différentes pratiques en ligne qui relèvent du soutien émotionnel, du soutien informationnel et évaluatif (solicitation de témoignages et quête d'informations pratiques visant l'un et l'autre à identifier l'offre de soin locale et à réduire l'incertitude).

Concernant le soutien tangible, on pourrait avancer avec d'autres auteurs que ce dernier est minoritaire dans les échanges en ligne (Gauducheau, 2012). Le coût de l'AMP et les difficultés rencontrées par les internautes est un sujet récurrent sur le fil de discussion. Les internautes se donnent le plus souvent des conseils pour négocier avec leur clinique ou encore pour se procurer les différents traitements à moindre coût (dans telle ou telle pharmacie par exemple). Il s'agit là d'autres formes de soutien informationnel et évaluatif, mais ponctuellement, en fonction des affinités qui ont pu se tisser au travers des échanges en ligne, ceci peut donner lieu à une entraide matérielle effective. Il arrive qu'une internaute propose à l'une de ses interlocutrices privilégiées de bénéficier de son réseau d'approvisionnement à l'étranger ou encore fait don du reste de ses médicaments. Et si on peut aisément penser qu'un groupe en ligne ne peut, comme un groupe hors ligne, fournir aussi facilement un soutien financier, accompagner quelqu'un à la clinique ou encore s'imposer en médiateur pour résoudre des conflits de couple, il n'en reste pas moins que de

nombreux échanges visent aussi à résoudre des situations de tensions familiales induites par l'infertilité du couple et fournissent ainsi une forme singulière de soutien tangible.

En effet, le projet AMP fait l'objet de discussions et négociations au sein du couple. Le forum s'invite dans les négociations et joue véritablement un rôle de médiateur. Premièrement, il convient de rappeler que la question de l'infertilité n'affecte pas toujours les deux membres du couple de la même façon. Les internautes évoquent régulièrement le manque d'implication des époux et elles discutent des moyens de les inciter à être plus observants dans leurs prises de médicaments. Deuxièmement, la configuration singulière de l'offre locale d'AMP fait de cette offre de soin une charge financière considérable pour les couples. Les femmes évoquent le désaccord qui peut émerger au sein du couple quant à la poursuite du projet d'AMP après un échec et cherchent collectivement des solutions (médiation des conflits au sein du couple) afin d'éviter que le projet procréatif devienne un projet solitaire de l'épouse. Ceci est d'autant plus important que des chercheurs enquêtant à Douala ou à Paris auprès des femmes africaines en situation de migration procréative, ont pu montrer qu'un des risques du projet AMP est qu'il cesse d'être un projet de couple « mettant ainsi à mal la construction initiale d'un couple fondé sur le partage de valeurs et la solidarité face aux épreuves » (Bonnet, Duchesne, 2014, p. 57).

Les internautes conseillent régulièrement de mobiliser leur potentiel de séduction féminin pour négocier une nouvelle AMP. On peut convoquer ici la notion de « sexualité transactionnelle » décrite dans la littérature africaniste féministe (Broca, Deschamp, 2014). Elle s'inscrit dans une analyse des rapports de genre qui avance qu'il existe un *continuum* depuis la prostitution vers des échanges de services donnant lieu à des cadeaux à l'intérieur du mariage. Le mariage est entendu ici au sens de Claude Lévi-Strauss pour qui il est une forme d'échange entre lignages dans lequel la femme n'est pas un partenaire mais un des objets de cet échange. La sexualité apparaît dès lors comme le seul élément qui dépend encore du bon vouloir de la femme et doit ainsi être monnayée.

Il aurait fallu mener des entretiens avec les internautes pour interpréter finement le sens de cette marchandisation de services sexuels à l'intérieur du mariage pour obtenir une marchandise permettant d'assurer la fonction procréative de ce dernier. On peut néanmoins avancer que cette marchandisation a clairement vocation à conforter le capital social de l'épouse mis en danger par l'infertilité. Mais plus encore, la façon dont est abordée la sexualité en ligne me semble introduire une forme de rupture dans ce *continuum*. Si les échanges en ligne rappellent inlassablement que les femmes sont faites pour faire des enfants, ils sont aussi l'occasion d'évoquer le fait qu'elles peuvent être *sujet* de leur sexualité et non plus seulement *objet*. Rappelons que l'AMP implique de prescrire les rapports sexuels (à un instant t) lorsqu'elle n'introduit pas simplement une disjonction entre procréation et sexualité. Afin de rétablir une relation entre les deux et surtout de continuer à faire tenir ensemble désir et sexualité, les internautes échangent régulièrement de « petits trucs » pour

éviter que ce parcours médicalisé ne vienne éteindre leur sexualité de couple :

« Pour le truc hot du weekend : [...] après le bain : massage + raisins que tu mets dans sa bouche à partir de ta bouche, après ça séance de caresses + attouchements + fellation (désolée) avec des glaçons de préférence si zhom n'est pas frileux + il peut te rendre la pareille... bon si après ça vs n'êtes pas excités comme des lapins on ne peut rien faire pour vous lol » (Belle, juin 2014).

Cette sexualité initiée par les femmes (et non plus comme service rendu en réponse à une demande uniquement masculine) est bien entendu décrite avec plus ou moins d'assurance et de pudeur : « J'aurais du t'envoyer ça en MP on va me prendre pour une dévergondée » écrira Belle après le message précédemment cité. Il n'en reste pas moins que l'AMP peut dès lors s'inscrire dans un projet de « couple » en prise avec les notions de plaisir sexuel, d'amour et de confiance mutuelle.

En insistant sur le couple, ces échanges en ligne contribuent sans doute à façonner collectivement une notion qui n'est pas encore stabilisée localement. Car en effet, cette nouvelle forme d'union permettant aux femmes de se détacher de certaines pesanteurs sociales « demeure[nt] en décalage avec les normes sociales qui continuent de signifier les positionnements genrés des hommes et des femmes dans les relations conjugales » (Grange Omokaro, 2013 : 164). Aussi quand certaines internautes abordent finalement la question de la famille et la belle-famille, on remarque immédiatement que les échanges à ce sujet vont dans le sens de la protection du couple avec un rapport distancié vis à vis de la famille plutôt caractéristique des nouveaux rapports de conjugalité et de parentalité :

« - Mon mari ne veut plus entendre parler d'essais et mon couple en péri, ma belle mère l'appelle tous les jours pour lui demander si on a une bonne nouvelle pour elle. Mes parents ne savent pas que c'est mon mari qui a un problème et ne l'imagine même pas parce qu'il à déjà un enfant. Ils m'envoient tout le temps des médicaments traditionnels pour que je me purge, ils me trimbalent chez tous les tradipraticiens, tu peux imaginer combien j'en ai marre et que ce secret me pèse.

- [...] Tiens bon ma belle, l'amour est plus fort que tout et cet amour qui vous lie permettra à ton homme de revenir à de meilleurs sentiments » (Sophie et Rose, janvier 2012).

Au travers des échanges en ligne, on voit donc émerger de nouvelles formes de récit fondées sur un modèle naissant de conjugalité et de parentalité propre aux milieux urbains contemporains visant à écarter l'identité stigmatisante liée à l'infertilité et peut-être ainsi permettant aux internautes d'imaginer un avenir différent.

Conclusion

L'approche développée dans ce texte prend ses distances avec des analyses parfois surplombantes qui oscillent entre perspective critique de l'internet (avènement de l'instantanéité, outils de la biopolitique, etc.) et discours apologique (vecteur d'individualisation, renforcement de

l'autonomie). Il s'agit de prendre le dispositif technique au sérieux tout en cherchant à décrire comment la singularité de l'événement malheureux (l'infertilité et le stigma social associé), la spécificité de l'accès local aux soins, et différents rapports sociaux asymétriques (rapports patients/médecins, hommes/femmes notamment) sont articulés, pensés voire repensés par des « acteurs capables » d'un public singulier d'un fil de discussion. Documenter la diversité des expériences des publics des TIC dans le cadre de la mondialisation permet ainsi de mettre en évidence certains manquements de la littérature construite essentiellement à partir d'observations menées au Nord et centrées sur la relation patient/médecin. En cela cette étude s'inscrit dans des travaux que j'ai pu conduire antérieurement sur les processus de mondialisation caractérisés par un double mouvement de déterritorialisation et de reterritorialisation. Dans ces travaux menés à partir de terrains susceptibles de s'offrir en grille de lecture heuristique du phénomène de mondialisation (dynamique des systèmes de soin traditionnels : Simon, Egrot, 2012 ; objets thérapeutiques hybrides : Baxerres, Simon, 2013 ; et maintenant les espaces sanitaires numériques), il s'agissait de contribuer à "enrichir le nuancier des expériences morales" contemporaines (Cefaï, 2010 : 293). Observer les différents rapports sociaux qui sont mobilisés par des femmes vivant en Afrique sur un forum de discussion français portant sur l'expérience de l'infertilité, c'est appréhender dans le temps de la mondialisation la diversité des rapports d'asymétrie et des formes locales de différenciation et de façonnement des identités.

Aussi, considérant que l'analyse des rapports de domination, de leurs modes d'actualisation et de leurs intersections ne sont pas des phénomènes stables et toujours cohérents et qu'ils varient selon les sociétés (Nash, 2011), j'ai essayé de penser de façon nuancée comment ces femmes, à travers leurs pratiques numériques, négocient et repensent différents rapports contraignants qui viennent façonner leur expérience singulière de l'infertilité. Aux prises avec une problématique de santé qui mobilise de nombreuses institutions (familiales, religieuses, médicales), ces femmes produisent en ligne des agencements nouveaux faisant tenir ensemble différents rapports de force qui entrent en tension. Ces rapports de force peuvent aussi bien enfermer les femmes dans un désir de technologie basé sur un rapport de genre contraignant fondé sur la nécessaire maternité, renforcer la médicalisation de leur corps que leur fournir une opportunité d'*empowerment* en s'appuyant sur des formes de socialité en ligne cosmopolites (sans être déterritorialisées) et sur l'expérimentation de nouveaux modèles de conjugalité qui entrent en résonance avec des mutations sociales en cours dans leurs sociétés d'appartenance.

Références

Akrich Madeleine, Méadel Cécile, 2007, « De l'interaction à l'engagement : les collectifs électroniques, nouveaux militants dans le champ de la santé », *Hermès*, 47, pp. 147-154.

- Akrich Madeleine, Méadel Cécile, 2009, « Les échanges entre patients sur l'internet, dossier thématique », *Presse médicale*, 38, pp. 1484-1490.
- Al Dahdah Marine, 2014, « mHealth : l'information de santé ubiqué ? », *Le Temps des médias*, 2 (23), pp. 52-65.
- Appel Violaine, Boulanger Hélène, Massou Luc, dirs, 2010, *Les dispositifs d'information et de communication. Concepts, usages et objets*, Bruxelles, De Boeck.
- Attané Anne, 2009, « Quand la circulation de l'argent façonne les relations conjugales. L'exemple de milieux urbains au Burkina Faso », *Autrepart*, 49, pp. 155-171.
- Backer Kristin K., 2008, « Electronic Support groups, patient-consumers, and medicalization : the case of contested illness », *Journal of Health and Social Behaviour*, 49 (20), pp. 20-36.
- Balandier Georges, 1969, « Les relations de dépendance personnelle », *Cahiers d'études africaines*, 9 (35), pp. 345-349.
- Baxerres Carine, Simon Emmanuelle, 2013, « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds », *Autrepart*, 1 (63), pp. 3-29. Accès : <http://www.cairn.info/revue-autrepart-2013-1-page-3.htm> (consulté le 8/04/14).
- Berg Kristen Andrea, 2011, *Health management in the age of the internet*. Thèse en philosophie, Faculty of Social Work University of Toronto, 301 p.
- Bonnet Doris, Duchesne Véronique, 2014, « Migrer pour procréer : histoires de couples africains », *Cahiers du Genre*, 56 (1), pp. 41-58.
- Broqua Christophe, Deschamps Catherine, 2014, *L'échange économique-sexuel*, Paris, Éd. de l'EHESS.
- Casilli Antonio, 2009, « Le stéthoscope et la souris : savoirs médicaux et imaginaires numériques du corps », *Esprit*, pp. 175-188.
- Clarke Adele E., et al., 2010, « Biomedicalization : technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine », *American sociological review*, 68 (2), pp. 161-194.
- Cefai Daniel (dir.), 2010, *L'Engagement ethnographique*, Paris, Éd. de l'EHESS.
- Heaton Lorna, 2011, « Internet and Health Communication », pp. 212-231, in : Consalvo Mia, Ess Charles, *The Handbook of Internet Studies*. Oxford, Wiley-Blackwell.
- Conrad Peter, 2005, « The shifting engines of medicalization », *Journal of Health and Social Behavior*, 46, pp. 3-14.
- Dimitracopoulou Angélique, 2006, *Enrichir les interfaces de forums par la visualisation d'analyses automatiques des interactions et du contenu*. Thèse en sciences et technologies de l'information et de la communication pour l'éducation et la formation, Université de la Mer Égée et IUFM de Créteil.
- Eysenbach Gunther, 2008, « Credibility of Health Information and Digital Media : New

- Perspectives and Implications for Youth », pp. 123–154, *in* : Metzger Miriam J., Flanagin Andrew J., eds, *Digital Media, Youth, and Credibility*, Cambridge, The MIT Press.
- Gauducheau Nadia, 2012, « Internet et le soutien social », pp. 93-112, *in* : Thoër Christine, Lévy Joseph, dirs, *Internet et santé : acteurs, usages et appropriations*, Québec, Presses de l'université de Québec.
- Goody Esther, 1982, *Parenthood and Reproduction : Fostering and Occupational Roles in West Africa*, Cambridge, Cambridge University Presse.
- Grange Omokaro Françoise, 2013, « Monétarisation de la sexualité et des sentiments en Afrique », pp. 153-170, *in* : Broqua Christophe, Deschamp Catherine, *L'échange économique-sexuel*, Paris, Éd. de l'EHESS.
- Hampshire Kate, 2014, « Mobile phones as therapeutic technology : digitally-mediated healing and transformation in Africa », Communication présentée à l'*International Symposium: Biomedical Technologies in Sub-Saharan Africa*. Lisbonne, 24-25 mars.
- Inhorn Marcia C., 1994, *Quest for Conception : Gender, Infertility, and Egyptian Medical Traditions*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Inhorn Marcia C., 2003, *Local babies, global science, Gender, Religion, and in Vitro fertilization in Egypt*, New York, Routledge.
- Jeanneret Yves, 2014, *Critique de la trivialité, les médiations de la communication, enjeu de pouvoir*, Paris, éditions Non Standard.
- Joseph, Isaac, 2007, *L'athlète moral et l'enquêteur modeste*, Paris, Economica.
- Jouët Josiane, Le Caroff Coralie, 2013, « L'observation ethnographique en ligne », pp.147-165, *in* : Barats Christine, dir., *Analyser le web en sciences humaines et sociales*, Paris, A. Colin.
- Lemire Marc, 2010, « L'appropriation de l'information de santé dans un contexte de transformation des modalités de diffusion et d'accès : une étude des usages grand public de l'Internet », pp. 187-203, *in* : Romeyer Hélène, dir., *La santé dans l'espace public*, Paris, Presses de l'EHESS.
- Lévy Joseph J. *et al.*, 2009, « Internet et santé des minorités sexuelles au Canada : une étude exploratoire », *Santé publique*, 2 (21), pp. 53-63.
- Maigret Éric, 2014, « Ce que les *Cultural Studies* font aux savoirs disciplinaires. Retour sur un débat », *Questions de communication*, 26, pp. 177-197.
- Monnoyer Smith Laurence, 2013, « Le web comme dispositif comment appréhender le complexe ? », pp. 12-31, *in* : Barats Christine, *Manuel d'analyse du web*, Paris, A. Colin.
- Nash Jennifer C., 2011 « 'Hometruths' on Intersectionality », *Yale Journal of Law and Feminism*, 23 (2), pp. 445-470.
- Pereny Etienne, Amato Etienne Armand, 2010, « L'heuristique de l'avatar : polarités et fondamentaux des hypermédias et des cybermédias », *Revue des Interactions Humaines*

Médiatisées, 11 (1), pp. 87-115.

Rabinow Paul, 1996, *Essays on the Anthropology of Reason*, Princeton university Press

Romeyer Hélène, 2008, « TIC et santé : entre information médicale et information de santé », *Tic&société*, 2 (1). Accès : <http://ticetsociete.revues.org/365>, consulté le 29/12/15.

Shaw Johanne, Baker Mary, 2004, « Expert patient: Dream or Nightmare ? », *British Medical Journal*, 328, pp. 723-724.

Sarradon-Eck Aline, *et al.*, 2008, « Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. *Pratiques et Organisation des Soins. Société française de santé publique*, 2008, 39 (1), pp.3-12. Accès : halshs-00322755, consulté le 08/03/17.

Simon Emmanuelle, 2016, « (Bio)médicalisation de la reproduction : le parcours d'internautes africaines francophones », pp. xx, *in* : Bonnet Doris, Duchesne Véronique, dirs, *Procréations médicales et mondialisation. Expériences africaines*, Éd. L'Harmattan.

Simon Emmanuelle, Egrot Marc, 2012, « Médicaments néotraditionnels : une catégorie pertinente ? À propos d'une recherche anthropologique au Bénin », *Sciences sociales et santé*, 30 (2), pp. 67-91.

Stroebe Wolfgang, Stroebe Margaret, 1996, « The social psychology of social support », pp. 597-621, *in* : Higgins E. Tory, Kruglanski Arie W., dirs, *Social Psychology*, New York, The Guilford Press.

Tabet Paola, 2014, « Échange économique-sexuel et continuum », pp. 19-60, *in* : Broqua Christophe, Deschamps Catherine, 2014, *L'échange économique-sexuel*, Paris, Éd. de l'EHESS.

Tain Laurence, 2004, « La maternité assistée », pp. 161-173, *in* : Knibiehler Yvonne, Neyrand Gérard, dirs, *Maternité et parentalité*, Paris, Éd. ENSP.

Tymstra Tjeerd, 2007, « At least we tried everything : about binary thinking, anticipated decision regret, and the imperative character of medical technology », *Journal Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 28 (3), p. 131.

Thoër Christine, 2012, « Les usages de l'internet-santé », pp. 37-56, *in* : Thoër Christine, Lévy Joseph, dirs, *Internet et santé : acteurs, usages et appropriations*, Québec, Presses de l'université de Québec.

Van Der Geest S., Whyte R.S. (2003), « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et sociétés*, 27 (2), pp. 97-117.

Vimard Patrice, 1991, « Modernité et pluralité familiales en Afrique de l'Ouest », *Revue Tiers Monde*, 34/133, pp. 89-115.

Ziebland Sue, 2004, « The Importance of being expert: the quest for cancer information on the Internet », *Social Science & Medicine*, 59 (9), pp. 1783-1793.