

# INTRODUCTION

## L'ÉMERGENCE DES TECHNOLOGIES DE LA REPRODUCTION EN AFRIQUE AU SUD DU SAHARA

Doris Bonnet\* & Véronique Duchesne\*\*

Introduites en Afrique subsaharienne à partir des années 1980-1990, les technologies de la reproduction sont encore largement méconnues du grand public africain, même si depuis une dizaine d'années certains média locaux en font état. Par exemple, des presses nationales ont publié dans les années 2000 des articles au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire ou au Sénégal sur la naissance de « bébé-éprouvettes ». Des émissions de radio ont relayé les avancées des médecins gynécologues et des biologistes africains, et des sites de cliniques privées pratiquant l'assistance médicale à la procréation (AMP) expliquent, images à l'appui, les techniques de fécondation *in vitro* (FIV), les transferts d'embryon, les injections intra-cytoplasmique de spermatozoïde, les transferts de gamètes intra-utérine. Comment expliquer alors cette méconnaissance du large public africain ?

Certes, l'assistance médicale à la procréation n'est proposée par les médecins qu'à des personnes qui ont un bon niveau socio-économique et qui peuvent investir près de 2 millions de francs CFA dans une fécondation *in vitro*. Mais cette mise à l'écart d'une partie de la population ne s'explique pas uniquement d'un point de vue financier, ou faute d'un capital scolaire leur permettant d'accéder à un savoir scientifique. Elle s'appuie aussi sur des raisons politiques.

\* Directrice de recherche émérite en anthropologie à l'Institut de recherche pour le Développement (IRD), membre du Ceped (UMR 196).

\*\* Maître de conférences en anthropologie à l'Université Paris Descartes (Université Sorbonne Paris Cité), membre du Ceped (UMR 196).

## L'INVISIBILITÉ POLITIQUE DE L'INFÉCONDITÉ EN AFRIQUE AU SUD DU SAHARA

L'émergence des technologies de la reproduction intervient dans un contexte sanitaire où l'offre de soins en santé sexuelle et reproductive, largement encouragée dans les textes des organisations internationales, est insuffisamment organisée sur le terrain. S. Epelboin (chapitre 8) rappelle la fréquence des pathologies tubaires post-infectieuses, souvent liées aux conditions de prise en charge défectueuses de la santé reproductive et d'accès aux soins dans les pays africains : grossesses précoces ou mal suivies, conditions difficiles d'accouchements ou de césariennes suivies d'épisodes infectieux, avortements pratiqués hors contrôle médical, parfois à des termes avancés. Pourtant, l'infertilité ne constitue pas véritablement pour les Etats africains un problème de santé publique. F. Le Marcis (chapitre 1) montre que l'infertilité en Afrique du sud est loin d'être un objet légitime pour l'action étatique. Comme dans la plupart des pays du continent, l'argument d'une surpopulation africaine conduit les États à considérer que l'infécondité ne relève pas de leur responsabilité. Seule, la planification familiale — et les politiques de population y afférant — sert de socle à la promotion d'une santé sexuelle et reproductive. Quant aux avortements, ceux-ci sont interdits par la loi, à l'exception de situations qui menacent la vie de la femme. Clandestins, ils ont, dans bien des cas, des conséquences dramatiques sur la fertilité des femmes quand ils ne les font pas mourir. On comprend, dès à présent, que la reproduction est un sujet éminemment politique, et que la diffusion des techniques médicales de la procréation ne pouvait se réaliser, dans un premier temps, que dans le secteur privé de la santé tel que l'expliquent V. Hörbst et T. Gerrits (chapitre 3).

Des médecins du secteur public revendiquent une amélioration de l'accès aux soins en matière de santé reproductive, même si de nombreuses pathologies relatives à l'infécondité (occlusion tubaire bilatérale, oligospermie sévère, déficit ovarien précoce) sont hors de portée des traitements médicaux et nécessitent une prise en charge spécifique (intervention chirurgicale, stimulation hormonale, insémination artificielle). Certains d'entre eux déploient, néanmoins, des efforts pour rendre les techniques d'AMP plus accessibles. Après un traitement hormonal de la femme et un recueil des spermatozoïdes et des ovocytes (suite à une ponction des ovaires sous anesthésie locale ou générale), les gamètes sont mis en fécondation *in vitro* (c'est-à-dire en dehors du corps de la femme) : soit les spermatozoïdes sont placés en contact avec l'ovocyte (on parle de FIV classique), soit un spermatozoïde est introduit à l'aide d'une pipette à l'intérieur d'un ovocyte (il s'agit de l'intra cytoplasmic sperm injection, ou ICSI). Ces techniques complexes nécessitent des explications détaillées et sont administrées par des professionnels de la santé. Pour améliorer notamment l'information sur ces techniques, des praticiens francophones ont créé en 2011 un « Groupe Inter-Africain d'Étude, de Recherche et d'Application sur la Fertilité » (GIERAF) afin de « mettre à la disposition des populations africaines

les informations actualisées sur l'infertilité et sa prise en charge [...] et constituer une tribune auprès des autorités médicales et politiques en vue de promouvoir des plans d'action en faveur de la préservation de la fertilité et de la prise en charge de l'infertilité ». Jusqu'à aujourd'hui cinq congrès se sont déroulés dans des pays francophones, le dernier ayant eu lieu en République Démocratique du Congo (RDC) en février 2015. L'objectif est également d'élaborer un processus de certification (standardisation des normes de l'établissement par des experts) pour l'ensemble des cliniques affiliées au GIERAF. Il reste néanmoins difficile d'obtenir les résultats des activités d'AMP des cliniques privées. La concurrence entre cliniques privées ne favorise certainement pas la divulgation des résultats en termes de nombre de tentatives de FIV et de naissances de bébés par AMP par an. Certes, la plupart de ces cliniques ont des sites web accessibles sur internet mais, là aussi, peu d'entre elles communiquent leurs résultats (voir le chapitre 2 de L. Massou). Du côté des organismes internationaux, l'International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies (ICMART) a pour objectif de regrouper les données mondiales sur la fécondation *in vitro*. D'après un de ses responsables, sur 6 centres pour 5 pays déclarés à l'ICMART en Afrique subsaharienne (Cameroun, Côte d'Ivoire, Bénin, Togo, Mali), l'Afrique du sud mise à part, on estime, en 2011, à 897 le nombre de ponctions pour 196 naissances d'enfants (J. de Mouzan, Société de la Médecine de la Reproduction, données communiquées oralement en décembre 2015). En Afrique du sud, 15 centres (sur 20 estimés dans le pays) ont déclaré, en 2011, 4861 ponctions et 1368 naissances. Certains centres et/ou pays ne se déclarent pas à l'ICMART (par exemple, le Kenya, l'Ouganda et le Nigéria).

La société Européenne de Reproduction humaine et d'Embryologie ou European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), fondée en 1985 et domiciliée en Belgique, ne rassemble pas de données sur les résultats des fécondations *in vitro* dans le monde, mais se livre, par contre, à un plaidoyer pour une fécondation *in vitro* à « bas prix » (*low cost*) dans les pays à faibles ressources, à partir d'une méthode développée par un médecin américain de l'Université du Colorado. Un programme intitulé « Walking Egg Project » (Ombelet 2014) a été mis en place, dans les années 2000, en partenariat avec un groupe de travail de l'EHSRE « Developing countries and fertility » pour revendiquer un accès universel au traitement de l'infertilité basé sur un système de matériels simplifiés (SCS) à faibles coûts. A ce jour, des essais ont été conduits au Ghana et au Kenya, mais sans résultats positifs (N. Dhont, communication personnelle le 27 janvier 2016). Le projet Walking Egg Project, défendu notamment par les médecins W. Ombelet et N. Dhont, a aussi pour objectif de porter à l'attention des organisations internationales et des responsables politiques le problème de la stérilité dans une approche globale de la santé de la reproduction, favorable à la planification familiale et à la santé maternelle. Ce projet de FIV *low cost* suscite des controverses dans le milieu

médical, certains médecins et biologistes considérant que les procédures de diagnostic, les techniques, le matériel et les normes d'installation des laboratoires doivent être de même qualité, quel que soit le pays. Ce débat révèle une tension entre d'une part, la recherche d'une justice sociale dans l'accès au traitement de l'infertilité, et d'autre part, la revendication d'une même qualité de service dans le recours au traitement, qu'il s'agisse d'un pays du nord ou du sud. Cette tension confronte deux modèles de développement de la santé, l'un basé sur l'adaptation de la technologie à une population à faibles revenus, modèle fondé sur l'idée d'une santé qui prend en compte les inégalités sociales, l'autre reposant sur une vision libérale et mondialisée de la santé. Notons que l'émergence, en Afrique subsaharienne, du secteur privé libéral, en particulier depuis le début des années 1990 suite à une levée d'interdictions réglementaires et au gel du recrutement de médecins de la fonction publique, s'est accompagnée de la construction de nombreuses cliniques privées dirigées par des professionnels de la santé (médecins généralistes, radiologues, etc.), dans un contexte où le secteur public comptait de nombreuses carences (médiocrité de l'accueil et de l'hôtellerie, déficiences de certains plateaux techniques, etc.). Cette situation a favorisé l'arrivée de nouvelles compétences médicales, notamment dans le champ de la santé de la reproduction, et l'installation de centres de fertilité (Bonnet, à paraître).

Les technologies de la reproduction ont aussi permis à des couples séropositifs, à partir des années 2000, d'avoir un projet d'enfant. Rappelons qu'en France l'autorisation de pratiquer une AMP chez les couples à risque viral date de 1991. Aux débuts des années 2000, a débuté le recours à l'AMP pour les patients séropositifs. Jusqu'à cette époque, les médecins, suivant les recommandations de l'OMS, déconseillaient à leurs patients de procréer, de façon à éviter tout risque de surinfection et de contamination du partenaire séro-discordant et de transmission materno-foetale. En Afrique, le Cameroun par exemple, à partir de 2001, grâce à la détection de la charge virale spermatique des hommes séropositifs, a permis à des couples séropositifs de satisfaire leur désir de procréation (Youta, 2012). Avant cette date, nombre de malades avaient, pour ainsi dire, perdu tout espoir de procréer. Ceux qui avaient les moyens financiers d'accéder à l'AMP se sont donc tournés vers cette technologie. A partir de 2008, une commission d'experts du VIH rédige ce qu'il est convenu de nommer la « déclaration suisse » et annonce que « les personnes séropositives ne souffrant d'aucunes autres MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle ». De fait, les couples étaient en partie assurés de ne pas transmettre le VIH à leur partenaire s'ils prenaient régulièrement leur traitement. Aujourd'hui, ils n'ont donc plus l'obligation de recourir à l'AMP dans l'indication d'éviter la transmission au conjoint ou à l'enfant, quoique le motif du recours à l'AMP reste double : d'une part le souhait de certains couples de ne prendre aucun risque, d'autre part, les fréquentes altérations des trompes post-infectieuses indiquant la FIV.

Le désir d'enfant des couples séropositifs, avant la déclaration suisse, était entendu en termes de droit, la revendication s'appuyant sur une terminologie juridique de l'ONU de 1979 visant à l'élimination de toute forme de discrimination des femmes (CEDEF). Dans le cas des personnes stériles, on peut s'interroger sur l'absence d'une telle protestation dans la population générale, les femmes stériles étant fortement discriminées (répudiation, polygamie). En effet, si les associations de femmes sont nombreuses en Afrique subsaharienne pour constituer des réseaux de solidarité et positionner la question des femmes dans l'agenda politique global, aucun mouvement n'a véritablement revendiqué un droit au contrôle de la fécondité pour s'émanciper d'une maternité « glorifiée » ou pour lutter contre la pénalisation de l'avortement. Malgré les appels des féministes africaines à une transformation des conditions de vie des femmes, les activités de plaidoyer ne portent pas véritablement sur les questions relatives à la santé de la reproduction.

## UN SUJET NOUVEAU POUR LES SCIENCES SOCIALES AFRICANISTES

Si cet ouvrage se veut novateur et a l'ambition de toucher un large public africain, il cherche aussi à combler une lacune en termes de connaissances pour les sciences sociales africanistes. Le recours aux technologies de la reproduction a fait l'objet de nombreux travaux en sciences sociales à partir des années 1990, mais principalement pour les mondes euro-américains. A partir des années 2000, l'anthropologue M. Inhorn a mené des travaux pionniers en Egypte (Inhorn, 2003). En revanche, l'Afrique subsaharienne pourtant caractérisée par une « ceinture de l'infertilité » — un espace « à géométrie variable » qui s'étend, selon les auteurs, de l'Afrique de l'ouest sahélienne à l'Afrique Centrale et à l'Afrique de l'Est jusqu'à la Tanzanie (Cooper, 2013) — n'a pas fait l'objet de recherches sur le recours aux technologies de la reproduction. En fait, les premiers travaux africanistes sur l'AMP ont été menés au Mali par l'anthropologue allemande V. Hörbst (2006) qui nous offre, ici, avec sa collègue néerlandaise T. Gerrits un chapitre sur l'Ouganda et le Ghana (chapitre 3). Ces auteurs s'inscrivent dans le droit fil de M. Inhorn qui a forgé le concept de *reproscape* qu'on peut traduire en français par « paysage mondialisé de la reproduction » (Inhorn, 2003). En référence à ce paradigme, plusieurs auteurs de l'ouvrage ont fait valoir un certain nombre de circulations en matière de reproduction, tant au niveau des techniques que des savoirs mais aussi des personnes et des gamètes. De fait, les technologies de la reproduction révèlent une accélération radicale des flux de sujets et d'objets, c'est-à-dire de capitaux, personnes, biens, images et idées, produisant un réaménagement de l'espace et du temps de la reproduction en Afrique subsaharienne d'une manière générale. Cette circulation des personnes, des objets et des savoirs s'observe également au niveau de la formation des professionnels de l'AMP. Dans le chapitre 3, V. Hörbst et T. Gerrits abordent la mobilité des gynécologues et des biologistes

ghanéens et ougandais, et par là même leurs différents modes d'acquisition des savoirs et savoir-faire au sein de réseaux transnationaux. Par exemple, une clinique ghanéenne a un directeur formé en Allemagne mais une partie de son équipe l'a été à Cuba et en Pologne. En Ouganda, les professionnels ont été formés au Royaume Uni mais aussi au Koweït, au Nigeria, et en Inde. Tous ont été formés au sein d'une mobilité professionnelle qui a impacté leurs protocoles d'AMP. Ces itinéraires révèlent des différences de normes juridiques et éthiques, selon les pays, et une constellation de personnes et d'institutions. Ainsi, certains directeurs de clinique se réfèrent dans leurs pratiques à des institutions nationales (l'ordre des médecins) et/ou étrangères (par exemple, l'agence française de biomédecine). De fait, on observe une superposition d'échelles tant nationales que transnationales ou internationales connectées à des formes hiérarchiques de pouvoir, ce que V. Hörbst a conceptualisé par le terme *medicoscape*, « paysage médical mondialisé » (Hörbst & Wolf, 2014), repris par plusieurs auteurs de cet ouvrage, F. Le Marcis, I. Fariès et T. Gerrits.

La circulation des patients, quant à elle, pose la question du « transnationalisme » dans la santé. Cette notion est mobilisée par I. Faria et V. Duchesne respectivement dans les chapitres 7 et 4. Dans le premier cas, les patients ont un parcours transfrontalier entre le Mozambique et l'Afrique du sud — certains faisant l'aller-retour dans la journée —, dans le second, ils circulent entre la France et la Belgique. Si certains patients se déplacent d'un pays à l'autre, d'autres circulent d'un continent à l'autre, de l'Afrique vers l'Europe, mais aussi de l'Amérique vers l'Afrique ou encore de l'Europe vers l'Afrique. Certains font aussi des déplacements « en chaîne », comme cette commerçante comorienne interviewée par V. Duchesne qui, après la Malaisie puis l'Égypte, part consulter en France. Parmi les multiples raisons qui poussent les couples à se déplacer (Inhorn, 2011), celles qui ont été mises en avant dans cet ouvrage sont : l'absence d'équipement dans le pays de résidence (notamment en Guinée ou Guinée Bissau), l'indisponibilité du don de gamètes, mais aussi, plus rarement, des problèmes de confidentialité (Gabon). Faut-il pour autant parler de « tourisme reproductif » ? Cette expression a été utilisée lorsque des patients se rendent à l'étranger pour des soins spécialisés, financièrement avantageux par rapport au pays de résidence, et incluant dans certains cas des vacances de détente. Elle est aussi évoquée dans le cas de déplacements, par exemple en Inde, pour la recherche d'une mère porteuse (GPA). Finalement, ce processus est difficile à qualifier, introduisant de nombreux débats moraux et éthiques. D'aucuns comme l'EHSRE préfèrent l'expression *Cross border reproductive care* (CBRC) qu'on peut traduire en français par « Soins reproductifs transfrontaliers ».

Ce paysage mondialisé de la reproduction n'empêche pas les couples en quête d'enfant de se tourner vers bien d'autres recours thérapeutiques ou religieux. Même après une consultation médicale, les couples, et les femmes en particulier, s'orientent vers des guérisseurs ou « herboristes » (ou encore

« naturothérapeutes »), correspondant le plus souvent à ceux que l'OMS nomme les « tradipraticiens » ou plus récemment les « praticiens de la médecine traditionnelle ». Les couples sollicitent aussi des personnalités religieuses (officiants de cultes pentecôtistes, marabouts, prophètes). Par exemple, à Dakar, selon M. Brochard (chapitre 9), les couples infertiles, quel que soit leur statut social ou professionnel, conjuguent souvent les consultations de gynécologie et d'urologie avec celles du guérisseur et du marabout. À Ouagadougou, M. Charmillot (chapitre 11) évoque la situation d'une femme qui a recours à plusieurs remèdes à base de plantes tout en suivant son traitement hormonal d'AMP. À Libreville, tous les couples rencontrés par A. Ekang Mvé (chapitre 10) qui ont recours à une AMP ont déclaré avoir consulté un devinguérisseur (appelé *nganga* en Afrique centrale) pour connaître l'origine de leur stérilité. Par ailleurs, E. Simon (chapitre 5) fait référence aux produits développés par des thérapeutes néo-traditionnels, et achetés sur internet par une bloggeuse ivoirienne durant son protocole d'AMP. Au-delà d'un pluralisme médical, ces diverses pratiques thérapeutiques pour traiter l'infertilité ne sont pas cloisonnées entre différents registres médicaux mais sont, le souvent, mises en œuvre d'une manière hybride. Cette notion d'« hybridité » renvoie à des pratiques qui combinent des savoirs biomédicaux et des savoirs traditionnels, notamment en demandant aux patients de réaliser des analyses biomédicales (comme le spermogramme ou une échographie) avant la prescription d'un traitement. L'opposition entre médecine biomédicale et « médecine traditionnelle », telle qu'elle a pu s'exercer jusque dans les années 1980 — à une époque où elle affirmait des enjeux identitaires postcoloniaux — est moins conflictuelle depuis que l'OMS a proposé une intégration des guérisseurs aux systèmes de santé nationaux, notamment pour des motifs économiques. Mais le modèle de l'OMS est loin de fonctionner, de par sa volonté d'exclure le religieux de ces espaces de soins.

## BIOMÉDICALISATION DE LA PROCRÉATION AU SUD DU SAHARA

A la fin des années 1990, des travaux historiques novateurs ont porté sur la médicalisation de l'accouchement et de la grossesse en Afrique subsaharienne (Hunt, 1999, Hugon, 2005). En revanche, l'émergence des techniques afférant à la reproduction (échographie, césarienne) est restée un sujet très peu développé par les sciences sociales (Werner, 2004). Aujourd'hui, le concept de « biomédicalisation » tend à remplacer celui de médicalisation. Il se réfère à la « révolution technoscientifique » de la fin du XX<sup>e</sup> siècle et à « l'incorporation des techniques informatiques et informationnelles » dans le domaine de la santé (Clarke *et al.*, 2000). Par ailleurs, L. Tain développe l'idée d'une « biomédicalisation des corps inféconds » pour nous interpeller sur les modifications du « corps reproducteur » (Tain, 2013).

Cherchant à analyser l'AMP dans le contexte de la mondialisation et de la biomédicalisation, des auteurs de cet ouvrage, spécialistes des techniques de l'information et de la communication, ont choisi de travailler sur l'analyse des sites web, des blogs, forums, articles en ligne sur le sujet. L'usage d'Internet à travers les forums de discussion étudiés dans cet ouvrage par E. Simon (chapitre 5), met en évidence une représentation médicale de l'infertilité, et une catégorisation des femmes africaines en ligne en fonction de leur diagnostic, de leur traitement ou encore du type de réponse au traitement. Contrairement aux forums où les messages postés peuvent être brefs, l'écriture d'un blog requiert davantage de soin dans la rédaction et la régularité. Ainsi, ceux étudiés par B. Simonnot (chapitre 6) illustrent la volonté des femmes à exprimer un témoignage sur le vécu de leur protocole et à le partager avec d'autres blogueuses. Quant aux sites web, analysés par L. Massou (chapitre 2), ils révèlent une diversité des publics visés : les patients, leurs proches, les professionnels de santé, les partenaires ou organismes sociaux et les médias. Malgré le caractère médical et technique des sites, les contenus sont conçus pour être le plus accessible possible aux futurs patients.

En Afrique, des écarts majeurs entre populations urbaines et rurales ou entre pays sont notables pour l'accès à l'Internet, mais la progression est très forte avec un développement urbain pléthorique des accès publics au Net. L'essor du numérique en Afrique subsaharienne se heurte encore à deux principaux facteurs. D'une part, le faible taux de pénétration d'Internet, d'autre part, le coût élevé de la connexion. Cette situation ne permet pas l'installation de réseaux internationaux de haute capacité. Ainsi, la « fracture numérique » des technologies de l'information et de la communication (TIC) vient s'ajouter à celle déjà existante entre populations riches et pauvres. Dans nos travaux, les principaux usagers, en particulier les femmes, ressortissent aux classes moyennes ou supérieures. Malgré leur statut social élevé, les femmes africaines connectées écrivent régulièrement leur sentiment d'injustice en comparaison de ce que peuvent vivre les femmes européennes. Le poids financier de l'AMP est fréquemment évoqué et régulièrement négocié avec le conjoint, comme en témoigne le cas développé par E. Simon. En fait, s'assurer de la qualité et du coût de l'offre locale, c'est aussi la confronter à ce qui se fait ailleurs. Les fils de discussions postés en France s'offrent alors en étalon d'évaluation.

Dans ce contexte, l'AMP reste porteuse de profondes inégalités de classes, puisque uniquement accessibles aux classes moyennes. Néanmoins, cette notion de « classes moyennes » reste problématique par sa définition. Des auteurs (Véron, 2012) font ressortir les classes moyennes des pays développés à un quadruple paradigme. Le premier par l'accès à un niveau de revenu qui extraie ces populations de la pauvreté, le deuxième par l'accès à une consommation qui ne se limite pas aux besoins de base, le troisième par leur participation à des processus de démocratisation, et enfin le quatrième par une émancipation vis à vis des solidarités et identités communautaires. S'il nous est difficile



d'apprécier, par nos enquêtes ethnographiques africanistes, la pertinence du troisième paradigme, on peut constater que les trois autres s'appliquent aux personnes qui ont recours aux technologies de la reproduction ou aux blogs et forums. Mais alors qu'on peut croire que nombre d'entre elles sont très fortunées, il n'est pas rare de rencontrer des couples qui n'hésitent pas à vendre des biens de consommation et à recourir à des prêts pour accumuler la somme nécessaire au paiement de la *FIV* et des examens y afférant (échographies, analyses biologiques, médicaments, etc.).

### *La famille : quels changements pour cette institution ?*

Les premiers travaux en sciences sociales qui se sont intéressés aux pratiques de procréation médicalement assistée ont été portés par des anthropologues dans le cadre de travaux sur les politiques de la reproduction et sur la place du féminisme dans ce champ (notamment les débats sur la législation de l'avortement et sur le conseil génétique etc.). Partant d'une approche culturelle spécifique de la reproduction, elles ont finalement appréhendé ce champ comme un point d'entrée pour l'étude de toute vie sociale et des phénomènes transnationaux y afférant (Ginsburg & Rapp, 1995). Elles y ont associé des travaux sur l'adoption, la parentalité, ou encore la transmission intergénérationnelle des savoirs sur l'enfance afin de faire valoir les constructions sociales de la « naturalité » du fait biologique, et les hiérarchies sociales qui y sont associées.

Quant aux sociologues françaises, c'est à la fin des années 1990 qu'elles ont publié leurs premières recherches (Tain, 1998 ; Mehl, 1999), et d'une manière soutenue à partir des années 2000 (Löwy, 2006 ; Théry, 2010). On peut souligner le fait que ces travaux étaient portés par des féministes pour lesquelles le champ de ces nouvelles technologies de la reproduction était indissociable de celui des rapports sociaux de sexe. Pour ces sociologues, l'assistance médicale à la procréation interrogeait aussi les différentes façons de « construire une famille ». Si, en Europe, le recours aux techniques de la reproduction a modifié les représentations de la famille, en Afrique, elle ne mobilise pas jusqu'à aujourd'hui un débat public sur cette institution. Seule, l'Afrique du sud fait exception où les femmes homosexuelles peuvent se marier depuis 2006 et avoir recours à l'AMP. Dans les autres pays au sud du Sahara, l'homosexualité est largement pénalisée, et ne permet donc pas aux couples homosexuels ni de se marier ni de recourir à l'AMP pour fonder une famille. De fait, les protocoles d'AMP, mise à part l'Afrique du sud, se fondent sur la notion de couple hétérosexuel, soit sur une « hétéronormativité » (Tabet, 1998) fondée sur le mariage. Dans nos enquêtes, l'exigence du mariage (ou du concubinage) est renforcée par le protocole d'AMP, même s'il semble moins stricte dans les pays anglophones (Ghana, Ouganda). Par contre, dans de nombreux pays, les couples qui ont recours à l'AMP peuvent être polygames, la polygynie étant reconnue

dans les codes civils de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Pour le médecin, seule la notion de couple est pertinente au moment de la consultation.

Le mariage repose sur le besoin impératif de descendance et détermine la question de la filiation. Qu'elle que soit la classe sociale et le niveau d'éducation des membres du couple, et même lorsqu'il vit à l'international, des enjeux de transmission et d'héritage (biens, chefferies) sont au cœur de la reproduction de la famille. Alors que le « confiage » des enfants (adoption intrafamiliale sans procédure légale) est quelquefois considéré comme une pratique palliative par rapport à la stérilité (Bonnet, 2014), les familles interrogées font bien valoir que cette situation ne comble pas un besoin de descendance, l'enfant confié restant l'héritier de ses parents biologiques. Certains couples préfèrent le recours à l'adoption légale (plénière) afin de résoudre cette question de filiation, malgré les réticences de la famille élargie. Ainsi, M. Charmillot montre, dans l'exemple burkinabè (chapitre 11), le refus de la famille élargie à recourir à l'adoption dans les cas de stérilité, en raison notamment de la question des origines de l'enfant adopté, par rapport à la problématique de l'héritage. On observe, dans ce cas, un éventuel conflit entre les règles dites « coutumières » qui ne reconnaissent pas un enfant adopté (primauté aux liens du « sang ») et la législation du code civil. Par contre, l'enfant issu d'une fécondation *in vitro*, même avec des ovocytes ou des spermatozoïdes de donneuse (eur), est considéré comme appartenant au lignage et ne pose aucun problème de filiation, d'autant qu'aucune personne n'est censée connaître ni l'origine de sa « fabrication » ni celle de ses gamètes.

La question de la filiation se pose précisément avec le don de gamètes. Comme dans le confiage, le don interroge les origines de l'enfant, tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'un don de sperme, avec la crainte que l'enfant soit rejeté par la famille si celle-ci est informée des secrets de sa conception, tel que D. Bonnet le développe dans le chapitre 12. Ceci étant, une enquête réalisée par le Dr Fiadjoe et ses collaborateurs, révèle que l'opinion publique togolaise est « décomplexée » sur le recours au don de gamètes pour un couple : 89 % des personnes interrogées se déclarent favorables à ce type de don uniquement pour les couples mariés, et 39% s'ils vivent en concubinage (Fiadjoe, 2013 : 86). Ces chiffres confirment l'exigence du maintien de l'institution du mariage comme fondement social de la filiation en Afrique subsaharienne.

L'obligation d'une stabilité conjugale (mariage ou concubinage avec vie commune de plusieurs années) présentée par les médecins comme une condition *sine qua non* pour recourir à une AMP peut apparaître comme un modèle matrimonial dominant auprès des couples rencontrés dans nos enquêtes. Pourtant, au fil des parcours amoureux et matrimoniaux délivrés par les patients, une diversité de formes et de modèles, documentés par plusieurs travaux contemporains sur le mariage (Marcoux, 2015), se révèle aussi pertinente, en particulier lorsqu'il s'agit de couples remariés, plutôt âgés et confrontés à des stérilités secondaires et à une exigence d'enfants de la part de la nouvelle

famille. En fait, à chaque mariage, se manifeste un impératif de reproduction. Ainsi, en tant que médecin, S. Epelboin (chapitre 8) doit considérer quotidiennement des demandes d'enfant de la part d'hommes et de femmes déjà parents de plusieurs enfants, quelquefois restés au pays dans leur famille, comme s'il s'agissait de tranches de vie sans lien les unes avec les autres.

Le caractère anonyme du don est, on l'a vu, unanimement revendiqué. Mais quelques couples déclarent qu'ils auraient préféré, pourtant, un don intrafamilial permettant un partage au sein de la famille : les substances du corps doivent circuler en priorité à l'intérieur d'un même patrimoine familial. Ainsi, certains hommes stériles auxquels D. Bonnet (chapitre 12) fait référence déclarent-ils regretter le temps où un membre masculin de la famille, de préférence un frère, était en mesure de remplacer un homme stérile pour l'aider à se reproduire. Les femmes ayant recours à un don d'ovocytes en France dont V. Duchesne (chapitre 4) a recueilli les expériences déplorent également que le don direct entre sœurs soit désormais interdit. Paradoxalement, les couples infertiles considèrent que le secret sera mieux gardé par un(e) parent proche, impliqué(e) directement dans le processus. Dans le don de sperme, c'est la question de la confidentialité au sein du couple qui est quelquefois posée. Certaines femmes vont même jusqu'à proposer au biologiste le recours à un donneur de sperme à l'insu du mari pour éviter son refus de don de sperme. Au regard de ces données, on observe, de par l'importance accordée aux liens de parenté, une réticence au don de gamètes selon les procédures éthiques proposées par les centres de soins et les cliniques. La recherche absolue de la ressemblance entre l'enfant à naître et les parents, telle que l'évoque S. Epelboin (chapitre 8) de la part des femmes migrantes de son service, ou comme le signale également D. Bonnet (chapitre 12) au Cameroun, fait valoir un amalgame entre liens génétiques et généalogiques, entre déterminisme biologique et histoire du lignage dans le discours des personnes interrogées, sans compter l'importance accordée à la ressemblance au père comme preuve de sa paternité. Cette situation relativise dans l'Afrique contemporaine les « aménagements de la parenté » des sociétés lignagères des anthropologues des années 1970-1980.

Dans d'autres contextes, en particulier au Gabon, A. Ekang Mvé (chapitre 10) note que la question du don de gamètes (sperme, ovocytes) prend une résonance particulière, là où les rumeurs vont bon train à propos de crimes rituels utilisant les organes humains. Les ovocytes ou le sperme représentent, alors, des biens sacrés et inaliénables, car pouvant être manipulés par des sorciers. Les technologies de la reproduction, comme celles de l'information, sont aujourd'hui appréhendées comme les nouveaux outils des sorciers, produisant de nouvelles catégories d'acteurs (gynécologues spécialistes de l'AMP, vendeurs de téléphones portables) à la réussite professionnelle suspecte. Cette situation conduit certains couples gabonais à se rendre à l'étranger pour recourir à l'AMP.

## CONCLUSION

Cet ouvrage, en prenant pour objet une innovation biomédicale et son appropriation locale (Olivier de Sardan, 1995), prend le contre-pied des analyses basées sur une vision « afro-pessimiste » du continent. En effet, l'afropessimisme, construit en partie sur de réelles difficultés rencontrées par les pays au sud du Sahara – fragilité des États, guerres civiles, dépendance économique, pandémie du sida – amène certains de ses chantres à faire du continent africain un lieu toujours en périphérie des processus de mondialisation. L'émergence de l'AMP en Afrique subsaharienne montre, au contraire, la large circulation des acteurs, des objets et des savoirs à l'échelle transnationale ou internationale, même si on ne peut guère comparer, par exemple, la situation en Afrique du sud avec celle de la Guinée. L'absence de régulation internationale de l'assistance médicale à la procréation soulève des enjeux financiers et éthiques. Les intérêts commerciaux que représente cette industrie pour les cliniques privées et les compagnies pharmaceutiques contribuent sans doute à expliquer ce fait. Toutefois, force est de constater que le développement des technologies de la reproduction dans les pays au sud du Sahara témoigne d'une Afrique contemporaine avec de nouveaux acteurs sociaux prêts à investir dans le domaine de la santé et à s'organiser à une échelle internationale.

Les sciences sociales ont un rôle à jouer dans l'étude de ces dynamiques en cours, à l'origine notamment de nouveaux rapports sociaux entre les hommes et les femmes. L'émergence des classes moyennes, mise en relation dans cet ouvrage avec les techniques de la reproduction, n'est pas sans conséquences sur le devenir des solidarités familiales. L'accès sélectif aux technologies de la reproduction, selon le niveau socio-économique des couples, illustre aussi un processus d'exclusion des populations à faibles ressources, qui peinent déjà à bénéficier des soins de la santé de la reproduction.

Dans ce contexte, comment expliquer qu'aucune association de patients ne se soit pas à ce jour constituée pour influencer les décideurs sur la prise en charge de la stérilité au sein des services de santé ? La stigmatisation de l'infertilité, et la recherche de la confidentialité qui lui est associée, freinent les personnes concernées, et ne leur permettent pas de porter ces débats de l'intime sur l'espace public. Pour ce faire, des collaborations entre praticiens et chercheurs, telle que cela a été initié dans cet ouvrage, doivent se poursuivre afin que les connaissances des uns et des autres soient diffusées et mises en acte au niveau politique.

## BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- BONNET D., 2014. « Adopter un enfant dans le contexte de l'assistance médicale à la procréation en Afrique subsaharienne », *Cahiers d'Etudes Africaines*, LIV, 3, 215, 769-786.
- BONNET D., à paraître. « L'assistance médicale à la procréation en Afrique subsaharienne est-elle une innovation sociale ? ». In : B. HAXAIRE, C. MOUTAUD, C. FARNARIER (dir.), *L'innovation en santé. Technologie, organisation, changement*.
- BONNET D., DUCHESNE V., 2014. « Migrer pour procréer. Histoires de couples africains », *Cahiers du Genre, Biotechnologies et travail reproductif. Une perspective transnationale*, 1, 56, 41-58.
- CLARKE A., FISHMAN R., FOSKET J.-R., MAMO L., SHIM J.K., 2000. « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux », *Sciences Sociales et santé, Légitimer et réguler les innovations biomédicales*, 18, 2, 11-42.
- COOPER B., 2013. « De quoi la crise démographique au Sahel est-elle le nom? », *Politique Africaine*, 2, 130, 69-88.
- FIADJOE M., 2013. « Problématique de la procréation par tiers donneur en Afrique », *Reproduction humaine et hormones*, XXV, 3-4, 79-88.
- FASSIN D., 1998. « Les politiques de la médicalisation ». In : P. AIACH, D. DELANOË (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 53-58.
- FASSIN E., 2002. « La nature de la maternité. Pour une anthropologie de la reproduction », *Journal des anthropologues, Médecine et biologie : chimères et production du social*, 88-89, 103-122.
- GINSBURG F.D., RAPP R. (dir.), 1995. *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Berkeley, University of California Press.
- HÖRST V., 2006. « Infertility and In-vitro Fertilization in Bamako, Mali: Women's Experience, Avenues for solution and Social Contexts Impacting on Gynaecological Consultations », *Curare*, 29, 1, 35-46.
- HÖRST V., WOLF A., 2014. « ARVs and ARTs: medicoscapes and the unequal place-making for biomedical treatments in Sub-Saharan Africa. », *Medical Anthropology Quarterly*, 28, 2, 182-202.
- HUGON A., 2005. « L'historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne », *Clio, Femmes Genre Histoire*, 21, 212-229.
- HUNT N. R., 1999. *A Colonial Lexicon: Of Birth Ritual, Medicalization and Mobility in the Congo*, Durham & London, Duke University Press.
- INHORN M., 2003. *Local Babies, Global Sciences : Gender, Religion in Vitro Fertilization in Egypt*, New York, Routledge.
- INHORN M., 2011. « Globalization and gametes : reproductive 'tourism' Islamic bioethics, and Middle Eastern modernity », *Anthropology & Medicine*, 18, 1, 87-103.
- LÖWY I., 2006. « La fabrication du naturel : l'assistance médicale à la procréation dans une perspective comparée », *Tumultes*, 26, 35-36.
- MARCOUX R., Antoine P., 2014. *Le mariage en Afrique. Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- MEHL D., 1999. *Naître? La controverse bioéthique*, Paris, Bayard.

## PROCRÉATION MÉDICALE ET MONDIALISATION. EXPÉRIENCES AFRICAINES

- OMBELET W, 2014. « Is global access to infertility care realistic ? The Walk Egg Project », *Reproductiv BioMedicine Online*, 28, 3, 267-272.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995. « Une anthropologie de l'innovation est-elle possible ? », *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Marseille – Paris, APAD – Karthala, p. 77-96.
- TABET P., [1985] 1998. « Fertilité naturelle, reproduction force ». In : P. TABET, *La construction sociale de l'inégalité des sexes, des outils et des corps*, Paris Montréal, L'Harmattan, 77-181.
- TAIN L., 2013. *Le corps reproducteur. Dynamiques de genre et pratiques reproductives*, Rennes, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- THERY I., 2010. *Des humains comme les autres*, Paris, Editions de l'EHESS.
- VERON J.-B., 2012. « Editorial, Les classes moyennes en Afrique » (dossier), *Afrique contemporaine*, 244, 33-51.
- WERNER J.-F., 2004. « D'une image à l'autre ou pourquoi et comment étudier les usages et pratiques de l'imagerie médicale à Dakar », *Autrepart*, 29, 1, 65-80.
- YOUTA W. C., 2012. *Assistance médicale à la procréation et VIH. L'expérience du centre d'AMP de Douala*, mémoire de médecine et biologie de la reproduction, Université Paris VI, 52 p.

Bonnet Doris, Duchesne V. (2016)

L'émergence des technologies de la reproduction en  
Afrique au sud du Sahara : introduction

In : Bonnet Doris (dir.), Duchesne V. (dir.). *Procréation  
médicale et mondialisation : expériences africaines*

Paris : L'Harmattan, p. 11-24. (Anthropologies et  
Médecines)

ISBN 978-2-343-09974-3