

CONCLUSION

INTERROGER LA PARENTÉ AFRICAINE

AU REGARD DES TECHNIQUES DE LA REPRODUCTION

Doris Bonnet* & Véronique Duchesne**

« La stérilité comme l'héritage sont sources de crises conjugales
et de conflits d'intérêt familial ».

Bernard Yaméogo¹

Les études présentées dans cet ouvrage se situent toutes en milieu urbain : Accra, Dakar, Douala, Kampala, Libreville, Maputo, Ouagadougou, Pretoria, ces capitales africaines qui ont vu dès les années 1950 la création de nombreux groupes sociaux et professionnels (associations de femmes, syndicats professionnels, groupes d'entraide économique, etc.). Toutefois les crises économiques des années 1980 ont mis à l'épreuve les solidarités communautaires citadines faisant la place à une « Afrique des individus » et libérant de nombreuses personnes de leurs « appartenances communautaires originelles » (Marie, 1997). En effet, la ville, par les opportunités qu'elle offre, par la nouveauté des liens sociaux qu'elle engendre, est le lieu où émergent de nouvelles figures de la réussite et du pouvoir (Banégas & Warnier, 2001) et où se déploient des innovations emblématiques, telles que les techniques de la reproduction. Même si ces techniques ne soulèvent pas en Afrique des controverses comme c'est le cas dans d'autres pays du

* Anthropologue, directrice de recherche émérite à l'Institut de Recherche pour le Développement, membre de l'UMR Ceped, Centre Population et Développement.

** Anthropologue, maître de conférences à l'Université Paris Descartes, Université Sorbonne Paris Cité, membre de l'UMR Ceped, Centre Population et Développement.

¹ Réalisateur burkinabè de la série *Le secret de l'enveloppe*, 2016.

monde, il paraît indispensable d'observer les transformations silencieuses de la parenté africaine contemporaine dans une perspective englobant à la fois les questions d'alliance et de filiation.

Les clients des cliniques spécialisées dans l'infertilité sont des couples hétérosexuels, mariés ou en couple depuis plusieurs années. L'étude de leurs trajectoires, avant qu'ils ne songent à recourir à la biomédecine pour avoir un enfant, a permis d'observer de nombreux mariages tardifs, souvent lorsque les femmes font des études supérieures, et des unions recomposées. Autrement dit, le projet d'enfant ne se manifeste pas systématiquement aux premiers temps de la vie conjugale, contrairement au modèle matrimonial lignager qui vise à « maximiser » la vie reproductive de la femme, notamment par un mariage avant l'âge de vingt ans (Antoine & Marcoux, 2014). Le recours à la procréation médicale permet aussi à des couples résidant séparément pour des raisons soit de migration (Duchesne, 2016), soit de mobilité professionnelle d'espérer la naissance d'un enfant, au point qu'un homme déclare : « la fécondation *in vitro* va résoudre un vieux problème africain : comment avoir un enfant avec sa femme sans vivre avec elle » ! Les alliances matrimoniales mobilisent moins qu'il y a une vingtaine d'années la parenté élargie et la communauté villageoise. Cette situation tend vers une « privatisation » du processus matrimonial et un affaiblissement du rôle autrefois prédominant des aînés (Calvès & Marcoux, 2007).

Les couples africains en quête d'un enfant par procréation médicale ne demandent pas à leurs aînés (ées) leur avis ou leur autorisation pour pratiquer une fécondation *in vitro*. Ils considèrent que leurs parents n'ont pas le niveau scolaire pour comprendre ces techniques, ou bien ils redoutent que ces derniers les obligent à se tourner vers des rituels ancestraux ou encore à divorcer. En revanche, ces couples ont pour la plupart d'entre eux accepté de prendre en charge à leur domicile des enfants de parents vivant en zone rurale, pour des raisons éducatives ou de santé. De fait, ils sont au centre de logiques distinctes et vivent de nombreuses contradictions : « entre la logique de la réussite individuelle et la logique de la solidarité familiale, entre la logique rétrospective de la dette envers les aînés du lignage et la logique prospective du souci de soi et de l'avenir de ses enfants » (Marie, 1997 : 410). La vie quotidienne est ainsi faite « d'une gestion permanente du compromis » et d'un « resserrement sur l'environnement familial proche au détriment de la parenté élargie » (Calvès & Marcoux, 2007 : 16). Dans ce contexte, les couples africains des métropoles sont soumis à des injonctions contradictoires de réussite : réussir ses études et sa carrière, réussir son mariage et sa vie reproductive, prendre en charge ses aînés et ses cadets, enrichir ses réseaux de solidarité.

Des mutations dans les rapports de genre ont été mentionnées dès les premières études sur les villes africaines, montrant notamment comment certaines femmes gagnaient des formes de liberté difficilement accessibles dans le cadre des institutions villageoises (Balandier, 1955 : 141-148). Par la suite, le processus d'individualisation a permis à des femmes jeunes diplômées ou chefs d'entreprise de faire entendre leurs voix mais sous la forme d'un compromis « entre la logique de la subordination féminine et la logique de la promotion de la femme comme partenaire à part entière, parfois même comme soutien principal dans l'économie domestique citadine » (Marie, 1997 : 410). Dans le contexte des études qui ont été présentées ici, les femmes ont toutes une activité professionnelle, et sont donc économiquement indépendantes. Certaines, plus cosmopolites, habitent les quartiers favorisés de la capitale et sont « hyper connectées » par le biais de forums et de blogs spécialisés. Elles ont souvent des parents à l'étranger, en Europe ou aux Etats-Unis, et forment des familles transnationales au sein desquelles l'injonction à la maternité s'exerce par le biais des nouvelles techniques de communication, en particulier le téléphone portable (Duchesne, à paraître). Toutefois toutes ces femmes ne sont pas, pour autant, dans la capacité d'avoir une parole publique sur le sujet. Elles peuvent être dans bien des cas dans la crainte d'être répudiées ou confrontées à la polygamie, même si leur conjoint n'y est pas favorable.

Le rôle déterminant de la belle-famille a été à plusieurs reprises souligné dans cet ouvrage. Et il est effectivement difficile, pour les hommes en général, de remettre en question l'autorité de leurs aînés quand ceux-ci leur proposent de prendre une nouvelle épouse, en particulier lorsque la pression vient de leur propre mère. Les couples qui se sont unis sans le consentement des parents, autrement dit sans que deux familles soient à l'origine de l'union, sont plus enclins que les autres à subir des pressions de leurs parents pour se séparer (Thiombiano, 2014 : 240). Dans ce contexte, le recours à la procréation médicale représente la possibilité pour une femme inféconde de ne pas être exclue par sa belle-famille ou confrontée à la polygamie, à la répudiation ou encore au divorce, d'autant que les démarches médicales se font à l'insu de la belle-famille. L'autonomie financière de la femme s'avère alors essentielle car le recours à une procréation médicale est souvent impulsé par les femmes et en partie financé par elles. Nombre de maris considèrent, d'une manière générale, qu'ils participent déjà lourdement aux charges du ménage. Et lorsque les époux divorcent, la femme est souvent lésée : alors qu'en milieu rural, elle retourne généralement chez ses parents, en ville, elle doit parfois se prendre en charge seule.

Si l'infécondité représente, en zone rurale, une menace collective nécessitant des réponses collectives (rituels de fécondité, mariages entre femmes, circulation intrafamiliale des enfants, lévirat, recours à un parent

fertile en cas de stérilité masculine), en ville elle peut être aujourd'hui « gérée » de façon individuelle ou du moins au sein du couple. Ces solutions collectives qui pouvaient représenter des « arrangements » pour pallier l'absence d'enfant à naître apparaissent peu adaptées à la vie en ville, notamment quand on a une activité salariée. De plus, nombre de citadines sont plutôt enclines aujourd'hui à échapper à la dureté de certains de ces rituels (Fassin, 1987 : 68). Cette gestion individuelle ou en couple de l'infécondité s'associe généralement à un processus d'individuation et à l'expression d'une volonté d'avoir « un enfant à soi ». Ces hommes et ces femmes veulent à tout prix devenir père et mère et vivre de nouvelles formes de parentalité (en particulier dans le rapport à l'éducation et à la santé de l'enfant), tout en répondant aux attentes familiales notamment en se voyant confier des enfants de la famille.

Pour nombre de couples, il importe que l'enfant à naître ressemble à l'un de ses géniteurs, afin de garder secret le recours à la biomédecine et d'inscrire cet enfant dans la légitimité du mariage. Cet enfant légitime renforcera leur relation conjugale, disent-ils, mais aussi, leur permettra de ne pas subir la stigmatisation liée à leur infertilité conjugale. L'enfant né avec l'aide de la médecine donne à ses parents le statut de père et de mère et par là même une nouvelle identité sociale au sein de la famille et de la communauté. Il assure ainsi la perpétuation du lignage. En effet, rappelons que le lignage, à travers ses ancêtres, est considéré, dans les sociétés africaines, à la fois comme le pourvoyeur d'enfants et comme l'entité parentale de base pour les questions d'héritage, de dation du nom, de statut, d'identité sociale, de lien avec l'Invisible, d'accès aux ressources, d'autorité parentale – d'où l'expression « enfant du lignage » (Rabain, 1979). Le nom donné à l'enfant prolonge alors la mémoire d'un ancêtre (d'un parent) et inscrit une relation généalogique entre tous les membres du lignage. Certains couples ayant recours à la biomédecine attribuent à l'enfant le nom individuel du gynécologue, du biologiste ou d'une infirmière de la clinique, introduisant un lien symbolique entre l'enfant et ces professionnels. Cette façon de témoigner leur reconnaissance pour la naissance de leur enfant inscrit finalement les acteurs de la biomédecine dans l'histoire de sa conception, même si cette histoire n'est pas partagée au sein de la famille élargie.

Dans les sociétés lignagères la naissance d'un enfant est associée non seulement à la transmission d'un nom mais aussi à l'héritage et à un territoire. Or les citadins et citadines, fonctionnaires, salariés ou entrepreneurs, n'ont plus ce lien fort à la terre qui a nourri leurs parents (aînés) ou leurs ancêtres, ni avec ces entités invisibles de la forêt ou des lieux qui pouvaient « envoyer » des enfants à telle femme en quête d'une grossesse. Sont-ils devenus, pour autant, des consommateurs de biens

appartenant à la modernité et des utilisateurs pragmatiques des techniques de la reproduction ? Il est à noter, dans le contexte économique libéral des cliniques africaines, que les couples dont la fécondation *in vitro* a échoué ont des difficultés à comprendre qu'ils doivent payer pour une nouvelle tentative : « Nous avons payé pour avoir un enfant » déclarent-ils. La consommation constitue l'arène principale où les inégalités sont exhibées. L'argent dépensé pour satisfaire un besoin individuel ou du couple est perçu comme l'expression d'un comportement égoïste par les parents économiquement défavorisés. Dans le contexte des nouvelles classes moyennes, le coût élevé des nouvelles technologies pour remédier au « besoin d'enfant » du couple apparaîtrait démesuré à la famille élargie s'il était révélé. Le développement d'un marché de la reproduction s'inscrit donc dans le système général des transformations néolibérales et de l'émergence des classes moyennes.

La mise à distance des aînés et des ancêtres par ces « nouveaux couples » ne les éloigne pas, cependant, des religions monothéistes. Au contraire, Dieu est fréquemment invoqué dans le recours à l'AMP, qu'il s'agisse de le remercier ou de considérer qu'il est le seul à décider des hasards de la fécondation *in vitro*. Avec l'arrivée des Eglises évangéliques et le mouvement néo-pentecôtiste, on observe une rupture des convertis par rapport au lignage qui peut aller jusqu'à incriminer le patronyme des ancêtres comme source de non réussite personnelle. Dans ce contexte religieux, les tensions familiales sont attribuées à la sorcellerie ou aux « esprits ancestraux » et la rupture avec le passé implique alors concrètement la rupture des liens lignagers, autrement dit « Le Démon œuvre à travers les liens du sang ; le Dieu chrétien les rompt » (Meyer, 1998). Alors que l'islam ne se réfère pas au culte des ancêtres, dans la vie quotidienne cette religion coexiste avec les cultures locales et, de fait, ne remet pas en cause les relations d'autorité entre aînés et cadets. Les familles islamisées, on l'a vu, refusent le recours au don anonyme de sperme mais ne sont pas dans des processus de rupture vis à vis des anciens. Par ailleurs, certains couples chrétiens se tournent vers l'adoption lorsqu'ils reçoivent des avis négatifs sur la fécondation *in vitro* de la part de leur pasteur ou de leur prêtre au sein de leur communauté religieuse.

Les couples africains qui recourent à l'AMP n'abordent pas les questions en termes de droit, à l'instar des couples européens et américains : il ne s'agit pas de réclamer le droit à une union homosexuelle (à l'exception de l'Afrique du Sud toutefois), ou de poser la question d'une levée de l'anonymat pour les dons de gamètes. L'AMP reste une pratique privée, non régulée par les Etats, qui ne remet pas en cause les cadres juridiques du mariage et de la filiation. Pourtant les valeurs et les représentations de la parenté africaine évoluent en profondeur en lien avec le recours aux

techniques de la reproduction. Si les premiers objectifs assignés à la procréation médicale en Afrique semblent bien être, pour les médecins comme pour leurs patients, à la fois d'ordre thérapeutique (pallier une stérilité) et sociétaux (lutter contre une stigmatisation), cette nouvelle façon de faire des enfants s'accompagne, d'un point de vue anthropologique, de changements dans les représentations de la filiation. Ainsi, il convient, dans une perspective prospective, d'être attentif aux effets produits par les techniques biomédicales liées à la procréation (fécondation *in vitro* mais aussi échographie, tests de paternité). En effet, les acteurs sociaux s'emparent de ces techniques pour résoudre des problèmes qui leur sont propres sans toujours mesurer les transformations sociétales qui les accompagnent.

Force est de constater une biologisation de la procréation, ou plutôt une importance croissante accordée aux substances biologiques associées à la procréation. Ainsi en est-il du sang lorsque des individus ont aujourd'hui recours à des examens médico-légaux afin de résoudre une contestation de paternité (Bertho, 2016). Par ailleurs, dans le cas des FIV intraconjugales, l'homme ayant donné son sperme est, dans certains cas, « rassuré » d'être le géniteur de l'enfant à naître, ne pouvant pas ainsi douter de sa paternité biologique. Le rôle déterminant des substances dans la filiation s'exprime également dans les causes de refus d'adoption. Ainsi, la plupart des couples qui refusent de se tourner vers l'adoption internationale évoquent en premier lieu la difficulté d'identifier les origines, soit la filiation de l'enfant (Bonnet, 2014). Le rôle déterminant des substances dans la conception de l'enfant s'observe également dans la gestation pour autrui (GPA), pratique encore tenue secrète au moment de nos enquêtes, récemment étudiée au Ghana (Gerrits, 2016). Selon une femme « porteuse » (*carrier*, terme utilisé au sein de la clinique ghanéenne) sa contribution, qui n'implique ni ses ovules ni le sperme de son mari, autrement dit aucune substance corporelle reproductive, la conduit à considérer que l'enfant qu'elle mettra au monde n'est pas son enfant. Cela est également présenté comme tel par les professionnels de la clinique. Ces diverses situations ethnographiques font valoir que la parenté en Afrique s'ancre dans une représentation substantiviste du corps (sang, sperme, lait) et de la reproduction humaine (Héritier-Augé, 1985). Ceci étant, à cette théorie substantiviste s'adjoignent des représentations individuelles du corps, avec l'usage d'une terminologie biomédicale (spermatozoïde, ovocyte, embryon).

La procréation médicale est bien une nouvelle façon de faire des enfants et donc de faire des parents. Elle révèle l'émergence de l'idée d'un enfant du couple et non plus seulement d'un enfant du lignage. Finalement, alors que d'aucuns pensent que l'AMP en Afrique pourrait répondre avant tout à des fins thérapeutiques, comme ailleurs dans le monde elle est emblématique

d'un contexte où mariage, sexualité, engendrement et parentalité peuvent être dissociés mais selon des modalités propres aux enjeux sociétaux africains contemporains.

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- ANTOINE P., MARCOUX R., 2014. « Introduction ». In : ANTOINE P., MARCOUX R. (dir.) *Le mariage en Afrique. Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1-15.
- BALANDIER G., 1955. *Sociologie des Brazzavilles noires*, Armand Colin, Paris.
- BANÉGAS R., WARNIER J.-P., 2001. « Nouvelles figures de la réussite et du pouvoir », *Politique africaine*, 2, 82 : 5-23.
- BERTHO B., 2016. « 'Le sang ne ment pas !' Conflits de paternité au Burkina Faso », *Journal des anthropologues*, 144-145, 169-189.
- BONNET D., 2014. « Adopter un enfant dans le contexte de la Procréation médicalement assistée en Afrique subsaharienne », *Cahiers d'études africaines*, 3, 215, 769-786.
- CALVÈS A.-E., MARCOUX R., 2007. « Présentation : les processus d'individualisation à l'africaine », *Sociologie et sociétés*, 39, 2, 5-18.
- DUCHESNE V., 2016, « Reproductive Roaming: the Quest for Children of African Couples in France ». In : V. ROZEE GOMEZ, U. SAYEED (dir.), *Assisted Reproductive Technologies in the Global South and North*, Routledge.
- DUCHESNE V., à paraître. « Téléphonie mobile et assistance médicale à la procréation dans le contexte de familles africaines transnationales ». In : C. HAXAIRE, B. MOUTAUD, C. FARNARIER (dir.), *L'innovation en santé. Technologie, organisation, changement*.
- FASSIN D., 1987. « Rituels villageois, rituels urbains : la reproduction sociale chez les femmes joola du Sénégal », *L'Homme*, 27, 104, 54-75.
- GERRITS T., 2016. « It's Not My eggs, It is not My Husband's Sperm, It Is Not My Child ». Surrogacy and 'Not Doing Kinship' in Ghana ». In : C. KROLØKKE, L. MYONG, S.W. ADRIAN, T. TJØMHØJ-THOMSEN (dir.), *Critical kinship studies*, London, New-York, Rowmand, Littlefield international, 65-80.
- HÉRITIER-AUGÉ F., 1985. « La cuisse de Jupiter. Réflexions sur les nouveaux modes de procréation », *L'Homme*, XXV, 94, 5-22.
- MARIE A., 1997. *L'Afrique des individus*, Paris, Karthala.
- MEYER B., 1998. « « Make a complete break with the past ». Memory and post-colonial modernity in ghanaiian pentecostalist discourse », *Journal of Religion in Africa*, XXVII, 3, 316-349.
- RABAIN J., 1979. *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*, Paris, Payot.
- THIOMBIANO B. G., 2014. « Causes et conséquences du divorce et de la séparation des couples au Burkina Faso : les enseignements d'une enquête qualitative ». In : ANTOINE P. & MARCOUX R., *Le mariage en Afrique. Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 230-249.

Bonnet Doris, Duchesne V. (2016)

Interroger la parentalité africaine au regard des techniques de la parentalité : conclusion

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

Paris : L'Harmattan, p. 231-237. (Anthropologies et Médecines)

ISBN 978-2-343-09974-3