



Académie des sciences d'outre-mer

*Les recensions de l'Académie*¹

Procréation médicale et mondialisation : expériences africaines / sous la direction de Doris Bonnet & Véronique Duchesne
éd. l'Harmattan, 2016
cote : 61.396

La formule est éloquente : « La procréation médicale est une nouvelle façon de faire des enfants et donc de faire des parents ». Dans le contexte africain, elle révèle l'apparition de l'idée d'un « enfant du couple » et non plus seulement d'un « enfant du lignage ». Elle répond à des objectifs thérapeutiques, car la fécondité tend à baisser et l'hyper natalité est loin d'y être aussi marquée qu'on le pense, mais elle est aussi emblématique du contexte urbain contemporain qui connaît dans de nombreux pays des transitions multiples (démographique, urbaine, épidémiologique, sociale, démocratique).

L'ouvrage collectif piloté par Doris Bonnet, anthropologue à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), connue pour ses travaux depuis son recueil de proverbes mossi en 1982, et par Véronique Duchesne, maître de conférences en anthropologie à Paris-Descartes, analyse la place et les conséquences de la procréation médicale dans divers pays (Afrique du Sud, Cameroun, Gabon, Ghana, Mozambique, Ouganda, Sénégal). Avec 13 auteurs d'origines diverses, il présente le contexte dans lequel l'assistance médicale à la procréation (AMP) s'est développée depuis les années 1980-1990, les groupes concernés, les difficiles conditions d'accès et les conséquences sociales². Le constat quasi-unanime des auteurs se résume ainsi : la stigmatisation sociale liée à l'infertilité incite des couples – ou des femmes seules car elles sont le plus souvent perçues comme responsables de la reproduction conjugale et donc de la stérilité du couple³ - à recourir, coûte que coûte, à l'AMP sous toutes ses formes (insémination artificielle, fécondation *in vitro*, transferts d'embryons). Mais les coûts (1000 à 4000 euros par exemple pour une fécondation *in vitro*) circonscrivent son accès à la frange haute des classes moyennes. L'ouvrage très complet a l'ambition de combler une lacune en matière de connaissance sur la santé reproductive.



Les recensions de l'Académie de [Académie des sciences d'outre-mer](http://www.academieoutremer.fr) est mis à disposition selon les termes de la [licence Creative Commons Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 3.0 non transcrit](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/).

Basé(e) sur une oeuvre à www.academieoutremer.fr.

² Pour améliorer l'information sur l'infertilité, sa prise en charge sur les techniques en vigueur, des praticiens francophones ont créé en 2011 un Groupe interafricain d'études de recherche et d'application sur la fertilité (GIERAF). Son ancienne présidente a participé à la fécondation *in vitro* du premier bébé camerounais, né en 1998, seize ans après Amandine, le premier bébé-éprouvette français.

³ Pourtant, une étude menée en 2011 par le Gieraf a mis en évidence le partage des responsabilités dans les problèmes d'infertilité : femmes et hommes sont en cause dans 40 % des cas chacun, et dans les 20 % de cas restants, les deux personnes du couple ont des difficultés à concevoir. Une situation parfaitement comparable aux autres régions du monde.



Académie des sciences d'outre-mer

Entre 15 % et 30 % des couples en Afrique ont des difficultés à procréer, contre 5 % à 10 % en Europe, les mauvaises conditions sanitaires étant un facteur aggravant⁴. L'infertilité est un problème de santé publique qui reste dans l'ombre de celui des grandes épidémies et des problématiques liées à la santé de la mère et de l'enfant, systématiquement associées à l'Afrique. Les technologies de la reproduction sont encore largement méconnues et peu pratiquées en Afrique subsaharienne, même si une grande partie du continent dispose d'une offre d'AMP. Face à la stigmatisation sociale et aux pressions familiales (risques de répudiation, de divorce, de polygamie), des couples inféconds se tournent, souvent à l'insu de la famille et de l'entourage, vers la fécondation in vitro au sein des quelques cliniques privées des métropoles.

D'autres décident de partir à l'étranger sur recommandation médicale ou par souci de confidentialité. Avec la circulation des patients à la recherche de soins spécialisés entre pays africains (l'Afrique du Sud est une destination privilégiée⁵) ou entre pays africains et européens se crée une « transnationalisation » libérale de la santé reproductive (voir les articles d'Inês Faria dans le cas du Mozambique, de Brigitte Simonnot de l'Afrique du sud et de Sylvie Epelboin sur le parcours d'Africaines migrantes en France). L'absence de régulation internationale de l'assistance médicale à la procréation pose, à n'en pas douter, des problèmes d'ordre éthique et financiers.

Le recours à la médecine moderne, dont l'accès est facilitée par l'usage d'internet (Luc Massou, Emmanuel Masson), n'exclut pas, après une consultation dans une clinique en bonne et due forme, de s'adresser à des guérisseurs, des tradipraticiens ou des herboristes préconisant le recours à la pharmacopée traditionnelle, voire de solliciter des pseudo religieux officiant dans des églises du réveil ou des marabouts (cas de Dakar étudié par Marie Brochard et de Libreville par Arielle Ekan Mvé). Les chiffres parlent d'eux-mêmes : dans 40 % des cas, les couples cherchent de l'aide auprès de personnes sans formation médicale. Diverses pratiques thérapeutiques pour traiter de l'infertilité sont le plus souvent mises en œuvre de manière hybride.

L'essor, encore lent mais progressif, de l'AMP s'inscrit dans un faisceau de mutations sociales en œuvre sur le continent. Avec l'urbanisation accélérée, les alliances matrimoniales mobilisent de moins en moins la parenté élargie. On assiste à une privatisation du processus matrimonial et à un épuisement, lent mais irréversible, du rôle antérieurement prédominant des aînés. Les femmes qui ont une activité économique indépendante, qui sont « connectées » par le truchement de sites et de forums spécialisés, individualisent leur propre destin dès lors que se manifeste puissamment le « désir d'enfant à soi »⁶. L'AMP n'est pas uniquement un

⁴ Dans 80% des cas, les femmes ont les trompes bouchées ce qui rend compliqué le processus de fécondation. Les avortements clandestins font aussi de gros ravages. Du côté des hommes, il y a une prévalence d'azoospermies, majoritairement dues aux infections mal soignées.

⁵ Seule l'Afrique du Sud accorde la possibilité à des femmes homosexuelles de se marier et d'avoir recours à l'assistance médicale à la procréation. Dans aucun autre pays africain, cette possibilité est ouverte. Ne sont reconnus que les couples hétérosexuels et l'hétéronormativité.

⁶ Il importe néanmoins que l'enfant à naître ressemble à l'un des deux membres du couple, afin de garder secret le recours à la biomédecine, de ne pas subir la stigmatisation liée à l'infertilité conjugale et d'inscrire l'enfant dans la légitimité du lignage (D. Bonnet, p.234).



Académie des sciences d'outre-mer

fait de santé public, il est aussi un des marqueurs des inégalités croissantes, puisqu'elle est uniquement accessible aux groupes aisés. Cette opportunité offerte à quelques femmes est par voie de conséquence pour les auteurs une donnée constitutive de la classe moyenne africaine, objet de tant d'études depuis une décennie. Elle l'est de deux manières : l'investissement sur la santé est acceptée même quand il est onéreux car il rencontre les aspirations à la modernité urbaine, individualistes, tirées par le chacun pour soi ; la démarche vers l'AMP est une preuve d'émancipation vis-à-vis de la communauté d'origine, instance hiérarchique d'entraide et d'obligations vécue comme encore prégnante. Au fur et à mesure que le processus d'émancipation/individualisation des couples nucléarisés s'approfondit et que se renforce leur position inédite dans la société urbaine, ils poussent graduellement à des changements d'habitus social avec le souci de la « distinction » (au sens de Pierre Bourdieu). « Certes, l'AMP répond à des objectifs thérapeutiques, mais elle est aussi emblématique d'un contexte africain urbain contemporain où mariage, sexualité, engendrement et parentalité peuvent être dissociés » (p. 236-237).

Pierre Jacquemot