Infécondité, procréation médicale et inégalités sociales

Expériences africaines

Doris Bonnet(1) et Véronique Duchesne(2)

(1) Institut de recherche pour le développement (IRD), Centre Population et Développement (Ceped)
(2) Université Paris Descartes, Centre Population et Développement (Ceped)

Résumé : Le développement des technologies de la reproduction, et notamment de la fécondation *in vitro* (FIV), permet aujourd'hui à certains couples (hétérosexuels) infertiles africains d'avoir un enfant. L'offre d'assistance médicale à la procréation (AMP) s'inscrit dans un système de soins libéral qui s'adresse prioritairement aux classes moyennes et urbaines. Certains couples ne trouvent pas dans leur pays les conditions ou les techniques recherchées et sont amenés à se déplacer à leurs frais dans des pays limitrophes ou encore en Europe ou aux États-Unis. D'autres couples résident en France où l'AMP est encadrée par les lois de bioéthique. Ce chapitre montre comment l'espace mondialisé de la reproduction renvoie à un rapport inégalitaire aux biotechnologies de la reproduction des couples africains infertiles selon leurs conditions socio-économiques, mais aussi selon leur lieu de résidence. Ce contexte renvoie au cadre théorique de la « reproduction stratifiée ».

Mots-clés : infécondité, infertilité, assistance médicale à la procréation, fécondation *in vitro*, Afrique subsaharienne, Cameroun, Île-de-France, inégalités socio-économiques, stratification sociale, santé de la reproduction

Le développement des technologies de la reproduction, et plus particulièrement la fécondation *in vitro* (FIV), permet aujourd'hui à certains couples (hétérosexuels) infertiles [1] africains d'avoir un enfant avec l'aide de la médecine, au sein de cliniques privées africaines ou hors du continent. D'une manière générale, les connaissances sur le recours à ces techniques restent relativement confidentielles. D'une part, ce sujet est peu traité par les sciences sociales africanistes, comme si l'Afrique ne participait pas au paysage mondial de la procréation médicale. D'autre part, les directeurs de

1. L'infertilité est définie médicalement comme l'incapacité pour un couple de concevoir après 12 mois de rapports sexuels réguliers et non protégés.

cliniques de fertilité font peu de déclarations officielles sur les résultats de leur travail. Enfin, les représentants religieux se réfèrent, en matière de procréation, à des normes en opposition à une conception dite « non naturelle » de l'enfant. De plus, le coût onéreux de la fécondation *in vitro* maintient le recours à cette technique à un milieu restreint au pouvoir économique fort et résidant en ville. Dans ce contexte, certains couples n'auront jamais accès à ces traitements de l'infertilité. Au cours de nos enquêtes, la question des inégalités sociales dans le recours à l'AMP est apparue de plus en plus évidente : au niveau de l'offre des techniques, de l'accès à la connaissance de l'AMP, des capacités financières des couples, de leur capital social, mais aussi au niveau de leur lieu de résidence géographique. Cette situation fait valoir des relations sociales hiérarchisées en termes d'accès aux techniques de la reproduction et renvoie d'emblée au cadre théorique de la « reproduction stratifiée » - avancé par Colen dans l'ouvrage pionnier de Ginsburg et Rapp (1995) revendiquant une anthropologie politique de la reproduction. Ce concept permet d'étudier la relation entre la façon dont les activités physiques et sociales de la reproduction sont effectuées et les contextes dans lesquels elles s'inscrivent. Il permet notamment de souligner les facteurs inégalitaires sur lesquels reposent les variations de ces activités (comme la hiérarchie des classes, des ethnies, des genres, des âges, etc.) et met en évidence les forces sociales, économiques et politiques qui participent à leur construction [2].

Dans ce chapitre, nous commencerons par présenter nos terrains et nos méthodes de recherche. Puis nous présenterons certains éléments concernant la distribution de l'infécondité sur le continent africain. Ensuite, nous développerons les inégalités liées au lieu de résidence, enfin nous analyserons la stratification sociale associée à l'émergence des (nouvelles) classes moyennes africaines.

1 Terrains et méthodes

Les enquêtes présentées dans ce chapitre ont été réalisées dans le cadre d'un projet de recherche intitulé « Stérilité et recours à l'Assistance Médicale à la Procréation dans un contexte de mondialisation (Douala, Paris, Pretoria, Ouagadougou) » et financé par l'Agence nationale de la recherche [3]. L'objectif était d'étudier le traitement de l'infécondité en tenant compte des différentes échelles depuis l'espace local jusqu'à l'espace global, à partir d'études de cas menées dans des villes africaines aux réalités économiques, sociales et sanitaires inégales dans le continent africain ainsi qu'à Paris auprès de personnes nées en Afrique subsaharienne. Les chercheurs (en anthropologie et en sciences de l'information et de la communication) ont travaillé sur des sites différents (géographiques et sur Internet) et partagé leurs résultats au fur et à mesure de la recherche. Il s'agissait d'appréhender les modalités et les conditions de circulation et de transfert des technologies de la reproduction, leur réception et leur appropriation par les médecins et les patients africains, ainsi que leur impact sur la représentation de la procréation, de la famille et sur les rapports de genre. Les deux auteures de

2. Largement diffusée dans les mondes académiques anglo-saxons, cette notion a été reprise par la sociologue Bretin (2004) pour qui la « reproduction stratifiée » s'adosse à une « contraception stratifiée » : on distingue ainsi en France les femmes qui seraient aptes à l'usage des méthodes contraceptives « dominantes » (comme la pilule) et celles qui ne le seraient pas.

3. Projet ANR « Les Suds aujourd'hui », axe de recherche « Les dynamiques démographiques et le devenir des sociétés dans les pays du Sud » (2011-2013).

ce chapitre ont mené des enquêtes, pour chacune d'entre elles, auprès de couples à Douala au Cameroun et en Île-de-France.

Les enquêtes au Cameroun ont été effectuées dans une clinique privée de Douala, suite à des entretiens réalisés à Paris, auprès d'un biologiste de la reproduction ayant formé plusieurs biologistes camerounais, burkinabè, sénégalais, etc. Des entretiens ont ensuite été réalisés sur deux années (2011-2012) avec les médecins de la clinique à Douala en charge des consultations et auprès de soixante-quinze couples venant consulter pour une fécondation *in vitro* sur indication de leur médecin. La profession des hommes était : enseignant, comptable, commerçant, ingénieur, agriculteur, cadre de banque, etc. Celle des femmes était : enseignante, commerçante, secrétaire, coiffeuse, avocate, médecin, etc. Les rendez-vous avaient lieu après une consultation médicale ou après une ponction ou un transfert d'embryon en prenant en compte l'état psychologique de la patiente. L'âge moyen des hommes était de 43 ans, et celui des femmes de 35 ans. Toutes les femmes, à l'exception d'une, avaient une activité professionnelle. Dans certains cas, le conjoint était absent au moment de l'entretien (pour des raisons professionnelles ou d'éloignement résidentiel). L'exigence de confidentialité n'a pas permis de revoir les personnes interrogées à leur domicile ou même dans un lieu qu'elles auraient pu qualifier de « neutre » (café), aucun lieu ne l'étant vraiment dans une ville africaine et le risque de rumeurs ou de « ragots » étant toujours à craindre. Dans certains cas, les femmes repartaient en province ou à l'étranger après l'entretien. Avant le début de chaque entretien, un consentement éclairé et une autorisation d'enregistrement étaient demandés. A ces entretiens, se sont ajoutées des observations au bloc opératoire, au moment du transfert et dans le laboratoire de biologie de la clinique afin d'appréhender le parcours et le vécu des femmes en cours de FIV.

En Île-de-France, un travail ethnographique a été mené (entre 2011 et 2013) au sein d'un réseau de professionnels de l'AMP qui regroupe les biologistes d'un laboratoire privé parisien, des gynécologues exerçant en cabinet (Paris, Val-de-Marne et Seine-Saint-Denis) et des professionnels hospitaliers d'un établissement de santé privé et d'intérêt collectif parisien géré par une association loi 1901. Dans un premier temps, l'observation des consultations gynécologiques et des échographies a été privilégiée - soit une centaine réalisées entre mars 2011 et juin 2012 - principalement sur deux sites du réseau : l'hôpital parisien et un cabinet médical privé en Seine-Saint-Denis choisi en raison de sa forte patientèle africaine. À l'hôpital, des observations ont été réalisées lors de consultations biologiques (prises de sang), lors des ponctions et des transferts d'embryon afin d'avoir une appréhension globale du parcours d'AMP. Dans un second temps (de janvier 2012 à juin 2013), la participation aux réunions mensuelles du réseau (les « *staffs* ») a permis d'appréhender le processus décisionnel au cours des différentes indications thérapeutiques. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de cinq médecins du réseau sur leur lieu de travail et une trentaine d'entretiens ethnographiques avec leurs patientes et leurs patients. Ils se sont déroulés généralement avec la patiente seule (deux l'ont été en présence d'une sœur et un avec un jeune enfant), ou avec le couple, dans un contexte médical (à l'hôpital, dans un bureau laissé à notre disposition, au centre de santé privé, dans un bureau du gynécologue ou dans une salle d'échographie). Quatre entretiens ont eu lieu au domicile des patientes. Avant le début de chaque entretien, un consentement et une autorisation

d'enregistrement étaient demandés. Au total, vingt et une femmes et sept couples (hétérosexuels) ont accepté de participer à un entretien, lequel s'est déroulé en français. Ces personnes sont toutes nées dans un pays africain francophone, à l'exception d'un couple ghanéen anglophone, mais parlant aussi le français. Tous, hommes et femmes, pratiquaient une activité professionnelle au moment de l'entretien (sauf une femme au foyer). En revanche, il convient de distinguer deux groupes selon le lieu de résidence : en Afrique ou en France. En effet, quatre femmes résidaient et travaillaient dans leur pays respectif en Afrique (en tant qu'employée de banque, commerçante, fonctionnaire et gérante) et avaient pris un congé de plusieurs semaines pour avoir recours à l'AMP en France ; leur mari (pharmacien, cadre supérieur et fonctionnaire dans leur pays respectif en Afrique) n'avaient, eux, pris que quelques jours de congé. Les autres couples résidaient en France et les femmes conciliaient, non sans difficulté, l'AMP et un travail salarié (d'agente d'entretien, d'assistante maternelle, d'assistante sociale, d'auxiliaire de vie, de coiffeuse, de coordinatrice en ressources humaines, de femme de chambre en hôtellerie, d'ingénieure commerciale, de vendeuse, etc.).

2 L'infécondité au sud du Sahara : une situation de santé publique paradoxale

Des enquêtes démographiques reprises par des médecins et des historiens font état d'un problème d'infécondité particulièrement grave et ancien en Afrique subsaharienne (Copper, 2013), et surtout en Afrique centrale où au moins 20 % de femmes étaient sans enfant à la fin de leur vie féconde dans les années 1960 (Retel-Laurentin, 1974). Déjà, dans ces années-là, l'ethnologue et médecin Retel-Laurentin soulignait des disparités en matière de fécondité en ces termes : « Les Africains ont la réputation d'avoir beaucoup d'enfants et pourtant, sur leur continent comme sur les autres, certains groupes semblent ne pas augmenter ; d'autres semblent même en voie de disparition. » (1974 : 1.) Elle soulignait les risques de « désorganisation » d'une société inféconde (les Nzakara de l'actuelle République centrafricaine) qui ne se départit pas, pour autant, de ses options natalistes (Retel-Laurentin, 1979) et faisait un lien entre l'instabilité matrimoniale, la diffusion des infections sexuellement transmissibles et l'infécondité, lien qu'elle nommait « le cycle de l'infécondité ». Les chiffres d'infécondité communiqués par cet auteur pour les années 1960-1970 n'ont pas baissé dans les années 1990 selon les travaux de Larsen (2003). Depuis lors, il est convenu d'appeler « ceinture d'infécondité » (Retel-Laurentin, 1974 ; Inhorn et Van Balen, 2002 [4] ; Tichit, 2009 [5]) la zone géographique s'étendant du Tchad aux pays d'Afrique centrale et jusqu'à la Tanzanie (Cooper, 2013) [6].

Pour autant, les politiques et stratégies internationales de lutte contre les causes de l'infertilité (infections sexuellement transmissibles, avortements non médicalisés, infections postnatales, fréquence des pathologies tubaires post-infectieuses) sont largement insuffisantes au niveau des États africains. L'offre de soins en santé sexuelle et

4. Les anthropologues Inhorn et van Balen ont sollicité, dans leur ouvrage collectif, des auteurs ayant travaillé dans cinq pays de cette zone : Tchad, Cameroun, Mozambique, Gambie et Zimbabwe.

5. La démographe Tichit centre ses données sur une zone qui s'étend du Tchad au Gabon.

6. Selon l'historienne Cooper, la majeure partie de cette zone appartenait à l'Afrique-équatoriale française.

reproductive, largement encouragée dans les textes des organisations internationales, est encore insuffisamment organisée sur le terrain. Il convient également de rappeler la distinction entre l'infertilité primaire (lorsqu'aucune grossesse ne s'est déclarée dans le couple [7]) et l'infertilité secondaire (lorsqu'une première grossesse n'est pas suivie d'une deuxième). Ainsi, au Cameroun, où 20 à 30 % des couples souffrent d'infertilité et où la prévalence varie d'une région à l'autre, l'infertilité secondaire représente 60,6 % des cas et l'infertilité primaire 39,4 % (Belley Priso *et al.*, 2015). D'une façon plus générale, la prévalence de l'infertilité est vraisemblablement sous-estimée sur le continent africain, car un grand nombre de couples ne consultent pas pour des raisons éthiques, personnelles ou religieuses ou d'accès aux soins (raisons économiques et géographiques).

Or, au regard de la distribution de l'infertilité, la procréation médicale ne relève pas simplement d'un point de vue régional ou national. L'échelle d'analyse ne peut être que mondiale, car nous avons affaire désormais à un paysage mondialisé de la reproduction (« *reproscape* », Inhorn, 2009) : les technologies de la reproduction révèlent une accélération 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 d'une manière générale (Bonnet et Duchesne, 2016). On observe une superposition d'échelles tant nationales qu'internationales connectées à des formes hiérarchiques de pouvoir, autrement dit un « paysage médical mondialisé » (« *medicoscape* ») (Hörbst et Wolf, 2014).

3 Des inégalités dans l'accès à la FIV selon le pays de résidence

Une première forme de stratification sociale est fondée sur l'accès inégal aux biotechnologies. En zone rurale, nombre de femmes n'auront jamais accès à des soins de qualité. Des travaux récents (Alam *et al.*, 2015) sur huit pays d'Afrique subsaharienne et Madagascar font valoir nombre de disparités régionales et socio-économiques dans l'utilisation des services de santé génésique. Dans ce contexte global, de nouvelles mesures de santé publique permettent d'espérer une meilleure santé reproductive à l'avenir dans certains pays (par exemple, le dépistage gratuit du cancer du col à Madagascar, l'accès à une pilule abortive – le misoprostol – en cas de grossesse non désirée en projet au Bénin). Dans la plupart des pays du continent, l'argument d'une surpopulation africaine conduit les États africains à considérer que l'infertilité ne constitue pas une question de santé publique et de ce fait ne relève pas de leur responsabilité. Au niveau des politiques publiques, évoquer la procréation médicalement assistée apparaît alors presque incongru.

Le développement des technologies de la reproduction (comme la FIV) est le produit des inégalités structurelles qui caractérisent un pays à un moment de son histoire et de son développement économique. L'offre des technologies de la reproduction varie considérablement selon les pays. La première naissance par FIV a lieu en 1984 en Afrique du Sud, soit six ans après la Grande-Bretagne et deux ans après la France. Il

7. Lorsque l'un des conjoints a déjà eu une descendance avec un autre partenaire, il s'agit alors d'une infertilité primaire de couple.

faudra compter ensuite près de 10 ans avant de voir annoncées les premières naissances avec FIV en Afrique de l'ouest (Nigeria, Togo). En effet, les premiers essais de FIV n'aboutissent pas aussitôt à des naissances. Le Togo et le Cameroun sont les premiers pays d'Afrique subsaharienne, hormis l'Afrique du sud, à déclarer une naissance FIV, soit vingt ans après la naissance de Louise Brown (voir tableau 1 ci-dessous).

Précisons la difficulté à obtenir les dates présentées ici du fait de la concurrence importante entre les cliniques et des déclarations dans la presse non assorties d'attestation officielle. L'exemple de la Côte d'Ivoire et le débat autour de deux dates, 1998 et 2009 [8], provenant de deux cliniques différentes illustrent ce fait assez généralisable. Rappelons également qu'au début de cette innovation technologique les premiers parents africains d'enfants nés par FIV ne voulaient pas être médiatisés, par crainte d'une stigmatisation familiale et sociale pour eux et pour leur enfant. Cette situation reste d'ailleurs toujours d'actualité.

Tableau 1 – Premières naissances avec fécondation *in vitro* déclarées en Afrique subsaharienne [9]

Année de naissance	**Pays**
1984	Afrique du Sud
1989	Nigéria
1997	Togo
1998	Cameroun
2000	Mali
2002	RDC (Kinshasa)
2005	Mauritanie
2006	Kenya
2009	Côte d'Ivoire
2010	Gabon
2015	Rwanda

Certains pays africains comme la Guinée, la Gambie ou la République centrafricaine par exemple ne proposent pas la FIV. Les couples infertiles de ces pays qui ont eu recours à tous les traitements proposés localement sont amenés, souvent sur les conseils de leur médecin, à se déplacer à leurs frais dans un autre pays (Bonnet et Duchesne, 2014). Cette mobilité pour raison procréative s'effectue dans la sous-région (de la Guinée vers le Sénégal ou du Mozambique vers l'Afrique du Sud), ou bien vers le Maghreb (par exemple, au Maroc), ou encore vers l'Europe ou les États-Unis. D'abord qualifié de « tourisme reproductif », ou de façon provocatrice d'« exil reproductif » (Matorras, 2005 ; Pennings, 2005), le recours transnational aux biotechnologies de la reproduction est en pleine expansion dans notre monde globalisé (Whittaker et Speier, 2010 ; Ferraretti *et al.*, 2010 ; Gürtin and Inhorn, 2011 ; Hudson *et al.*, 2011). Ces déplacements et séjours à l'étranger impliquent non seulement le financement des frais de transport,

8. Seule la naissance en 2009 qui a été déclarée officiellement est indiquée dans notre tableau.

9. Pour rappel, la première FIV a eu lieu en 1978 en Grande-Bretagne, la même année en Inde (à Calcutta), et en 1982 en France.

voire d'hébergement, mais aussi des démarches administratives pour l'obtention d'un visa : certains maris, cadres supérieurs dans leur pays, peuvent bénéficier de déplacements pour raison professionnelle tandis que d'autres n'obtiennent pas leur visa pour accompagner leur femme dans la démarche d'AMP.

Pour les couples africains résidant en France (avec une carte de séjour [10] ou ayant la double nationalité), l'accès à l'assistance médicale à la procréation se réalise selon les critères des lois françaises de bioéthique [11], et est pris en charge par la Sécurité sociale. Ainsi, les actes d'AMP sont remboursés jusqu'au 43e anniversaire de la femme : il s'agit d'une insémination artificielle par cycle (dans la limite de six inséminations artificielles) et de quatre tentatives de fécondation *in vitro* [12]. Une première inégalité entre couples africains infertiles est manifeste selon le pays de résidence.

4 Le recours au secteur privé pour « traiter » l'infertilité intraconjugale

Dans les pays au sud du Sahara, l'AMP concerne de façon quasi exclusive la médecine libérale (à l'exception de l'Afrique du Sud et plus récemment du Rwanda [13]), les politiques publiques ne supportant pas jusqu'à présent les frais afférant à ces techniques, en particulier parce que l'infertilité n'est pas constituée, dans ces pays, en problème de santé publique. L'accélération d'installations de cliniques privées dans les vingt dernières années n'a été suivie d'aucune régulation au niveau étatique. Les règles d'accès à l'AMP et les protocoles d'éthique sont définis au cas par cas par les directeurs de clinique, souvent en référence aux règles de bioéthique françaises dans l'espace francophone (Bonnet, 2018). Les couples qui ont recours à l'AMP le font donc à leurs propres frais. Dans les enquêtes menées au Cameroun, tous les couples avaient un double salaire. La plupart avaient des revenus réguliers (fonctionnaires, entrepreneurs, grands commerçants), des biens immobiliers et de consommation (maisons, voitures, ordinateurs, télévisions, réfrigérateurs, etc.) qu'ils étaient susceptibles de vendre pour payer une ou plusieurs tentatives de FIV. Enfin, pour certains d'entre eux, mais assez rarement, des parents acceptaient de les aider à financer le coût important des examens préliminaires, des médicaments (notamment des hormones), et de tous les autres frais du protocole (consultations médicales, anesthésie, etc.). Dans les cliniques de Douala, le recours à l'AMP revenait en moyenne à 3 000 euros (soit 2 millions CFA) pour une seule tentative. Précisons que le financement de l'AMP n'est pris en charge par aucune assurance.

10. En France, depuis le décret d'application du 17 octobre 2011, l'aide médicale de l'État (AME) ne prend plus en charge les frais relatifs à l'assistance médicale à la procréation (comme les actes techniques et examens de biologie médicale spécifiques à l'AMP et médicaments et produits nécessaires à la réalisation des actes et des examens liés à l'AMP). Rappelons que les bénéficiaires de l'AME sont des personnes en situation irrégulière, résidant sur le territoire français depuis au moins trois mois et disposant de faibles ressources.

11. Encadrée légalement depuis 1994, l'AMP est réservée aux couples hétérosexuels vivant ensemble depuis plus de 2 ans dans un premier temps, et sans condition de vie commune depuis 2011.

12. Arrêté du 25 janvier 2000, modifiant l'arrêté du 3 avril 1985 fixant la Nomenclature des actes de biologie médicale, Journal officiel du 26 janvier 2000.

13. La première naissance par FIV a été enregistrée à l'hôpital de King Faisal Hospital (« *a non-profit tertiary care center* ») à Kigali, et relayée par la Radio d'État.

Face à cette situation, certains médecins revendiquent une « fécondation *in vitro* à *low-cost* », c'est-à-dire à bas coûts, selon un modèle soutenu par *l'European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE). Des essais sont en cours au Ghana, mais sans avoir donné de résultats positifs jusqu'à ce jour (Bonnet et Duchesne, 2016). Les représentants de ce modèle à bas coût sont contestés par certains médecins et biologistes qui revendiquent une même qualité de matériel et de service, quel que soit le pays concerné. 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 de la santé. Dans ce contexte, et face à cette complexité, des médecins africains hospitaliers revendiquent une meilleure prise en charge de la santé de la reproduction dans le système public (notamment, une amélioration des soins en cas d'infections sexuellement transmissibles ou de complications obstétricales).

Le développement du système privé de la santé en Afrique est à mettre en relation avec l'émergence des classes moyennes qui sont caractérisées notamment par l'accès aux ressources, le salariat des deux membres du couple, une zone de résidence urbaine, le consumérisme et l'émancipation vis-à-vis des solidarités traditionnelles. Nombre d'économistes s'accordent à définir la « classe moyenne » comme étant une notion floue, regroupant des populations très hétérogènes « ni riches ni pauvres », celles qui se situent entre les classes sociales élevées et les plus pauvres. En Afrique subsaharienne, cette notion est sociologiquement pertinente pour appréhender des populations plutôt aisées qui circulent au sein d'une « *global middle class* » (Darmon, 2012), mais elle peut aussi concerner un ensemble d'« individus qui émergent juste de la précarité quotidienne sans être pour autant à l'abri d'un déclassement soudain » (Jacquemot, 2012, p. 3).

Certains de ces couples issus des classes moyennes sont amenés à venir en Île-de-France. Ils se dirigent alors prioritairement vers les cliniques ou cabinets privés (spécialisés dans la stérilité et recommandés par « une connaissance ») situés dans les villes limitrophes de la capitale (notamment dans le département de Seine-Saint-Denis). Étant donnée la procédure de l'AMP (qui nécessite un plateau technique pour des actes comme la ponction ovocytaire et le transfert d'embryons), les gynécologues exerçant dans le secteur privé travaillent en réseau avec un hôpital. Une tentative de FIV dans le secteur hospitalier français coûte en moyenne 2 000 euros [14], à quoi il convient d'ajouter le coût du voyage, de l'hébergement et du transport sur place. Des solutions sont trouvées au cas par cas. Par exemple, un pharmacien camerounais a déposé son sperme au laboratoire médical lors de sa venue pour un colloque à Paris alors que son épouse est venue consulter six mois plus tard lors de ses propres congés annuels. Dans certains cas, on observe des malentendus entre le personnel médical et ces hommes, ces femmes ou ces couples qui ne sont pas d'emblée identifiés comme étant des patients transnationaux (Duchesne, 2016).

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que les couples africains qui sont susceptibles de surmonter tous les frais occasionnés par l'AMP aient tous, dans nos enquêtes, à Douala comme en Île-de-France, un double salaire, d'autant que la femme est souvent

14. Ce coût n'est pas remboursé par la Sécurité sociale pour les non-résidents.

à l'origine de la décision d'AMP, non seulement parce que la suggestion lui a été faite par son gynécologue, mais aussi et surtout parce que les frais récurrents du ménage sont assurés par le chef de famille et les frais médicaux d'AMP en partie par la femme. Celle-ci ne manque pas, néanmoins, de solliciter son conjoint pour un partage des frais. Cette répartition se fait au cas par cas et n'est pas exempte de conflits conjugaux. Dans certains cas, des femmes ont abandonné leur travail en Afrique, laissé leur conjoint et leur famille au pays, et sans de véritables ressources subissent, de fait, un déclassement social et économique en France pouvant conduire à une « errance reproductive » (Duchesne, 2018). Soulignons dans ce cas une inégalité de genre puisque seules les femmes peuvent connaître un déclassement social, perdant ou laissant leur emploi au cours de leur trajectoire d'AMP, tandis que le conjoint n'est pas soumis à ce type d'infortune.

Quant aux couples africains résidant et travaillant en Île-de-France et ayant recours à l'AMP, ils ont eux aussi généralement commencé par consulter dans des cabinets ou cliniques privés. On peut s'interroger sur les représentations associées au secteur médical privé apparemment considéré comme étant plus apte à « traiter » l'infertilité intraconjugale. Est-il censé être plus proche des patients et plus efficace [15] ? Notons que ces couples africains résidant en France n'appartiennent pas, comme c'est le cas en Afrique, à une même classe socio-économique [16].

En Afrique, au grand dam des parents villageois, l'argent des salaires des couples urbains infertiles va aux technologies et n'est pas redistribué dans la famille élargie alors que la couverture des frais de santé des plus démunis est dépendante de la solidarité familiale. Précisons que les résidents les plus pauvres de ces pays, relevant pour la plupart du secteur agricole ou informel, ne bénéficient d'aucune protection sociale étatique. Ils dépendent donc de la redistribution de la famille élargie. L'observation du recours à l'AMP révèle ainsi une fracture sociale entre les uns et les autres, les familles villageoises percevant la situation socio-économique de leurs parents des classes moyennes en termes d'« inégalité des chances » (Bourguignon, 2012, p. 133), en particulier par rapport à l'éducation à laquelle ils n'ont pas eu accès. Cette interprétation en termes de chance ou de malchance oblitère les dimensions à la fois médicale et politique de l'infertilité intraconjugale.

Conclusion

En Afrique subsaharienne, l'accès aux soins reproductifs reste bien en deçà des besoins des femmes et des hommes et en particulier des personnes infertiles. De plus, en termes de besoins exprimés, leur souffrance psychologique n'est jamais évoquée dans les études et recherches en santé reproductive. Elle n'est prise en compte que dans les pays du Nord. Les ONG nationales et internationales consacrent leurs efforts au Sud à la planification familiale, et généralement ne considèrent pas l'infertilité comme une question de santé publique. En fait, il s'agit de défendre une approche globale du

15. Rappelons ici les enquêtes menées dans cinq capitales africaines sur la « médecine inhospitalière » (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

16. Leur niveau d'études était également très différent : par exemple, deux femmes avaient un diplôme supérieur au baccalauréat tandis qu'une n'avait pas été scolarisée et parlait difficilement le français.

sujet, et d'appréhender la question du choix reproductif, de la même façon qu'avec la contraception :

> « En donnant au couple la possibilité de ne pas avoir d'enfant, ou d'en avoir un quand il le désire, la contraception a constitué une première révolution biologique, éthique et sociale. Une seconde révolution, aux conséquences encore plus importantes, résulte du développement des nouvelles techniques biologiques permettant d'intervenir directement dans le processus de la reproduction. » (Ghasarian, 1995, p. 87.)

Les biotechnologies de la reproduction exclusivement accessibles dans les cliniques privées des capitales africaines s'adressent aux couples des (nouvelles) classes moyennes. Le développement de ces technologies est le produit d'inégalités structurelles qui caractérisent un pays à un moment de son histoire et de son développement économique au sein du paysage mondialisé de la reproduction. De fait, l'inégalité sociale de reproduction est le plus souvent mise sur le compte de la fatalité ou de la malchance. À travers les différents discours sur la mise au monde de la génération suivante, ce sont autant de représentations sociales et politiques du destin collectif idéal qui s'expriment (Ginsburg et Rapp, 1995).

Références

Alam N., Hajizadeh M., Dumont A. et Fournier P. (2015), « Inequalities in Maternal Health Care Utilization in Sub-Saharan African Countries : A Multiyear and Multi-Country Analysis » David O. Carpenter (dir.), *PLOS ONE*, vol. 10, n° 4, p. e0120922.

Belley Priso, E., Tchente Nguefack C., Nguemgne C., Nana Njamen, T., Taila W. et Banag E. (2015), « L'infertilité féminine à l'Hôpital Général de Douala : aspects épidémiologiques et radiologiques (à propos de 658 cas) », *Journal africain d'imagerie médicale*, vol. 7, n° 2, p. 19–23.

Bonnet D. et Duchesne, V (2014), « Migrer pour procréer. Histoires de couples africains », *Cahiers du Genre*, Biotechnologies et travail reproductif. Une perspective transnationale, vol. 1, n° 56, p. 41–58.

Bonnet D. et Duchesne V. (2016), « Introduction. L'émergence des technologies de la reproduction en Afrique au sud du Sahara », *in* D. Bonnet et V. Duchesne (dir.), *Procréation médicale et mondialisation. Expériences africaines*, Paris, L'Harmattan (Anthropologies et médecines), p. 11-24.

Bonnet D. (2018), « L'assistance médicale à la procréation en Afrique subsaharienne est-elle une innovation sociale ? », *in* Haxaire C., B. Moutaud et C. Farnarier (dir.), *L'innovation en santé. Technologie, organisation, changement,* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 41-57.

Bourguignon F. (2012), « Inégalités et croissance : une histoire des idées. Entretien », *Afrique contemporaine*, vol. 244, p. 131–140.

Bretin H. (2004), « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France », *Sciences sociales et santé*, vol. 22, n° 3, p. 87–110.

Colen S. (1995), « Like a Mother to Them" : Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York », *in* Ginsburg et R. Rapp (dir.) *Conceiving the New World Order : The Global Politics of Reproduction*„ Berkeley, Univ. Calif. Press, p. 78–102.

Cooper B. (2013), « De quoi la crise démographique au Sahel est-elle le nom ? », *Politique Africaine*, vol. 2, n° 130, p. 69–88.

Darmon, D. (2012). « Classe(s) moyenne(s) : une revue de la littérature. Un concept utile pour suivre les dynamiques de l'Afrique », *Afrique contemporaine*, vol. 4, n° 244, p. 33-51.

Duchesne V. (2016), « Reproductive Roaming : the Quest for Children of African Couples in France », *in* V. Rozée Gomez et U. Sayeed (dir.), *Assisted Reproductive Technologies in the Global South and North*, Routledge, p. 78–87.

Duchesne V. (2018), « Corps reproducteurs féminins sous surveillance. Téléphonie mobile et assistance médicale à la procréation dans le contexte de familles africaines transnationales » », *in* C. Haxaire, B. Moutaud et C. Farnarier (dir.), *L'innovation en santé. Technologie, organisation, changement*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 97-113.

Ferraretti A.P., Pennings G., Gianaroli L., Natali F. et Magli M.C. (2010), « Cross-border reproductive care : a phenomenon expressing the controversial aspects of reproductive technologies », *Reproductive Biomedicine Online*, vol. 20, p. 261–266.

Ghasarian C. (1995), « L'anthropologie face aux nouveaux modes de reproduction Anthropologie de la santé et de la maladie », *Journal des anthropologues*, vol. 60, p. 87–94.

Ginsburg, F.D. et Rapp R. (dir.) (1995), *Conceiving the NewWorld Order : The Global Politics of Reproduction*, Berkeley, University if California Press.

Gürtin Z. et Inhorn M. (2011), « Introduction : Travelling for conception and the global assisted reproduction market », *Reproductive Biomedicine Online*, vol. 23, n° 5, p. 535-537.

Hörbst V. et Wolf A. (2014), « ARVs and ARTs : Medicoscapes and the Unequal Place-making for Biomedical Treatments in sub-Saharan Africa », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 28, n° 2, p. 182-202.

Hudson N., Culley L., Blyth E., Norton W., Rapport F. et Pacey A. (2011), « Cross-border reproductive care : a review of the literature », *Reproductive Biomedicine Online*, vol. 22, p. 673–685.

Inhorn M.C. (2009), « Right to assisted reproductive technology : overcoming infertility in low-resource countries », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 106, n° 2, p. 172-174.

Inhorn M.C. et Van Balen F. (dir.) (2002), *Infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*, Berkeley, Los Angeles, California, University of California Press.

Jacquemot P. (2012), « Les classes moyennes changent-elles la donne en Afrique ? », *Afrique contemporaine*, n° 4, p. 17-31.

Jaffré Y. et Olivier de Sardan, J.-P (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Marseille, Paris, Karthala.

Larsen, U. (2003), "Infertility in Central Africa", *Tropical Medicine and International Health,* vol 8, n° 4, pp 354-367

Matorras R. (2005), « Reproductive exile *versus* reproductive tourism », *Human Reproduction*, vol. 20, n° 1, p. 3571.

Pennings G. (2005), « Reply : reproductive exile *versus* reproductive tourism », *Human Reproduction,* vol. 20, n° 1, p. 3571–3572.

Retel-Laurentin A. (1974), *Infécondité en Afrique noire. Maladies et conséquences sociales*, Paris, Masson.

Retel-Laurentin A. (1979), *Un pays à la dérive. Histoire et évolution sociale d'une société en régression démographique : les Nzakara*, Paris, Ed. Delarge, CNRS.

Tichit C. (2009), « Le spectre de la stérilité en Afrique Centrale, de la question épidémiologique au risque social », *in* C. Gourbin (dir.), *Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action,* UCL Presses universitaires de Louvain, p. 257-275.

Whittaker A. et Speier A. (2010), « 'Cycling Overseas' : Care, Commodification, and Stratification in Cross-Border Reproductive Travel », *Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, vol. 29, n° 4, p. 363-383.