



HAL
open science

Migrer pour procréer : histoires de couples africains

Véronique Duchesne, Doris Bonnet

► **To cite this version:**

Véronique Duchesne, Doris Bonnet. Migrer pour procréer : histoires de couples africains. Cahiers du Genre, 2014, Biotechnologies et travail reproductif Une perspective transnationale, 56, pp.41-58. halshs-01509643

HAL Id: halshs-01509643

<https://shs.hal.science/halshs-01509643>

Submitted on 18 Apr 2017

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

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

Migrer pour procréer : histoires de couples africains

Doris Bonnet et Véronique Duchesne

Résumé

À partir de deux études de cas ethnographiques recueillies en France et au Cameroun, cet article analyse, au prisme du genre, la mobilité transnationale de deux couples d'Afrique subsaharienne confrontés à l'infertilité. Les deux cas révèlent un processus similaire de désengagement masculin articulé à une volonté acharnée de la femme à être enceinte. Le travail reproductif avec assistance médicale à la procréation (AMP), s'il peut révéler des pratiques d'émancipation par rapport à des normes socioculturelles (notamment en termes de relations conjugales avec un refus de la polygamie), continue néanmoins de reposer sur les femmes et ne remet pas en cause la dichotomie entre travail productif masculin et travail reproductif féminin.

TECHNIQUES DE REPRODUCTION — INFERTILITÉ — CONJUGALITÉ — MOBILITÉ
TRANSNATIONALE — AFRIQUE SUBSAHARIENNE — TRAVAIL REPRODUCTIF

Depuis les années 1990, des couples africains ont recours à l'assistance médicale à la procréation, se déplaçant de gynécologues en centres de fertilité au sein du continent africain, voire en Europe. Dans le cadre d'une recherche financée par l'Agence nationale de la recherche (ANR « Les SUDS II ») sur « la stérilité et le recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) en Afrique subsaharienne », des enquêtes ethnographiques ont été menées auprès de la 'patientèle' d'une clinique de la stérilité au Cameroun et de celle d'un réseau de spécialistes de l'AMP en

Île-de-France (réseau constitué de biologistes d'un laboratoire privé, de gynécologues de ville et d'une équipe hospitalière du secteur privé non lucratif). Le but initial de ces enquêtes était d'explorer les motivations des couples à recourir à ces pratiques, en lieu et place des procédures des guérisseurs traditionnels ou néo-traditionnels, et les effets que ces techniques biomédicales ont notamment sur leurs représentations de la procréation, de la filiation et de la conjugalité. Dans le cadre de notre enquête multi-située (Île-de-France et Douala), nous avons rencontré des femmes dont les démarches étaient relativement similaires, n'hésitant pas à se déplacer d'un pays à l'autre, voire d'un continent à l'autre, afin de poursuivre un projet de grossesse par fécondation *in vitro* (FIV). Dans tous les cas, cette démarche était associée à une volonté de s'affranchir d'une stigmatisation familiale et sociale. Pourtant, progressivement, cette démarche transnationale s'est soldée, comme les données ethnographiques vont le montrer, par un grand isolement relationnel et une forte dépendance aux technologies de la reproduction. Ce constat nous a conduites à sélectionner deux études de cas illustrant cette situation. Ces cas ne sont pas représentatifs de l'ensemble des couples rencontrés, ils ont été choisis pour leur exemplarité en termes de 'cas extrêmes' : au niveau médical, les deux couples doivent avoir recours à une AMP avec tiers donneur¹ et ils ont tous deux décidé de se déplacer à l'étranger. Il ne s'agit pas d'idéaux-types sociologiques mais d'études de cas ethnographiques reposant non seulement sur des entretiens mais aussi sur une observation participante. Ces deux cas illustrent certaines modalités des effets sur le lien conjugal et sur l'« *arrangement des sexes* » (Goffman 2002) que peut produire la mobilité transnationale lorsqu'elle est associée à l'assistance médicale à la procréation.

En Afrique subsaharienne, le mariage, qui est une étape déterminante pour la construction identitaire féminine et masculine, est directement associé à une injonction sociale à la procréation. Aussi lorsque le mariage n'est pas rapidement suivi d'une

¹ Dans le premier cas, la femme présente une stérilité primaire et est conduite, par les médecins, vers un don d'ovocytes alors que dans la seconde situation, il s'agit d'une stérilité secondaire et d'un recours à un don de sperme.

naissance, différents recours sont envisagés par les époux et leur famille (guérisseurs, néo-guérisseurs, marabouts, prières, etc.). Dans les pays où les normes sociales pro-natalistes valorisent la maternité, les anthropologues ont montré combien l'infertilité avait des conséquences sociales profondément genrées : présomption de stérilité portant uniquement sur la femme, accusation de sorcellerie à l'adresse de l'épouse, incitation à la répudiation ou à la polygamie de la part de la famille du mari (Inhorn, van Balen 2002). Dans ces travaux, l'étude de l'expérience féminine de l'infertilité a été privilégiée, délaissant celle des hommes, pourtant confrontés, eux aussi, à l'épreuve de la stérilité (Journet 1981, 2008 ; Moussa 2012). Toutefois, des études récentes ont porté sur l'influence des hommes sur la santé reproductive des femmes, notamment à travers les effets directs de la transmission des infections sexuellement transmissibles (Dudgeon, Inhorn 2004), ainsi que sur l'émergence de nouvelles masculinités à l'ère des biotechnologies (Inhorn 2012).

Dans notre recherche, nous avons pris l'option de fonder nos entretiens sur des couples afin de ne pas exclure le discours masculin, nous permettant aussi d'observer les modes de participation des hommes aux consultations médicales (présence dans la consultation, en salle d'attente, dans la voiture au parking, ou en lien par téléphone portable, etc.). Au Cameroun, la méthode d'enquête reposait sur des entretiens d'une durée moyenne de quarante minutes, précédant ou suivant une consultation médicale pour prélèvement d'ovocytes ou transfert d'embryon, sans qu'il soit envisageable de les reconduire pour des raisons liées au contexte (couples résidant dans une autre ville ou un autre pays, impossibilité de se rendre au domicile du couple pour des raisons d'agenda ou de confidentialité, consultations très espacées par rapport au temps d'enquête de l'ethnologue sur le terrain, etc.)². En Île-de-France, les entretiens ont été conduits en deux temps, d'une part par une présentation de l'enquête à l'entrée ou à la sortie d'une consultation médicale (cabinet privé ou hôpital), d'autre part par un entretien d'une durée moyenne de quatre-vingt-dix minutes dans un lieu déter-

² Au total soixante-quinze entretiens ont été réalisés sur deux séjours (2011, 2012).

miné en concertation avec les couples (salle mise à la disposition par l'hôpital ou le domicile)³.

L'appartenance sociale des deux couples révèle qu'ils ne font pas partie des classes les plus élevées de leur société, contrairement à ce qu'il est fréquemment évoqué à propos des client·e·s de ces cliniques privées. Ils ressortissent aux classes moyennes africaines, groupe intermédiaire qu'on peut qualifier en Afrique de « *ni vraiment pauvre, ni vraiment riche* » (Darbon 2012, p. 33). Ils habitent la capitale et sont assez mobiles, souvent habitués aux voyages aériens, travaillant dans le secteur privé. Les deux couples ont un niveau de scolarisation de Bac ou Bac + 2 et une activité professionnelle assurant à chacun (hommes et femmes) un revenu. Ils partagent le même statut matrimonial (mariés coutumièrement et civilement).

À travers les deux cas présentés, nous examinerons de quelle façon le recours aux biotechnologies de la reproduction par le biais de la mobilité entraîne une interrogation des assignations de rôles au sein de ces couples confrontés à l'infertilité. Notre approche, résolument ancrée dans une anthropologie de la santé et de la mondialisation, permet d'envisager, dans les rapports entre conjoints, les déterminismes normatifs qui produisent des effets sur le couple.

Deux cas de mobilité transnationale

La mobilité des couples ayant recours à l'AMP est le résultat d'une circulation des techniques de fécondation *in vitro* depuis une vingtaine d'années orientée des pays occidentaux vers l'Afrique subsaharienne et entre pays d'Afrique (transfert des connaissances Sud-Sud). Cette innovation technologique est donc au cœur d'une mondialisation des techniques et des savoirs dont l'Afrique n'est pas exempte. Si l'on observe, actuellement, des centres principaux de production de ces techniques (par exemple,

³ Au total, trente trois entretiens, en majorité avec des femmes, ont été réalisés sur une durée continue de deux années (2011, 2012). L'étude de cas développée dans cet article est le fruit d'une relation de confiance établie sur le long terme avec l'une d'entre elles ; elle s'appuie sur des entretiens (seule et en couple) et sur plus d'une vingtaine de discussions informelles.

le Cameroun ou le Sénégal), d'autres pays sont en cours ou ne vont pas tarder à installer de telles cliniques de la fertilité. De nombreux couples se déplacent vers ces centres selon leur réputation ou leur capacité à les accueillir. D'autres couples s'orientent vers l'étranger (par exemple, la France ou la Belgique) lorsqu'ils présument que cette technique est mieux développée en Europe ou qu'elle sera donc assortie d'une meilleure réussite. Cette mobilité transnationale n'engage pas, dans les cas observés, une volonté d'immigration durable. Pour autant, elle ne correspond pas, dans notre perspective, à ce que d'aucuns nomment « *un tourisme reproductif* » (Inhorn, Pasquale 2009, Inhorn 2011), même si la définition qu'en donne Marcia C. Inhorn s'en approche : « *Le tourisme reproductif a été défini par la recherche de technologies de la reproduction et de gamètes humaines (œufs, sperme, embryons) au-delà de frontières nationales et internationales* » (traduit par nous) ; et même si nous nous accordons avec elle pour déclarer que ces déplacements doivent être appréhendés et analysés dans le contexte de « *repro-paysages globaux* » (*global reproscapes*).

Certes, le terme de tourisme est utilisé aujourd'hui dans le contexte de la santé, mais le fait qu'il soit associé à un déplacement, souvent assorti d'un parcours culturel, ne correspond pas au vécu des personnes qui nous ont fait part de leurs difficultés liées au déplacement (visa et avion, hôtel, frais de clinique, etc.). C'est la raison pour laquelle nous avons préféré le terme plus adapté de 'mobilité reproductive'.

Dans les deux cas que nous allons présenter, les couples sont confrontés à une infertilité conjugale. Dans le premier cas, il s'agit d'un couple résidant en Afrique centrale et se déplaçant vers le Cameroun. Dans le deuxième cas, le couple réside en Afrique de l'ouest et vient consulter en France (après un premier déplacement dans un pays voisin). Après la présentation de ces deux études de cas, nous tenterons d'examiner ce que ces déplacements à l'étranger ont eu comme conséquences sur les liens conjugaux et, plus largement, sur les rapports sociaux de sexe.

***Bénédicte et Vincent,
d'un pays d'Afrique centrale vers le Cameroun***⁴

Bénédicte et Vincent se rencontrent en 2007, aux âges respectifs de 38 et 40 ans. Ils se marient l'année suivante, en 2008, civilement, puis religieusement et selon la coutume. Divorcé, Vincent a déjà trois enfants d'un premier mariage (âgés de 16, 14 et 11 ans au moment de l'enquête). Bénédicte, orpheline de père et de mère, et benjamine d'une fratrie de quatre enfants (deux filles et deux garçons) a un fils de 16 ans, né en 1996 d'une union libre⁵ lorsqu'elle avait 22 ans. Après cette union, elle a une relation adultérine, est enceinte mais décide d'avorter, faute de voir 'un avenir' avec cet homme. Elle poursuit néanmoins une relation avec cet homme marié, est à nouveau enceinte, et fait une fausse couche. Puis, elle décide de rompre, reste plusieurs années sans une relation suivie, et choisit d'avoir une relation 'sérieuse' « *pour avoir un enfant à elle* ».

Bénédicte et Vincent exercent tous les deux une activité professionnelle, respectivement entrepreneure et comptable. Bénédicte fait valoir qu'elle est la seule enfant de la fratrie à avoir fait des études et à avoir réussi une activité professionnelle, raison pour laquelle, dit-elle, elle ne reçoit aucune aide de ses frères et de sa sœur. Celle-ci lui dit d'ailleurs :

Tu n'es pas habillée comme nous, tu roules dans de belles voitures, tu as fait de grandes études, tu ne peux pas avoir tous les privilèges. Si tu ne peux pas avoir d'enfant, c'est ton problème.

Dès l'année du mariage, le couple consulte un gynécologue qui leur prescrit des examens biologiques dont un spermogramme qui révèle une azoospermie. À la suite d'une stimulation hormonale de Bénédicte, le médecin pratique, mais sans succès, une insémination artificielle (en 2009). Le couple consulte un deuxième gynécologue qui confirme l'azoospermie de Vincent et leur recommande de s'orienter vers une clinique qui pratique des FIV, sans leur donner pour autant une adresse. Très en colère, Vincent retourne chez le gynécologue, se fâche, et

⁴ Afin de préserver l'anonymat des personnes interviewées, les prénoms et le pays d'origine ont été modifiés.

⁵ L'enfant ne réside pas au domicile conjugal et suit des études à l'étranger.

demande le dossier médical. Bénédicte ajoute « *qu'il a pris le dossier de force* ». Bénédicte souhaite se rendre en France où elle est suivie, dit-elle, par un gynécologue lorsqu'elle s'y rend pour des congés. Elle ne poursuit pas ce projet, et le couple consulte un troisième gynécologue qui les oriente vers deux cliniques, une au Maroc et une autre au Cameroun.

En 2010, durant un congé professionnel, ils se rendent au Cameroun, ont recours à une FIV avec les ovocytes de Bénédicte et le sperme de Vincent, mais sans succès (absence d'embryon). En 2011, Bénédicte demande un nouveau congé à son employeur qui le lui refuse. Elle attend douze mois et retourne à la clinique camerounaise pour une nouvelle FIV, mais cette fois en ayant recours à un donneur de sperme anonyme, sur proposition du médecin et avec l'accord écrit de son conjoint, et sa participation financière. Elle réside trente jours au Cameroun, avec l'intention d'attendre la première échographie de grossesse. Finalement, elle rentre plus tôt que prévu, par crainte d'avoir un retard sur son congé professionnel, mais est enceinte.

De retour au pays, elle constate un délabrement domestique. Son mari n'a payé aucune facture en son absence, n'a pas assuré régulièrement la prise en charge alimentaire de ses propres enfants. La voiture est détériorée sans qu'il n'ait engagé les réparations. Il n'a pas, non plus, renouvelé l'abonnement de la télévision, etc. Bénédicte se déclare désemparée. Elle attendait de son mari des témoignages de « *support et d'assistance* » alors qu'elle se sent « *vulnérable et exposée* », et finit par se demander s'il ne « *fait pas maintenant partie de ses soucis* ». Elle se plaint de n'avoir aucune aide domestique de la part des enfants de son mari. Dans ce contexte, Vincent part une semaine pour son travail en province. En son absence, à neuf semaines de grossesse, Bénédicte commence à saigner et ressent de violentes douleurs au ventre. Elle envoie un message au Cameroun où on lui recommande de consulter un gynécologue, mais elle s'y refuse de crainte d'un curetage. Au matin, elle constate qu'elle a fait une fausse couche. Elle téléphone à un gynécologue de son pays de résidence qui lui demande de venir. Elle refuse, toujours par crainte d'avoir un curetage qui la rende stérile. Bénédicte décide de ne plus parler de cette grossesse à son conjoint, car elle considère qu'il ne peut pas comprendre et qu'il

cherche uniquement à se justifier par rapport à sa stérilité. Pourtant, quelques mois plus tard, elle décide de repartir au Cameroun tenter une nouvelle FIV (toujours avec donneur anonyme). Elle obtient une année sans solde à son travail et décide de vendre sa voiture pour payer son séjour au Cameroun (frais d'hôtel, d'examens, etc.). Vincent s'inquiète des dépenses de Bénédicte et les relations entre les époux deviennent très conflictuelles. Néanmoins, elle part au Cameroun et décide de ne revenir à son domicile qu'après l'échographie du troisième mois de grossesse. La fécondation *in vitro* est un échec, et à ce jour, elle a fait deux autres FIV (avec transferts d'embryons) mais sans succès.

***Mariam et Moussa,
d'un pays d'Afrique de l'ouest en France***

Mariam (20 ans) et Moussa (40 ans) se marient en 2004. C'est un mariage religieux musulman et coutumier, entre cousins croisés (le père de Mariam et la mère de Moussa ont le même père). Moussa, après des études en Europe, avait demandé la main de Mariam deux ans auparavant alors qu'elle était élève dans un lycée de la capitale. Aussitôt après leur mariage, Mariam est envoyée, par sa belle-famille, dans le village où résident ses parents pour être excisée (elle a 21 ans). Elle doit également arrêter ses études, quelques mois avant le Baccalauréat. Moussa, qui est cadre supérieur, demande à Mariam de pardonner à sa famille et lui donne de l'argent pour l'achat d'un fonds de commerce. Chacun a alors un revenu. Ils sont propriétaires de leur maison et possèdent chacun une voiture. La grossesse attendue après le mariage tardant à venir, Mariam va consulter de nombreux praticiens et marabouts locaux. Moussa, de formation scientifique, consulte, lui, un médecin qui lui fait réaliser un spermogramme et lui prescrit des antibiotiques.

Après deux ans de mariage, Mariam décide de se rendre à Dakar, dans une clinique privée, grâce à l'aide financière de son frère. Elle rentre au bout de six mois, le médecin ayant diagnostiqué une obstruction tubaire et une insuffisance ovarienne. La famille de Moussa accuse Mariam d'avoir « envoûté » son mari puisqu'il refuse de prendre une seconde épouse. Lorsque Moussa doit se rendre en France pour une formation professionnelle, il

téléphone pour prendre rendez-vous avec un gynécologue qui exerce en cabinet en Île-de-France, contact donné par une parente résidant en France. Pour Moussa qui a une formation scientifique, cela va leur permettre « *de connaître la vérité sur le problème* ». En se rendant à l'aéroport, Mariam a déjà en tête de rester en France et de quitter son travail (elle dirige une petite entreprise de location de matériel), la pression de sa belle-famille au quotidien étant pour elle trop difficile à supporter. Après la mort de son père, elle a vendu sa part d'héritage pour pouvoir se faire soigner en France.

Le couple obtient un visa touristique et arrive à Paris en avril 2011. Lors de la consultation pour stérilité, le gynécologue diagnostique que Mariam a un kyste (suite à son excision) qu'il faut opérer et confirme le recours à une FIV. Des paillettes de « *monsieur* » (dixit Mariam) sont congelées et conservées dans un laboratoire biologique. Lorsque le séjour touche à sa fin, Mariam refuse de rentrer avec son mari et le laisse repartir seul. Dorénavant, il va gérer seul la maison familiale où logent la mère et la fratrie de Mariam depuis le décès de son père. Ces derniers finissent par quitter la maison familiale en raison de conflits avec la belle-famille qui accuse Mariam d'être une mauvaise épouse puisqu'elle refuse de rejoindre son mari. Le 22 décembre 2011, alors qu'elle vient d'obtenir sa carte d'AME (aide médicale d'État), le gynécologue qu'ils avaient consulté lui apprend que l'AMP n'est plus prise en charge par l'AME⁶. En juin 2012, celui-ci lui donne le nom de quatre hôpitaux qui pratiquent le don d'ovocytes, et en juillet, elle se rend à une consultation d'un de ces centres. Mariam téléphone peu souvent à son mari qui « *de toute façon ne la comprendrait pas* ». Moussa effectue des voyages aux États-Unis et en Europe, mais ne vient pas la voir.

La mère de Mariam meurt en novembre 2012. Très affectée, elle ne peut pas se rendre au pays et se sent très seule. D'abord accueillie temporairement chez une parente ('sœur') de Moussa dans la région parisienne, Mariam a fait appel à des associations

⁶ Le décret d'application du 17 octobre 2011 a acté la restriction des droits à l'aide médicale d'État pour les personnes sans-papiers. L'AME ne prend plus en charge depuis cette date l'AMP.

d'aide⁷ et, depuis octobre 2012, elle est logée dans un foyer parisien pour personnes sans ressources. Préférant ne rien demander à son mari pour payer ses consultations et examens médicaux, Mariam travaille en assurant des remplacements pour des travaux d'entretien.

En mars 2013, Moussa profite d'un voyage professionnel d'une semaine en France pour poursuivre le parcours AMP avec sa femme. Il loge dans un hôtel de la banlieue parisienne, sa 'sœur' qui avait d'abord accueilli Mariam ayant refusé de l'héberger le temps de son court séjour. Il doit refaire tous ses bilans et un spermogramme. Mariam qui maintenant connaît bien Paris, le guide dans ses démarches jusqu'à son départ. En mai 2013 dans le cadre d'un déplacement professionnel dans un pays du Maghreb, il fait une escale d'une journée à Paris pour se rendre au rendez-vous avec la gynécologue du service AMP hospitalier qui suit maintenant son épouse. Mariam tient à ce que la gynécologue explique à son mari le recours à un don d'ovocytes. Au cours de la consultation, la gynécologue annonce au couple qu'il n'est pas possible de recevoir un don d'ovocytes quand on est sans papiers. À ce jour, Moussa est reparti pour poursuivre ses activités professionnelles, avant son départ il a demandé à Mariam de le rejoindre pour le mois de ramadan (début juillet). De son côté, Mariam cherche à réunir toutes les conditions (contacts sur place et argent) pour un nouveau déplacement vers la Belgique et espère réussir à convaincre Moussa de la rejoindre pour le mois de ramadan.

Des couples représentatifs d'une classe moyenne africaine en construction

Les couples africains qui ont recours à l'AMP appartiennent aux nouvelles classes moyennes africaines. Celles-ci se définissent par une opposition aux classes économiquement très vulnérables (Darbon 2012, p. 44). Au sein de ces couples, les femmes

⁷ Terre d'asile se charge de lui trouver un hébergement d'urgence. À partir de février 2012, elle est hébergée dans un hôtel, par le 115, et va pour les repas, la douche et la laverie à la Halte femmes (lieu d'accueil de jour pour les femmes en très grande exclusion sociale).

ont une activité économique⁸, et ont acquis une autonomie financière, ce qui participe à une forme d'émancipation féminine par le travail (Attané 2009). La plupart de ces couples se réfèrent au modèle de reproduction du régime démographique de la transition (accès à une bonne hygiène, recours aux soins biomédicaux, à la nécessaire scolarisation des enfants, etc.). Ils adhèrent également à des valeurs fondées sur une volonté d'émancipation par rapport aux familles élargies (Jacquemot 2012) et d'aspiration aux technologies (usage des télécommunications, de l'accès à des moyens de locomotion). Ces couples sont mariés religieusement et coutumièrement — afin que cette union soit reconnue par leurs familles respectives — ainsi que civilement. Il ne s'agit en aucun cas de 'mariages forcés', parlons plutôt de « *mariages d'inclination* » (Attané 2009). Ils fondent leur union sur une communauté de valeurs, sur un sentiment amoureux, avec un lien de complicité, voire de fraternité. La notion de confiance entre époux est commune à de nombreux couples rencontrés lors des enquêtes. Elle s'explique aussi par le contexte 'secret' du recours à l'assistance médicale à la procréation où la prise de décision requiert de nombreuses discussions et négociations au sein du couple.

Ce modèle conjugal peut expliquer la solidarité dont font preuve les époux face à leur infertilité, avant leur mobilité procréative. Dans les deux cas présentés, leur solidarité se révèle dès la découverte de leur infécondité. Dans le cas de Bénédicte et Vincent, ils consultent ensemble le gynécologue (recours biomédical). Même la révélation de l'infécondité secondaire de Bénédicte et son recours à un donneur anonyme n'ont pas entaché, dans les premiers temps du projet d'AMP, le soutien du conjoint (participation financière au coût du traitement et du voyage). Dans le cas de Mariam et Moussa, ils décident ensemble d'aller à l'étranger pour trouver une solution à leur infertilité et consultent aussi ensemble le gynécologue français.

Devant l'épreuve mais aussi face à l'adversité et à la médisance de l'entourage, ils restent unis et solidaires, au point d'être isolés par rapport à certains membres de la famille. Au moment

⁸ Exemples d'activités professionnelles : commerçante, fonctionnaire, comptable, etc.

où les époux sont géographiquement éloignés, le lien est assez fort pour braver la pression de la famille, au point que Moussa refuse totalement le fait de prendre une seconde épouse comme sa famille le lui propose. Ceci étant, on est en droit de penser que la norme de référence familiale (la polygamie) n'est pas celle de Moussa qui a construit son couple sur des relations de proximité et de soutien (par exemple, en faisant un apport financier pour la création de l'entreprise de Mariam). Ils continuent à partager, malgré la distance géographique qui les sépare, le projet d'avoir un enfant ensemble dans le cadre du mariage. Cela explique probablement le maintien d'un lien d'alliance de longue durée (accentué dans le cas de Mariam et Moussa par le fait qu'ils sont cousins, et dans le cas de Bénédicte et Vincent par la volonté de bénéficier de la naissance d'un enfant légitime).

Ces couples doivent faire face à une relative absence de solidarité familiale dans un contexte de violentes accusations et médisances de la part des belles-sœurs à l'adresse des femmes. Le resserrement de l'union conjugale sur le couple a pour effet secondaire le relâchement des relations de soutien entre les deux familles alliées. Le couple stérile, pour les familles, peut même être perçu comme étant égoïste, 'vivant à l'occidentale', et partageant peu avec le reste de la famille les ressources acquises. Cette situation fait valoir une pluralité de normes sociales et une tension entre différents modèles familiaux.

Dans ce contexte d'épreuves à surmonter, on peut s'étonner que les couples ne divorcent pas. Différents éléments peuvent être avancés pour expliquer le fait que le divorce ne soit jamais évoqué. Dans le premier cas, Bénédicte et Vincent, tous deux protestants, sont très attachés à leur religion, déclarant cette appartenance comme représentant un ciment conjugal. D'autre part, Bénédicte a besoin de l'autorisation de Vincent pour sa demande de donneur de sperme. En effet, le recours à un donneur anonyme ne peut être accordé au Cameroun à une personne célibataire. En cas de divorce, son parcours d'AMP ne pourrait se poursuivre. Dans le second cas, les deux familles ont des liens de parenté. En effet, Moussa est le fils de la sœur du père de Mariam (et inversement, Mariam est la fille du frère de la mère de Moussa). Dans ce cas, le divorce peut conduire à un grave

conflit de famille. D'autre part, il s'agit d'un mariage religieux musulman qui interdit le divorce.

Pour faire face à des appartenances sociales et identitaires multiples (familiales et religieuses), nombre de couples africains des classes moyennes ayant recours à la mobilité transnationale s'accommodent d'une vie quotidienne où ils sont à la fois ensemble et séparés. Toutefois, ce mode de vie n'est pas sans incidences sur la mise en œuvre de leurs rôles sociaux respectifs (travail domestique, prises de décision, gestion de l'économie familiale, organisation des fêtes religieuses, etc.).

Des femmes, entre volonté d'émancipation et dépendance aux technologies de la reproduction

Des travaux relatifs au genre dans le contexte de la migration ont montré que de nombreuses femmes migrantes utilisent la mobilité à des fins stratégiques en lien avec les rapports sociaux de sexe (Morokvasic 2010). Les deux femmes de nos enquêtes trouvent dans la migration une opportunité d'échapper aux pressions familiales et sociales qui les emprisonnent dans leur rôle d'épouse stérile. Elles expriment, comme nombre de femmes africaines, un rejet de certaines contraintes familiales, matrimoniales ou statutaires (Adjamagbo, Calvès 2012). Dans ces deux cas, la mobilité s'avère être le seul moyen de se réaliser comme une possible future mère, et non plus seulement comme une épouse. En décidant de rester à l'étranger, Mariam et Bénédicte font preuve d'une certaine forme d'*empowerment*, mais au détriment de leurs activités professionnelles. Confrontées à une pluralité de normes, elles préfèrent rester à l'étranger, laissant leur travail et leur famille, au risque d'un isolement social. Il importe avant tout pour elles d'enfanter : le statut de mère semble ne pas avoir de prix et peu importe la chute sociale et le délitement des liens conjugaux qui accompagnent l'exil, du moins pour l'une d'entre elle. Finalement, Mariam et Bénédicte restent dépendantes des normes de procréation de leurs sociétés lorsqu'elles décident de se consacrer entièrement à la 'fabrication' d'un enfant, autrement dit à un travail 'reproductif'. Ainsi, leur identité et leur statut social dépendent de la maternité : le

recours aux nouvelles technologies de la reproduction ne change rien à cela, voire même accentue cette dimension normative. Autonomes financièrement, elles pensent pouvoir, coûte que coûte, réussir à payer les technologies de la reproduction et avoir un enfant. Bénédicte semble signifier que seul son mari reste un ‘souci’ puisqu’elle n’a pas de problème d’argent.

Contrairement à des femmes migrantes qui ont accédé à un statut social supérieur à celui du pays d’origine dans le contexte d’une migration économique (Morokvasic 2010), les femmes de nos enquêtes ont subi une forme de déclasserement social afin de mener à terme ce projet d’AMP⁹. Par exemple, avant de venir en France, Mariam vend les terres qu’elle a reçues en héritage à la mort de son père pour payer le coût des consultations et des examens. Bénédicte vide son compte en banque et vend sa voiture. De plus, elles introduisent toutes les deux une rupture dans leur activité professionnelle. Mariam abandonne son activité professionnelle lorsqu’elle vient consulter pour la première fois en France avec son mari et elle finit par faire appel à des associations françaises pour son alimentation et son hébergement, après avoir logé plusieurs mois chez une parente de son mari. De fait, elle connaît une véritable chute sociale, qui ne la fait pas faiblir pour autant dans sa trajectoire d’AMP. Bénédicte, quant à elle, prend un congé sans solde. Chaque épouse finit par ne plus solliciter financièrement son conjoint.

L’expérience de ces deux femmes révèle le paradoxe d’un parcours d’émancipation sociale mais de dépendance aux technologies de la reproduction. Partant d’une volonté de se libérer de normes de genre (refus du mariage contraint, de la polygamie, de l’emprise de la belle-famille), ces femmes en viennent à reproduire un ordre de genre très normatif en matière de procréation (volonté de faire un enfant ‘à tout prix’).

⁹ Précisons que le coût de l’AMP en juillet 2012, s’élève à presque 2 millions de francs CFA (1 million de francs CFA pour les actes médicaux et 800 000 francs CFA pour les actes biologiques) à la clinique de Douala (soit presque 3 000 euros) et à 4 000 euros minimum (2 000 euros pour les actes médicaux et 2 000 euros pour les actes biologiques). Cette somme varie légèrement selon les techniques utilisées (IAD – insémination artificielle avec don de sperme, FIV, ICSI ou IMSI – deux techniques par injection intracytoplasmique de spermatozoïdes).

Désengagement des hommes et délitement de la relation conjugale

En Afrique subsaharienne, pour un homme, comme pour une femme, l'identité et le statut social dépendent de sa capacité à transmettre une descendance (condition essentielle, par exemple, à l'acquisition du statut de chef de lignage, et d'ancêtre). Ainsi, lorsque le mariage n'est pas suivi d'une naissance, la famille de l'époux se tourne vers des réponses sociales (recours à un guérisseur ou un marabout) ou matrimoniales (répudiation, polygamie). Dans les deux études de cas présentées ici, les maris refusent ces solutions et s'orientent, avec leur épouse, vers un recours biomédical, en cohérence avec les connaissances scientifiques acquises au cours de leurs études supérieures. Dans les deux cas, les récits font valoir une motivation et un investissement financier des maris dans le recours à l'AMP.

Lorsque Moussa vient pour la seconde fois en France, il paie son billet d'avion, son visa, l'assurance et l'hôtel, coût qu'il estime à 3 000 euros. Il parle d'un parcours du combattant pour arriver en France, car pour le visa, il lui faut présenter une autorisation d'absence. Pour le mari, la mobilité procréative que suppose le recours à l'AMP représente d'énormes dépenses. Malgré tout, Moussa veut avoir un enfant avec « *celle qu'il a choisie* ». Il reste donc solidaire, même à distance.

À la différence de leurs épouses, Moussa et Vincent réussissent à concilier leur activité professionnelle et le parcours d'AMP. Le départ des deux femmes vers l'étranger conduit les deux hommes à une gestion solitaire des tâches domestiques. Tous les deux prennent le relais pour l'intendance et l'éducation des enfants (enfants d'une précédente union pour Bénédicte et d'un confiage pour Mariam), assumant des rôles attribués aux femmes selon les normes sociales de genre de leur société. Ces normes de rôles domestiques créent des discordes entre conjoints. Moussa évoque les reproches répétés de ses parents à propos de l'absence de son épouse du foyer. Quant à Vincent, son attitude révèle un état dépressif que Bénédicte semble ne pas déceler (abandon de l'entretien de ses enfants, de la maison, de la voiture, etc.). Pour Bénédicte, le désengagement de son mari est au cœur des conflits matrimoniaux.

Dans les deux cas, on observe un délitement de la relation conjugale et une incompréhension des maris face à ce qu'ils vivent comme une obstination de leurs épouses qui prennent le risque de mettre en danger leur activité professionnelle pour être enceinte. Dans les deux cas, les femmes n'hésitent pas à poursuivre leur trajectoire d'AMP en faisant fi de l'avis de leur mari, abandonnant activités domestiques et professionnelles pour ce projet d'enfant. L'expérience de l'infertilité conjugale bouleverse ce que le psychanalyste Éric Smadja nomme « *le travail de couple* », qu'il définit comme étant « *une coopération consciente et volontaire de deux partenaires dans l'accomplissement de tâches communes et différentes, en rapport avec l'existence matérielle et sociale du couple* » (2011, p. 224). En effet, les deux cas présentés ci-dessus font valoir une rupture (momentanée ou durable ?) du « *travail de couple* ». Le projet d'enfant n'est plus porté véritablement ensemble. Les époux n'ont plus une communauté de vie, les femmes ne se sentent pas véritablement soutenues, les ressources financières du ménage sont largement consacrées à l'AMP, et la répartition des tâches domestiques est perturbée. En conséquence, les représentations et les normes relatives aux rôles masculin et féminin sont bouleversées et réorganisées. Hommes et femmes des deux couples ne sont plus dans la même temporalité.

* *
*

Dans cet article, nous avons voulu analyser, à partir de deux cas de mobilités transnationales, les effets que le recours aux technologies de la reproduction peut avoir sur les normes de genre. Ces couples urbains appartenant aux nouvelles classes moyennes apparaissent au cœur de multiples tensions sociales. D'un côté, ils veulent construire un couple émancipé des pressions familiales et maître de ses décisions, dans lequel l'homme et la femme refusent la polygamie (ou la répudiation) — notamment lorsque l'épouse est tenue médicalement responsable de l'infertilité du couple. De l'autre, ces couples restent dépendants des normes sociales de maternité et de paternité attachées au mariage (obligation à l'enfantement, refus d'une naissance illégitime). Si la mobilité procréative peut être vue, dans un premier temps,

comme une forme d'émancipation féminine (éviter de la polygamie, choix du recours médical, affirmation d'une capacité économique, etc.), elle peut également être à l'origine d'un projet solitaire d'enfant, mettant ainsi à mal la construction initiale d'un couple fondé sur le partage de valeurs et la solidarité face aux épreuves. L'expérience de ces couples africains illustre la pluralité des normes sociales et des normes de genre en jeu dans le contexte de mobilités transnationales pour une assistance médicale à la procréation.

Références

- Adjamagbo Agnès, Calvès Anne-Emmanuelle (2012). « L'émancipation féminine sous contrainte ». *Autrepart*, n° 61 « Les nouvelles figures de l'émancipation féminine ».
- Attané Anne (2009). « Quand la circulation de l'argent façonne les relations conjugales. L'exemple de milieux urbains au Burkina Faso ». *Autrepart*, n° 49 « La fabrique des identités sexuelles ».
- Darbon Dominique (2012). « Classes(s) moyenne(s) : une revue de la littérature. Un concept utile pour suivre les dynamiques de l'Afrique ». *Afrique contemporaine*, n° 244.
- Dudgeon Matthew R., Inhorn Marcia C. (2004). "Men's Influences on Women's Reproductive Health: Medical Anthropological Perspectives". *Social Science & Medicine*, vol. 59, n° 7.
- Goffman Erwin (2002). *L'arrangement des sexes*. Paris, La Dispute « Le genre du monde » [ed. originale (1977). "The Arrangement between the Sexes". *Theory and Society*, vol. 4, n° 3].
- Inhorn Marcia C. (2011). "Globalization and Gametes: Reproductive 'Tourisme', Islamic Bioethics, and Middle Eastern Modernity". *Anthropology and Medicine*, vol. 18, n° 1.
- (2012). *The New Arab man. Emergent masculinities, Technologies and Islam in the Middle East*. Princeton, Princeton University Press.
- Inhorn Marcia, van Balen Frank (eds) (2002). *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. Berkeley, University of California Press.
- Inhorn Marcia C., Pasquale Patrizio (2009). "Rethinking Reproductive 'Tourism' as Reproductive 'Exile'". *Fertility and Sterility*, vol. 92, n° 3.

- Jacquemot Pierre (2012). « Les classes moyennes changent-elles la donne en Afrique ? Réalités, enjeux et perspectives ». *Afrique contemporaine*, n° 244.
- Journet Odile (1981). « La quête de l'enfant. Représentation de la maternité et rituels de stérilité dans la société diola de Basse-Casamance ». *Journal de la société des africanistes*, vol. 51, n° 1-2.
- (2008). « L'initiation mise en dérision ». *Systèmes de pensée en Afrique noire*, n° 18.
- Morokvasic Mirjana (2010). « Le genre est au cœur des migrations ». In Falquet Jules *et al.* *Le sexe de la mondialisation. Genre, classe, race et nouvelle division du travail*. Paris, Presses de Sciences Po « Académique ».
- Moussa Hadiza (2012). *Entre absence et refus d'enfant : socio-anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey, Niger*. Paris, L'Harmattan « Études africaines ».
- Smadja Éric (2011). *Le couple et son histoire*. Paris, Puf.