



HAL
open science

Normes reproductives, infertilité et nouvelles technologies de reproduction au Sénégal.

Marie Brochard

► **To cite this version:**

Marie Brochard. Normes reproductives, infertilité et nouvelles technologies de reproduction au Sénégal. . Sciences de l'Homme et Société. Université Paris Descartes, 2014. Français. NNT: . tel-01148641

HAL Id: tel-01148641

<https://hal.science/tel-01148641v1>

Submitted on 5 May 2015

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Université Paris Descartes
Ecole doctorale 180
Laboratoire CEPED

Normes reproductives, infertilité et nouvelles technologies de reproduction au Sénégal Le genre et le don

par Marie BROCHARD



Thèse de doctorat d'Ethnologie

Dirigée par Doris BONNET

Directrice de recherche, IRD-CEPED/UMR196

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2014

Devant un jury composé de :

ANTOINE Philippe, Directeur de recherche émérite, Université Paris Descartes (Membre invité)

BONNET Doris, Directrice de recherche émérite, Université Paris Descartes (Directrice de thèse)

DUCHESNE Véronique, Maître de conférences, Université Paris Descartes (Membre du jury)

LE MARCIS Frédéric, Professeur, ENS Lyon (Rapporteur)

TAIN Laurence, Maître de conférences HDR, Université Lyon 2 (Rapporteur)

**Normes reproductives, infertilité
et nouvelles technologies de reproduction
au Sénégal
Le genre et le don**

Résumé :

Au Sénégal, les normes sociales instituent le mariage et la procréation comme des règles fondamentales pour les couples. Les personnes infertiles sont de ce fait stigmatisées et subissent des pressions de la part de leurs familles et de leur entourage. D'une part, elles ont des difficultés à structurer leur identité sociale dans ce pays où la féminité est associée à la maternité et où la masculinité est associée à la paternité. D'autre part, elles sont symboliquement endettées par rapport à leurs familles car l'« enfant » constitue le contre-don de la vie qu'elles ont reçue à la naissance. Le genre et le don structurent ainsi la problématique du rejet des personnes infertiles au Sénégal. Malgré les souffrances psychologiques et sociales induites par l'infertilité, les politiques sanitaires se détournent de cette situation et occultent la pratique de l'assistance médicale à la procréation (AMP). Pourtant, l'AMP permet aux couples infertiles, lorsqu'elle aboutit à une grossesse, une sortie de la stigmatisation sociale. Dans le cas contraire, la relation peut s'orienter vers une rupture. Les technologies de reproduction réalisées dans la société sénégalaise restent très inégalitaires et délaissent toute une partie de la population qui souhaiterait bénéficier de ces techniques médicales. Les couples moins aisés se dirigent vers la médecine traditionnelle ou poursuivent leurs consultations dans le secteur public. L'AMP au Sénégal propose une solution à l'infertilité, mais les couples qui y recourent, le font dans le plus grand secret de peur de bouleverser les normes reproductives et de filiation.

Mots-clés : Infertilité, Assistance médicale à la procréation, Nouvelles technologies de reproduction, Genre, Don, Sénégal, Dakar.

Title: Reproductive norms, infertility and new technologies of reproduction in Senegal. The gender and the gift.

Summary:

In Senegal, the social standards establish the marriage and the reproduction as fundamental rules for the couples. The barren persons are of this fact stigmatized and undergo pressures by their families and of their circle of acquaintances. On one hand, they have difficulties to structure their social identity in this country where the femininity is associated to the maternity and where the manliness is associated to the paternity. On the other hand, they are symbolically got into debt with regard to their families because the "child" constitutes the against gift of the life that they received in the birth. The gender and the gift structure the problem of rejection of the barren persons in Sénégal. In spite of the psychological and social sufferings induced by the infertility, the sanitary politics turn away from this situation and hide the practice of assisted reproductive technology (ART). Nevertheless, ART allows the barren couples, when it ends in a pregnancy, an exit of the social stigmatization. Should the opposite occur, the relation can turn to a marital breakdown. The new technologies of reproduction realized in the Senegalese society remain very unegalitarian and abandon a whole part of the population which would like to benefit from these medical techniques. The couples with modest incomes go to the traditional medicine or pursue their consultations in the public sector. ART in Senegal proposes a solution for infertility, but the couples which resort to it, make it in the greatest secrecy for fear of upsetting the reproductive standards and of filiation.

Key words: Infertility, Medically assisted procreation, New technologies of reproduction, Gender, Gift, Senegal, Dakar.

CENTRE POPULATION ET DEVELOPPEMENT
(CEPED)
19, rue Jacob
75006 Paris

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont à mon conjoint Denis Thoo pour son accompagnement et sa grande patience tout au long de ma thèse. Il tient un rôle très important dans la concrétisation de cette thèse. Grâce à lui, j'ai pu bénéficier de bonnes conditions d'accueil pour mes enquêtes de terrain chez ma belle-famille à Dakar. Une pensée va à mon fils Dayo Thoo qui m'a accompagné durant mes deux terrains à Dakar et qui a ainsi eu un avant-goût du métier d'anthropologue.

Un grand merci à mon père Marc Brochard qui m'a apporté un soutien financier inconditionnel et des encouragements tout au long de cette thèse.

Je remercie ma mère, Chantal Delarue, pour les relectures de ma thèse et ses conseils. Merci à Valérie Beaudoin, Colette Cvetkovic et Barbara Bioux pour leur contribution à la relecture de ma thèse. Je remercie Barbara Guillin pour sa contribution artistique à cette thèse. Merci à Marie-Charlotte Loreille et Arthur Monier pour la mise en page de cette thèse.

Je remercie chaleureusement ma belle-famille du Sénégal, Agathe et Aubin Odah pour m'avoir accueillie et hébergée pour la durée de mes séjours à Dakar, ainsi que pour leurs encouragements et leur aide. Merci à Nadine, Toby, Imelda, Sorenza et Constant pour leur accueil et leur soutien. Merci à Mémé pour son soutien et ses prières. Merci à Cécile, Colette et Toty pour avoir pris soin du petit Dayo pendant la durée de mes terrains.

Je remercie Dominique, Charlotte, Jessica, Lise, Hélène, Micheline, Marcelline, Rosalie, Odette, Claudine, Henri, Olivier, Ernest, Urbain et tous mes proches.

Je remercie particulièrement ma directrice de recherche Doris Bonnet pour son encadrement, sa disponibilité, son écoute et ses conseils pertinents ; pour nos échanges sur ce sujet de recherche que nous partageons (elle travaillant sur l'assistance médicale à la procréation au Cameroun, moi au Sénégal). Merci à elle pour son aide lors de mes enquêtes de terrain au Sénégal.

Je remercie Philippe Antoine pour m'avoir apporté son soutien à Dakar et m'avoir donné des contacts importants pour l'avancée de mes enquêtes. Merci aussi à Rokhaya Cissé pour son écoute et ses encouragements, ainsi que pour les contacts transmis pour mon enquête.

Je remercie tout particulièrement la Dr Rokhaya Thiam Ba pour son aide tout au long de mes enquêtes et le Dr Fayemi pour son aide à ma recherche. Je remercie le Dr Dagadou et le Dr Noutacdie (appelé aussi Dr Romain) de l'hôpital Abass Ndao pour leur aide durant ma deuxième enquête à Dakar, ainsi que l'équipe médicale du service gynécologie de l'hôpital Abass Ndao pour m'avoir permis de travailler parmi eux. Merci au Dr Dieng, à madame Sow et à madame Traoré pour leur aide dans la traduction d'entretiens.

Je remercie tous les gynécologues, urologues, biologistes, sexologues, sages-femmes, étudiants en gynécologie qui ont participé à mon enquête. Je remercie Jean-Yves Le Hesran, Freddy Gnognon, Wilfried Danmitondé qui m'ont mis en relation avec les médecins.

Je remercie très fortement les couples, femmes et hommes qui ont eu le courage de participer à cette enquête et de braver d'une certaine manière le tabou de l'infertilité en me livrant leurs témoignages très intéressants. J'espère que cette thèse pourra contribuer à faire évoluer la considération des couples infertiles au Sénégal et ainsi leur rendre une part de ce qu'ils m'ont donné.

Je remercie tous les chercheurs sénégalais ou travaillant sur le Sénégal : Binetou Dial, Fatou Sow, Sokhna Boye, Sylvain Faye, Tidiane N'Doye, Charles Becker, A. Seck qui m'ont permis de mieux appréhender la culture et la société sénégalaise.

Je remercie le CEPED pour son aide financière accordée pour mon terrain. Ce laboratoire m'a permis de bénéficier d'échanges avec des doctorants et avec des chercheurs me permettant d'avoir des retours sur ma recherche. Merci aux doctorants du CEPED pour l'aide qu'ils m'ont apportée surtout à travers des discussions informelles, mais très stimulantes. Merci à Susana, Stéfanie, Guéda, Laure, Hélène, Anna, Cécile, Caroline, Anne, Aziz, Sarah, Rokhaya.

LISTE DES ABBREVIATIONS

AMP : Assistance médicale à la procréation

FIV : Fécondation *in vitro*

FIVETE : Fécondation *in vitro* et transfert d'embryons

GPA : Gestation pour autrui

IA : Insémination artificielle

IAC : Insémination artificielle avec sperme de conjoint

IAD : Insémination artificielle avec sperme de donneur

ICSI : *Intra Cytoplasmic Sperm Injection*

NTR : Nouvelles technologies de reproduction

PMA : Procréation médicalement assistée

TEC : Transfert d'embryons congelés

SOMMAIRE

INTRODUCTION	17
I - Comprendre l'infertilité et les nouvelles technologies de reproduction au Sénégal : une analyse par le genre et par le don	24
II - Présentation du cadre théorique.....	30
III - Méthodologie de l'enquête	35
 PARTIE I. LE GENRE COMME OUTIL D'ANALYSE ANTHROPOLOGIQUE : COMPRENDRE LA REPRODUCTION	65
CHAPITRE 1. DE L'ANTHROPOLOGIE AU GENRE	67
I - L'anthropologie et la reproduction.....	68
II - La division sexuée des tâches sociales.....	74
III - L'histoire du concept de genre	78
VI - Qu'est-ce que le genre ?.....	81
CHAPITRE 2. LE GENRE DANS LA REPRODUCTION.....	85
I - L'appropriation des femmes.....	85
II - L'hétérosexualité comme obligation ?.....	88
III - Les limites du féminisme occidental : l'oubli des autres dominations.....	92
CHAPITRE 3. LE GENRE DANS LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE REPRODUCTION.....	99
I - La médecine et le corps des femmes.....	100
II - Que recouvre la notion de stérilité dans l'AMP ?.....	103
III - Critiques féministes face aux médecins des NTR.....	106
IV - L'AMP comme nouveau mode de reproduction	113
CONCLUSION.....	119
 PARTIE II. LA STERILITE AU SENEGAL : DETTE GENERATIONNELLE ET AMBIVALENCE SEXUELLE.....	121
CHAPITRE 4. RELATIONS D'AUTORITE ET REGLES CONJUGALES AU SENEGAL.....	125

I - L'autorité des maris et la soumission des épouses.....	126
II - L'autorité de la famille	138
III - L'enfant : le pilier de la famille.....	157
CHAPITRE 5. PRISE EN CHARGE FAMILIALE DE L'INFERTILITE ET DE L'INFECONDITE	165
I - L'infertilité et l'infécondité au Sénégal	165
II - Les itinéraires thérapeutiques des couples infertiles	175
III - Le poids de l'entourage dans les parcours de soin	187
CHAPITRE 6. GESTION SOCIALE DE LA REPRODUCTION ET DE L'INFERTILITE.....	195
I - Le façonnement des rôles de genre au Sénégal dans un but reproductif.....	195
II - Le déni social de l'infertilité masculine.....	201
III - Les donneuses de vie	216
IV - L'importance du don d'engendrement	233
CONCLUSION.....	243
PARTIE III. LES RUPTURES INDUITES PAR L'AMP ET LES RETICENCES	
SOCIALES, RELIGIEUSES ET POLITIQUES245	
CHAPITRE 7. L'AMP AU MILIEU DES ENJEUX POLITIQUES EN SANTE DE LA REPRODUCTION.....	249
I - L'absence de loi sur l'assistance médicale à la procréation	249
II - Les dysfonctionnements du système sanitaire au Sénégal	264
III - Les tensions politiques en matière de santé de la reproduction.....	269
CHAPITRE 8. CONTEXTE RELATIONEL AUTOUR DE L'AMP.....	279
I - Un milieu concurrentiel	279
II - Le couple et les praticiens de l'AMP	287
III - L'AMP : une décision conjugale ?	299
CHAPITRE 9. LE REFUS DU DON D'ENGENDREMENT.....	311
I - L'AMP intraconjugale et l'AMP avec don au Sénégal	311
II - Les positionnements religieux sur les NTR	320
III - L'enfant génétique : le primat du biologique	333

CONCLUSION.....	345
CONCLUSION : L'ARTICULATION DU GENRE ET DU DON DANS L'INFERTILITE ET L'AMP	347
GLOSSAIRE	355
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	359
INDEX DES FIGURES	388
ANNEXES	389
Lois relatives à la santé de la reproduction	391
Protocole de recherche.....	397
Notice d'information et consentement éclairé	401
Extraits du guide d'entretien	405

INTRODUCTION

C'est comme si la femme sans enfant n'était pas une femme.

Madame C., 37 ans, Sénégalaise, Catholique

[...] l'alliance matrimoniale est conclue, lorsque l'épouse devient effectivement mère. Si la femme est stérile, elle reste effectivement une épouse échangeable, que son mari demande à sa belle-famille de remplacer par une de ses sœurs. Ainsi, tant qu'un enfant n'est pas né, l'alliance n'est pas définitivement scellée.

Pradelles de Latour, 2003, p. 150

Après une recherche bibliographique sur la pratique du lévirat en Afrique subsaharienne dans le cadre de notre Master (Brochard, 2009), nous avons choisi de porter notre attention pour ce travail de Doctorat sur l'infertilité et l'assistance médicale à la procréation au Sénégal.

Le sujet sur le lévirat nous a permis d'aborder à la fois le statut des femmes, mais aussi l'importance des familles élargies et des lignages sur la vie des individus, notamment dans leurs choix reproductifs. Cette pratique, encore présente dans certaines sociétés d'Afrique subsaharienne, nous a permis de mieux appréhender les rapports de pouvoir entre les sexes et les enjeux au sein de la reproduction. Nous avons compris, par le biais de cette pratique, qu'une femme mariée est contrainte par sa belle-famille à se remarier avec son beau-frère, après le décès de son mari. Le prix de la fiancée¹ ayant déjà été payé, la famille du mari décédé souhaite que son épouse continue à procréer pour leur lignage. Concernant cette pratique, E. E. Evans-Pritchard (1960/1973) différenciait deux types de mariage qu'il nomma « mariage fantôme » et « mariage léviratique ». Le « mariage léviratique », présent dans beaucoup de sociétés africaines, exige que le frère ou le fils d'un mort hérite de sa veuve et doit l'épouser. Le « mariage fantôme », pratiqué chez les *Nuer* (Soudan) est bien différent. Les liens du mariage ne sont pas coupés avec la mort et la veuve reste l'épouse du mort. Les enfants qu'elle aura après son décès seront considérés comme les enfants du mort. Ce mariage vise à perpétuer le nom du défunt dans la chaîne des générations de son lignage. Sa femme doit engendrer, avec l'aide d'un autre homme, des enfants héritiers qui porteront le nom du défunt. L'homme qui épouse au nom du mort une femme, n'est pas considéré comme son mari légal ; celui-ci restant le mort. Ainsi, le géniteur n'a jamais la possibilité de payer pour devenir le père social de ses enfants naturels. E. E. Evans-Pritchard explique que dans les mariages léviratiques, le « vice-mari » possède beaucoup plus de droits sur sa femme que le « vice-mari » d'un mariage fantôme. Une veuve dans le mariage léviratique *Nuer* est beaucoup plus libre que la veuve dans les sociétés africaines qui pratiquent le lévirat. Cette position favorable est due à la règle selon laquelle une femme est toujours l'épouse d'un mort, puisque après sa mort, elle peut continuer à remplir ses obligations reproductrices envers le lignage de son mari en donnant naissance à des enfants engendrés par n'importe quel étranger ou par les frères de son mari.

Pour R. Fox (1967/1972), la fonction du lévirat est en rapport avec le fait que les droits sur une femme sont investis à perpétuité dans le lignage de son mari. Selon cet auteur, le sororat remplit une fonction identique. Si une femme meurt, son lignage doit la remplacer par une autre, « ordinairement une sœur cadette cédée à prix réduit » (1967/1972, p. 118). Dans ce contexte, une femme stérile peut être répudiée et une autre exigée à sa place. Pour R. Fox, ce sont les « produits » de la femme, plutôt que sa personne même, qui sont recherchés. Il explique que si deux frères peuvent se substituer l'un à l'autre, c'est qu'ils sont, en un sens, équivalents par rapport à Ego ; le frère du père est appelé « père » parce qu'il est aussi un « père » potentiel. D'après R. Fox (1967/1972), la théorie de la filiation voit, dans les pratiques du lévirat et du sororat, un mécanisme

¹ Dot versée par le futur marié et sa famille à la famille de la future épouse.

visant à préserver la continuité du lignage, alors que la théorie de l'alliance y discerne un moyen de perpétuer l'alliance.

Lévirat et stérilité

Nous nous sommes intéressée à la question de la stérilité à travers la pratique du lévirat. En effet, lorsqu'une femme est stérile, son mari qui a payé pour elle le prix de la fiancée, peut demander une autre femme à sa belle-famille en échange. La belle-famille peut lui proposer une sœur ou une nièce de la femme stérile. Dans d'autres cas, le mari peut garder sa femme stérile, mais épousera aussi la sœur ou la nièce de celle-ci. On parlera dans ce cas d'union sororale². Il était intéressant de voir comment, dans ces sociétés, une femme peut être échangée contre une autre, si elle n'est pas féconde. La fécondité de la femme apparaissait ainsi comme l'élément le plus important aux yeux des familles.

Au moment de compulsier la littérature sur le lévirat, nous nous sommes rendue compte que cette pratique n'avait pas lieu qu'en Afrique subsaharienne, mais qu'elle se pratiquait chez les Juifs, en Inde, mais aussi en France et en Angleterre, sous la forme de lévirat ou de sororat³, jusqu'au XIX^{ème} siècle. En Europe, ce furent l'Église et la pensée chrétienne, notamment à travers le *una caro*⁴ qui mirent fin à cette pratique (Héritier, 1994b). Nous avons étudié cette pratique sous l'angle des études de parenté. Nous avons compris que la reproduction humaine n'était en rien un processus naturel, mais qu'elle était une organisation politique et sociale. Derrière ces couples reproducteurs, se trouvaient des familles, des lignages qui organisaient, mesuraient, choisissaient leur système de reproduction. Ainsi, les femmes et les hommes étaient guidés vers des partenaires pour reproduire le nom d'un lignage, d'un ancêtre. De plus le système de l'échange des femmes souligné par C. Lévi-Strauss (1949) montrait qu'il s'agissait là d'un système commun à plusieurs groupes qui échangeaient des femmes pour fonder des alliances.

Ces femmes qui n'en sont pas

À travers nos lectures, plusieurs faits nous ont questionnés. Premièrement, le fait qu'un homme et sa famille paient le prix de la fiancée pour avoir une épouse. En effet, nous nous demandions naïvement pourquoi payer pour avoir une épouse, étant donné que de notre point de vue d'occidentale du XXI^{ème} siècle, nous connaissions assez peu les mariages forcés ou du moins arrangés. La deuxième question était pourquoi payer pour une femme féconde et non pour une femme ? Ici précisément, se joue toute la subtilité du processus. Cette question renvoyait directement à une autre : qu'est-ce qu'une femme ? Selon nous, une femme était définie en fonction de son sexe biologique. Il s'est avéré que la réponse était beaucoup plus complexe que cela. Du point de vue de ces sociétés d'Afrique subsaharienne en tout cas, qui pratiquent ou pratiquaient le lévirat, la réponse à cette question était : qu'une femme n'était considérée comme

² Deux ou plusieurs sœurs sont en union avec le même époux.

³ Un homme épouse la sœur de sa femme après le décès de celle-ci.

⁴ *Una caro* (Une seule chair) : dans le mariage chrétien, les époux forment une seule chair, ce qui suppose une fusion totale par la rencontre des corps. Ainsi le beau-frère et la belle-sœur deviennent interdits.

telle que si elle était capable de mettre au monde des enfants au compte d'une famille, d'un lignage.

Un cas attirera justement notre attention. F. Héritier (1978) confrontait deux exemples de femmes stériles en Afrique subsaharienne, les femmes *Nuer* d'Afrique Orientale, étudiés par Evans-Pritchard dans les années 1950, et les femmes *Samo* du Burkina Faso. Chez les *Nuer*, les femmes stériles pouvaient retourner dans leur famille et épouser une femme. Du fait de ne pas pouvoir enfanter, elles étaient considérées comme des hommes et avaient les mêmes droits et devoirs qu'eux. Ainsi elles épousaient une femme et par le biais d'un serviteur, elles avaient des enfants qui l'appelaient « père ». Ce cas est très surprenant, déjà parce qu'il signale que la définition de « femme » n'est pas universelle et ensuite parce qu'il indique bien que les frontières entre les sexes sont poreuses. Chez les *Samo*, le statut de femme est refusé aux femmes stériles et celles-ci sont enterrées, à leur mort, dans un cimetière pour enfants. Cet exemple met en avant la condition d'avoir enfanté pour devenir une femme et pour devenir adulte et être reconnue comme tel. Ainsi une femme qui n'a pas enfanté, n'est pas reconnue comme l'égale d'une autre femme ayant des enfants. D'ailleurs souvent, en Afrique subsaharienne, plus une femme a d'enfants, plus elle est reconnue socialement et respectée (Journet, 1985, 1990). Ainsi, ce châtement de stigmatisation sociale infligé à la femme stérile peut être interprété comme une punition pour ne pas avoir rendu sa « dette de vie » (stigmatisation dans son propre lignage) et sa « dette d'alliance » (stigmatisation dans le lignage de son mari). Elle reste alors redevable à sa famille, à son lignage, au lignage du mari, à la société.

Un autre fait a attiré notre attention, celui des femmes ménopausées, qui dans certaines sociétés africaines, ayant dépassé leur période féconde, peuvent siéger au conseil des anciens et prendre des décisions importantes pour leur société (Meillassoux, 1975/2005). D. Paulme (1960) explique que lorsque la femme africaine n'est plus mère, elle est alors totalement intégrée dans la famille de son époux et porte des attributs ordinairement masculins :

Les Africains eux-mêmes reconnaissent que, passé un certain âge, une femme ne se distingue guère qu'un homme : épouse ou non d'un chef, une femme de tête, dont le ménage à prospéré, aura droit à la considération générale, considération toujours accrue par le nombre de ses enfants vivants (p. 21).

J. A. Ngoundoung (1999) explique qu'à la ménopause, chez les *Tikar* du Cameroun, la femme est appelé « homme » ; cela signifie qu'elle a quitté la catégorie de celles qui donnent la vie. Dans cette société, la fécondité est féminine car les hommes ne sont pas les géniteurs de leurs enfants au détriment d'un esprit. La vieille femme acquiert du pouvoir et sa parole prime sur les autres car elle inspire respect et peur. Elle devient à cet âge « mère-des-esprits » et assiste à la préparation secrète des masques, de laquelle elle était exclue lorsqu'elle était féconde, car regarder les masques en face provoque l'arrêt des règles ou la stérilité. Elle surveille la sexualité des femmes et leur fécondité et peut leur apporter des remèdes contre la stérilité en adressant des demandes aux ancêtres. Chez les *Guidar* du Cameroun, selon C. Collard (1985), les femmes ménopausées entrent dans la catégorie des « femmes faites hommes » et elles acquièrent un pouvoir politique et social. Elles peuvent prendre la parole en public face aux hommes, partir vivre chez leurs enfants et quitter leur mari, accéder à la divination, et devenir accoucheuse ou guérisseuse. Chez les *Sereer Ndut* du

Sénégal, il existe même une initiation des femmes ménopausées lors de laquelle sont dévoilées certaines des connaissances masculines (Dupire, 1991a).

Selon J.-F. Vincent (2003), qui étudie les sociétés du Cameroun, l'arrêt des règles marque le passage à un statut supérieur ; les femmes ménopausées sont libérées de la soumission aux hommes. Elles deviennent leur égale. La femme ménopausée devient « comme un homme » (p. 132). Dans la langue *Beti*, la femme ménopausée est nommée « femme importante, femme accomplie », car chez les *Beti*, la « vraie femme » n'est pas celle qui met des enfants au monde, mais celle qui a dépassé le stade de fécondité. V. Vinel (2009) précise que lorsqu'une femme *sikoosme* (Burkina Faso) a plusieurs enfants, elle peut décider de ne plus avoir de rapports sexuels avec son mari. Cet arrêt ne coïncide pas forcément avec la ménopause. Cette période est vécue comme une période de liberté pour les femmes qui sont ainsi libérées de leurs tâches de production et de reproduction. Ce passage à l'âge de vieille femme - certaines femmes n'ont que 38 ans - passe par la reconnaissance du mari et de l'unité familiale de la participation des femmes et de la possibilité qu'elles puissent passer leur tour à une autre femme plus jeune. Selon l'auteure, la ménopause sociale prime sur la réalité biologique :

Plutôt que de parler de la ménopause en tant que passage, faudrait-il évoquer une ménopause sociale qui fait passer de femme enfantant à une femme inféconde. Les femmes confient alors la fécondité à la génération suivante de femmes procréant pour le lignage (p. 160).

Ce que l'on peut retirer de tous ces exemples, c'est que l'identité féminine est mouvante, variant d'une société à l'autre. Dans beaucoup de sociétés africaines, la « vraie femme » est celle qui fait la preuve de sa fécondité ; pour d'autres cependant, la « vraie femme » est celle qui est déjà âgée - inféconde socialement - mais qui a eu des enfants (*Beti*, *Sikoosme*). Ainsi l'identité féminine performe en fonction des normes sociales. Nous notons aussi que les femmes vivent cette période de ménopause (qu'elle soit sociale ou biologique) comme un moment de liberté. Les femmes deviennent libres de l'autorité de leur mari et acquièrent elles-mêmes de l'autorité. Les familles et la société n'attendent plus d'elles ni services productifs (elles pourront dorénavant cultiver uniquement leur propre champ), ni services reproductifs (elles passent le relais aux femmes plus jeunes). C'est maintenant à leur tour de se faire prendre en charge par leurs jeunes co-épouses ou leurs belles-filles. De même, elles captent des jeunes enfants de leurs co-épouses ou de leurs enfants pour les aider dans leurs tâches quotidiennes.

Dans certaines sociétés africaines, des femmes peuvent aussi détenir un pouvoir légitime, ordinairement détenu par les hommes. Ces femmes ne peuvent pas vivre totalement comme les autres femmes. A. Lebeuf (1960) explique qu'en Afrique, dans des sociétés très différentes et géographiquement dispersées, il existe des femmes chef de village, chef de terre ou qui se trouvent à la tête d'un lignage ou d'un clan. Souvent elles exercent ces fonctions par un héritage et en l'absence d'héritiers mâles ; elles succèdent ainsi à leur mari ou à leur père. Il existe aussi des chefs préférant désigner une sœur ou une fille à leur succession plutôt qu'un fils. Elles peuvent être chef de chasse et même chef de guerre. Dans les régimes patrilinéaires, ces femmes doivent renoncer à avoir un mari officiel car leur statut est incompatible avec celui de femme mariée, mais elles peuvent avoir des enfants qui appartiennent à leur famille. Chez les *Venda* (Afrique du Sud,

Zimbabwe), une femme qui est à la tête d'un village peut rester mariée à son époux, mais ses enfants ne pourront lui succéder car ils appartiendront à la famille du père ; elle peut aussi choisir de divorcer et épouser officiellement une autre femme dont elle paie la dot. Elle aura des enfants de cette femme par le biais d'un membre de sa famille qu'elle désignera ; ses enfants lui appartiendront et elle désignera parmi eux celui qui prendra sa succession. Chez les *Tikar* du Cameroun, la société se structure autour de deux pouvoirs, celui d'un chef et celui d'une cheftaine. Pour avoir une descendance, la cheftaine désigne un homme parmi ses esclaves et en fait une « épouse » qui sera le géniteur de ses enfants, pour qui elle sera le père social (Ngoundoung, 1999).

Dans tous les exemples évoqués, nous voyons que dans certaines sociétés africaines, une femme peut épouser une autre femme et changer de rôle de genre, une femme chef peut aussi épouser un esclave et en faire une épouse. Identités féminine et masculine peuvent ainsi se confondre dans certains cas précis où une femme prend les attributs de la masculinité, ou un homme ceux de la féminité.

Choix du sujet

Alors que le choix de l'infertilité a été guidé par des critères scientifiques développés ci-dessus, le choix du Sénégal a lui été plutôt déterminé par des aspects d'ordre personnel. Comme nous devions partir avec notre fils d'un an, le Sénégal, où vivait le frère de notre conjoint qui pouvait nous accueillir chaleureusement, fut jugé la meilleure opportunité. Une fois le choix du pays fixé, nous avons élargi notre étude de la stérilité à celle des nouvelles technologies de reproduction, sur les conseils de notre directrice de recherche. Cette suggestion s'est avérée pertinente car infertilité et AMP sont, à notre époque, imbriquées. Ces sujets ont peu été étudiés dans les pays africains. Le Sénégal est pourtant un des premiers pays africains à avoir utilisé ces méthodes médicales de reproduction en 1989.

Un outil théorique d'analyse a manqué à notre recherche sur le lévirat : le genre. En effet, le prisme de l'analyse par le genre a permis de mieux cerner cette organisation de la reproduction qui ne visait pas des fins individuelles ou conjugales, mais bien familiales, collectives et sociales. Le genre a mis en évidence la contrainte organisée des femmes à la reproduction et il a fait apparaître le fait que cette organisation repose sur plusieurs éléments : le mariage, l'hétérosexualité obligatoire, l'apprentissage à la soumission, la violence (Delphy, 2008a, 2008b ; Guillaumin, 1992 ; Tabet, 1998, 2004). Il a clairement mis en rapport la subordination imposée des femmes aux hommes du fait de leurs capacités corporelles de reproduction. De même, dans les nouvelles technologies de reproduction, le genre permet de comprendre le rôle central des femmes dans les parcours d'AMP et l'attention des médecins focalisés sur ce corps féminin reproducteur (Tain, 2003, 2013a). Il permet aussi de comprendre comment l'AMP bouleverse la filiation (Théry, 2010a). Ainsi, pour cette recherche de thèse, nous avons exploité la bibliographie des études de genre pour avancer une interprétation et analyser les phénomènes de l'infertilité et des nouvelles technologies de reproduction au Sénégal.

Cependant, le genre a théoriquement dû faire face à des critiques internes des mouvements féministes contestataires, *Black feminim*, *Subaltern studies*, car il ne parvenait pas à rendre compte d'autres formes de discriminations vécues par les femmes des minorités (femmes de couleur,

pauvres et lesbiennes). Ainsi le concept d'« intersectionnalité » (Crenshaw, 1989) combla ce vide en permettant l'analyse de l'interaction des dominations de genre, de classe et de race.

Dans cette recherche sur le Sénégal, le genre n'a pas permis non plus, à lui seul, de rendre compte de la complexité des sujets de l'infertilité et de l'AMP. Un deuxième outil d'analyse est donc venu s'imposer à notre recherche. Ce deuxième outil, cette fois-ci très anthropologique, c'est le don (Caillé, 2007 ; Godelier, 1996 ; Mauss, 1924/2004). Le don, omniprésent dans les sujets de l'infertilité et de l'AMP, s'est imposé *de facto* à notre recherche à partir du moment où nous avons tenté de comprendre les fondements de la stigmatisation des couples infertiles et le rejet social des nouvelles technologies de reproduction au Sénégal.

Au Sénégal, comme nous le présenterons dans cette étude, il existe une stigmatisation des couples infertiles. Ce problème conjugal est dénié par la société et est inexistant sur un plan politique. La responsabilité de l'infertilité est renvoyée sur les femmes car elles sont perçues comme les responsables de la reproduction, alors que la stérilité masculine n'existe pas au vu des normes sociales. Les nouvelles technologies de reproduction sont pratiquées au Sénégal par des gynécologues et des biologistes, mais elles ne sont pas encadrées par la législation. Les couples qui ont recours à ces nouvelles technologies de reproduction le font dans le plus grand secret pour ne pas perturber les normes de genre du pays et ainsi ne pas souffrir de discriminations. Le sujet de l'AMP est un thème brûlant dans l'actualité. Les nouvelles technologies de reproduction sont au cœur des débats sociaux modernes car elles bousculent la filiation et les relations de genre, ainsi que tous les mythes des origines concernant le couple hétérosexuel comme base pour la reproduction. Elles se développent dans une dimension transnationale et non uniquement locale, étant donné que les couples se déplacent à l'étranger quand ils ne trouvent pas de solution dans leur propre pays. Au Sénégal, et dans les pays africains en général, les discussions à propos des nouvelles technologies de reproduction sont encore taboues car elles constituent une véritable menace pour la préservation des normes de genre de ces pays, notamment en ouvrant un questionnement sur de nouvelles formes de parentalités (notamment dans l'AMP avec don de gamètes) et donc en questionnant l'homosexualité, laquelle est très mal perçue dans les pays africains.

I - COMPRENDRE L'INFERTILITE ET LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE REPRODUCTION AU SENEGAL : UNE ANALYSE PAR LE GENRE ET PAR LE DON

Le déni de l'infertilité dans les pays africains

Les taux d'infertilité en Afrique sub-saharienne sont très élevés. Chez les couples mariés dans les pays africains ces taux sont compris entre 15 % et 30 %. En comparaison, ils sont compris entre 5 % et 10 % aux pays d'Europe et d'Amérique du Nord (Okonofua, 2003). La dernière enquête *Demographic and Health Surveys* faite au Sénégal et publiée en 2012, mentionne quant à

elle que l'infertilité primaire⁵ au Sénégal n'est pas très élevée et concerne 2,5 % des femmes en union et 4,8 % pour l'ensemble des femmes. Cependant cette enquête ne mentionne aucun chiffre sur les taux d'infertilité secondaire⁶, alors que certains auteurs précisent la prévalence de ce type d'infertilité pour l'Afrique subsaharienne (Larsen, 2000). Aucun chiffre n'est non plus avancé sur l'infertilité masculine primaire ou secondaire.

L'infertilité est perçue comme un marqueur social négatif, voire humiliant et stigmatisant pour les couples et pour les femmes en particulier, mais aucune volonté ni sociale, ni politique ne semble se dessiner au Sénégal pour informer sur ces technologies de reproduction et pour donner aux couples ayant des difficultés pour concevoir, une possibilité d'avoir un enfant. Les nouvelles technologies de reproduction sont coûteuses et peuvent paraître inadaptées pour les pays africains qui ne peuvent investir massivement dans ces techniques (Okonofua, 2003). Cependant, au Sénégal, aucune politique sanitaire concernant l'infertilité n'émerge, ni prévention, ni écoute, ni soutien psychologique, ni information, laissant les couples dans le désarroi le plus complet. L'infertilité ne fait pas partie des priorités, alors que dans la culture sénégalaise, la procréation permet aux couples d'accéder à la majorité sociale et que l'enfant est très valorisé (Dyer, 2007 ; Sow et Bop, 2004). Le sujet de l'infertilité n'est pas traité à sa juste mesure et il est même parfois absent des programmes de planification familiale (Inhorn, 2003 ; Retel-Laurentin, 1978a). De plus, les femmes sont le plus touchées par la stigmatisation de l'infertilité car la stérilité masculine est déniée socialement.

Concernant les nouvelles technologies de reproduction au Sénégal et en Afrique subsaharienne, ces techniques médicales se sont développées depuis une vingtaine d'années et pourtant peu d'études ont retracé ces parcours d'innovation médicale en matière de procréation, contrairement à une bibliographie foisonnante pour l'Europe et les États-Unis. Ainsi on constate que ni l'infertilité, ni les nouvelles technologies de reproduction, n'occupent une véritable place dans le débat social et politique sénégalais.

Comment analyser l'infertilité et les nouvelles technologies de reproduction par le genre ?

L'objectif de cette thèse est d'aborder les thèmes de l'infertilité et des nouvelles technologies de reproduction au Sénégal et plus spécifiquement à Dakar par une approche en termes de genre. Que peut apporter un éclairage par le genre pour ces thématiques au Sénégal ? Nous verrons comment une étude par le genre de l'infertilité et des nouvelles technologies de reproduction au Sénégal est innovante. Nous étudierons quelles sont les particularités sénégalaises autour de ces thématiques. Tout d'abord, nous en sommes au tout début des recherches sur l'AMP en Afrique subsaharienne. Un colloque a eu lieu sur ce sujet à l'Université Paris Descartes les 12 et

⁵ L'infertilité primaire est le nom donné pour qualifier la situation des personnes n'ayant jamais eu d'enfant après deux années de rapports sexuels réguliers.

⁶ L'infertilité secondaire est le nom donné pour qualifier la situation des personnes n'ayant pu procréer après la naissance d'un ou plusieurs enfants.

13 décembre 2013⁷. Au Sénégal, l'assistance médicale à la procréation n'a encore jamais été étudiée d'un point de vue anthropologique. L'infertilité est aussi un sujet peu abordé, hormis dans quelques travaux (Boye, 2008, 2010 ; Faye, 2011 ; Journet, 1985, 1990 ; Niang, 2010 ; Seck, 2010).

L'objectif de cette recherche est de comprendre comment l'infertilité et l'assistance médicale à la procréation au Sénégal impliquent le genre et peuvent constituer l'enjeu de rapports de pouvoir entre les hommes et les femmes à travers la société et ses institutions, notamment médicales, sociales et politiques. Nous montrerons comment le déni de l'infertilité et le refus de penser les nouvelles technologies de reproduction au Sénégal font partie du système de genre. Nous analyserons également comment la mise au jour de ces sujets au Sénégal peut renverser le système de genre, le bouleverser.

Pourquoi avoir choisi le genre pour analyser l'infertilité et les nouvelles technologies de reproduction au Sénégal ? Tout d'abord, concernant l'infertilité en Afrique subsaharienne, la littérature présente la très forte stigmatisation des couples infertiles et en particulier des femmes infertiles, alors que l'infertilité masculine est taboue et masquée (Dudgeon et Inhorn, 2004 ; Héritier, 1978 ; Tichit, 2004). Les études portant sur le Sénégal rejoignent cette littérature de l'Afrique subsaharienne (Boye, 2010 ; Journet, 1990 ; Ndiaye, 1986 ; Seck, 2010). Le genre semble le meilleur outil pour analyser ce phénomène de stigmatisation des femmes infertiles menaçant le standard social de la femme accomplie dans ses maternités. Il semble adapté pour comprendre le rejet social auquel sont confrontés les couples quand ils ne parviennent pas à procréer ; la procréation devenant alors une injonction sociale. Enfin, il paraît pertinent pour étudier les rôles sociaux dans lesquels sont assignés les femmes et les hommes sénégalais. Pourquoi l'infertilité est-elle taboue ? Est-elle un point d'ombre dans l'organisation de la reproduction ? Remet-elle en question le modèle du couple hétérosexuel procréateur ?

Les féministes relatent que le genre occupe une place très importante dans les nouvelles technologies de reproduction, notamment en faisant de la femme la patiente principale pour l'infertilité du couple ou pour l'infertilité masculine (Löwy et Marry, 2007). Cette focalisation sur le corps féminin influence de fait une attitude médicale en général, qui se base depuis des siècles sur l'étude des corps féminins, délaissant celle des corps masculins en matière de procréation. Le corps masculin serait vu comme la norme et ne nécessiterait pas d'être compris et étudié (Laqueur, 1992a). Cette attitude médicale renvoie-t-elle à une attitude sociale, que certaines féministes nomment « le patriarcat » (Delphy, 2008a), qui fait de l'homme la norme et de la femme la particularité ? Ainsi peut-on analyser autrement que par le genre l'organisation des parcours d'assistance médicale à la procréation centrés sur les corps des femmes ? Peut-on analyser autrement que par le genre le retrait des hommes et leur manque d'implication dans ces parcours d'assistance médicale à la procréation ? De ce point de vue-là, les nouvelles technologies de reproduction semblent se baser sur les normes de genre de la société sénégalaise. Cependant, en intervenant au cœur même de la reproduction, les nouvelles technologies de reproduction ne

⁷ Colloque international « Technologies de la procréation et mondialisation. Dispositifs, savoirs, expériences en Afrique sub-saharienne », Université Paris Descartes, 12 et 13 décembre 2013.

bousculent-elles pas complètement le système de genre ? Ne sont-elles pas dérangeantes pour les religions ? Ne modifient-elles pas les statuts de « père » et de « mère » ? Ne font-elles pas intervenir des « donneurs » dans la reproduction ? Cette modification dans la reproduction humaine amène beaucoup de questions que le genre peut permettre d'expliquer. Le genre peut-il permettre de comprendre les problèmes sociaux, religieux, éthiques et politiques soulevés par ces techniques de reproduction assistée qui touchent à la sexualité et à la reproduction ? Les nouvelles technologies de reproduction peuvent-elles remettre en cause les normes de genre de la société sénégalaise ? Au Sénégal, comment interviennent les couples dans les parcours d'AMP ? Quelles places tiennent les médecins ?

Nous partirons de positionnements concevant le genre comme étant en lien direct avec la reproduction et son organisation. Le genre est un principe dichotomisant en deux sexes, créant la distinction entre le masculin et le féminin, et introduit une hiérarchie entre les sexes (Delphy, 1991, 2008a, 2008b) Cette hiérarchie est la conséquence du privilège des femmes de l'enfantement (De Vilaine, 1986a ; Héritier, 2003). Le genre n'a même aucune existence sans les rôles différents des hommes et des femmes dans la reproduction (Rubin, 1998). Des institutions comme le mariage et l'hétérosexualité sont alors des institutions de contrainte pour assurer la reproduction humaine (Tabet, 2004 ; Wittig, 2001). Sans la reproduction humaine, il n'est pas utile de distinguer les hommes et les femmes sur la base de leurs organes génitaux. Ainsi, dans ce contexte d'injonction sociale à la reproduction, nous examinerons comment l'infertilité pose un vrai problème aux familles et à la société et comment elle constitue un « trouble dans le genre »⁸. Que faire de ces couples hors normes qui dissocient sexualité et procréation et qui ne pérennisent pas les lignées ? Nous analyserons comment l'infertilité est un impensé social et comment la société sénégalaise préfère l'ignorer. Un couple doit-il procréer pour exister, au risque de ne pas être reconnu socialement ? Une femme devient-elle effectivement une femme aux yeux de tous seulement lorsqu'elle a des enfants ? Un homme devient-il viril aux yeux de tous seulement lorsqu'il devient père ? Ainsi se posera la question de la « vraie femme » et du « vrai homme ». Y'a-t-il des femmes plus « femme » que les autres ? Des hommes plus « homme » que les autres ? Selon quels critères juge-t-on de la féminité d'une femme ou de la masculinité d'un homme ? Qui détermine les critères ?

Concernant les nouvelles technologies de reproduction, celles-ci modifient-t-elles les normes de genre au Sénégal, et notamment autour des représentations de l'infertilité ? Ces changements peuvent-ils introduire un changement dans les rôles de genre face à la reproduction humaine ? Dans quel contexte se pratiquent les nouvelles technologies de reproduction et quels changements sociaux peuvent-elles apporter ? Dans cette étude sur le Sénégal, nous démontrerons comment les nouvelles technologies de reproduction renvoient à un système de genre sénégalais pré-établi, à des normes de genre, mais comment elles peuvent amener aussi un espoir pour une évolution à venir de ces normes de genre. Au Sénégal, les nouvelles technologies de reproduction ont-elles permis d'autres formes de parentalité ? Ont-elles permis une évolution des normes de

⁸ Renvoie au titre de l'ouvrage de J. Butler.

genre ? Ont-elles pu aider les couples infertiles à sortir de la marginalisation sociale ? Peuvent-elles influencer les politiques en matière de santé de la reproduction ?

L’articulation du genre et du don

En questionnant le genre au sein de l’infertilité et de l’AMP au Sénégal nous nous sommes confrontée à la question du don, de même qu’à celle du contre-don et de la dette. En Afrique subsaharienne, les familles ont une place très importante dans la vie conjugale et dans les choix reproductifs (Dial, 2008 ; Tichit, 2009). La société, de même, à travers des normes sociales et des normes de genre, conditionne les relations entre les sexes et les générations. Ainsi, il est impossible de ne pas introduire dans cette recherche le facteur de domination générationnelle qui a un très fort impact sur la vie des couples (Antoine, 2007a ; Marie, 1997 ; Meillassoux, 1975/2005). Les couples eux-mêmes parlent d’une « pression familiale » et d’une « pression sociale » concernant leur vie intime. Il s’agit en fait d’un ensemble de normes de genre visant l’accomplissement des couples dans le mariage et la procréation abondante. En dehors de ce cadre normatif, les couples sont stigmatisés par les familles et leur entourage social (amis, collègues, voisins). Les couples sont aussi en dette face à leur société ; laquelle est fortement pro-nataliste (normes religieuses islamiques et résistances importantes face à la planification familiale). À travers cette domination générationnelle, inscrite dans les familles, le don/contre-don tient une place très importante. Les enfants, plus qu’un désir conjugal, sont une dette familiale et sociale dont chaque couple doit s’acquitter (Héritier-Augé, 1985d). Sans progéniture, les couples sont endettés (Bessoles, 2001 ; Delaisi de Parseval, 2008). Ainsi, familles et société réclament aux couples les enfants qui leur sont dus. En dehors de la pression familiale, la société sénégalaise, à travers ses membres, réclame aussi aux couples des enfants ; à tel point qu’un couple qui ne désire pas d’enfant n’est pas concevable au Sénégal. Les couples infertiles sont donc mal perçus car ils se coupent des cycles d’échanges, notamment des échanges d’enfants (confiage, mariage).

Nous sommes partie d’une réflexion sur le don à partir du texte fondateur de M. Mauss (1924/2004), *Essai sur le don*. M. Mauss a basé sa réflexion sur les études de terrain portant sur le *potlach* des sociétés nord-américaines et sur la *kula* des sociétés mélanésiennes. M. Mauss pense le don comme un « fait social total » recouvrant tous les espaces de la vie sociale : les humains n’échangent pas seulement des objets, mais aussi des hommes, des femmes et des enfants. Selon lui, le don n’est pas un acte désintéressé, mais un acte par lequel s’établit la hiérarchie : donner rend supérieur et place le récipiendaire en dette. Ainsi Mauss pose le paradigme du don : « donner, recevoir, rendre » car le don implique tacitement un contre-don. Le don peut aussi être dangereux car l’identité du donneur est contenue dans le don : en donnant, on se donne. C. Lévi-Strauss (1949) à travers son travail sur l’échange des femmes montre que les femmes sont des objets d’échange entre les hommes. Selon lui, derrière cet échange ce sont les alliances et toute la pensée symbolique qui s’élaborent. C. Collard (2003) et M. Godelier (1996) reprochent à C. Lévi-Strauss d’avoir focalisé son attention sur l’échange des femmes, occultant le fait que dans certaines sociétés, ce sont les hommes qui sont échangés. Enfin, les enfants s’échangent dans ce même but d’entretien des alliances. S. Lallemand (1993) montre que le confiage suit les mêmes logiques que

les échanges matrimoniaux. M. Godelier (1996) a repris cette réflexion lancée par Mauss sur le don, la pensant sous forme d'une énigme⁹. Il explique qu'à côté des choses données, il y a aussi celles qu'on garde ou que l'on transmet (objets de famille). Pourquoi au Sénégal les familles exercent-elles des pressions sur les couples pour qu'ils procréent ? Pourquoi l'entourage rappelle-t-il à l'ordre les couples qui ne procréent pas ? Que symbolise l'enfant ? Est-il un contre-don que les couples doivent aux familles, à la société ?

Voyant que tout peut être échangé dans le but de faire relation, le système de don présent dans l'AMP semble plus explicable. La question du don est très présente dans la littérature sur l'AMP et elle est au cœur des débats. Les dons faits dans l'AMP sont des dons de gamètes (spermatozoïdes et ovocytes) allant jusqu'au don de gestation (gestation pour autrui). Ces dons sont la plupart du temps gratuits et anonymes. Alors que dans le cadre du don de sang, cela ne pose pas de problème, cela se complique dans le don d'engendrement (Théry, 2010a). Ce don est en fait un don d'hérédité, de filiation (Delaisi de Parseval, 2009). Un enfant est amené à naître au bout de ce processus procréatif. Ainsi, que recouvre ce don d'engendrement ? Pourquoi est-il si difficile à accepter ? Pourquoi les sociétés ont-elles tellement de mal à légiférer sur ces dons d'engendrement, préférant souvent occulter ces pratiques médicales ? Quels sont les positionnements religieux sur ces dons ? Pourquoi les couples eux-mêmes sont mal à l'aise face aux dons, préférant souvent cacher ce recours à leurs familles et aux enfants issus du don ? Les sociétés privilégient-elles les enfants biologiques ou sociaux ? Existe-t-il des enfants stigmatisés ?

La revue MAUSS, n°39, *Que donnent les femmes ?* (2012) est consacré à la question de l'articulation du genre et du don. Les auteurs divisent la question en quatre entrées : l'assignation des femmes au don et au *care*, leur assignation à la maternité, la spécificité du féminin et les rapports entre dons des femmes et dons des hommes. Nous comprenons qu'il y a un lien fort entre le fait que les femmes donnent la vie (maternité) et le fait qu'elles soient échangées entre les lignages (organisation de la reproduction/système de genre). D'autres auteurs ont étudié cette articulation entre genre et don, notamment A. Weiner (1976/1983). Celle-ci explique que dans les sociétés trobriandaises, les femmes ont des biens propres qu'elles donnent notamment lors des cérémonies de naissances et de décès. Certains objets masculins ne sont donnés que par les hommes et ne circulent qu'entre eux seuls et d'autres sont féminins, ne sont donnés que par les femmes et ne circulent qu'entre elles seules. Ainsi on peut parler de dons masculins et de dons féminins. Les objets féminins symbolisent les pouvoirs reproducteurs des femmes ; celui des hommes leur pouvoir de transmission générationnelle. M. Strathern (1988) a poursuivi cette réflexion autour du genre du don toujours dans les sociétés trobriandaises. I. Théry (2010a) reprend cette idée dans le contexte de l'AMP à travers le genre des dons de gamètes. Elle explique que les dons masculins de sperme sont fondés sur l'anonymat du donneur, mais que ce modèle est plus difficile à appliquer aux dons féminins d'ovocytes et de gestation, qui impliquent de manière plus grande le corps de la femme. Ainsi le don est genré (don masculin/don féminin) et il existe un genre du don : les femmes (par leur nature de procréatrices et de donneuses de vie, donneuse de *care*). Mais sont-elles assujetties ou sujet du don (Pulcini, 2008) ? La pensée théorique autour de

⁹ L'énigme du don.

l'éthique du *care* est elle aussi au carrefour du genre et du don puisque dans la théorie de C. Gilligan (1993/2008), les femmes possèdent une éthique morale plus proche du don, de l'altruisme, plutôt qu'un intérêt rationnel. Ainsi, pour elle, l'éthique du *care* est une éthique féminine (Gilligan, 2010).

Le genre et le don sont souvent étudiés de manière séparée. Dans cette étude sur les normes reproductives, l'infertilité et l'AMP, il nous a semblé pertinent de les associer pour comprendre la stigmatisation des couples infertiles, ainsi que l'occultation de la pratique de l'AMP à Dakar. Pourquoi l'infertilité et l'AMP sont-elles dérangeantes au Sénégal ? Comment le genre et le don peuvent expliquer ce malaise social ? Pourquoi est-il pertinent-ils et novateur d'associer le genre au don ? Comment s'imbriquent-ils ? Cette thèse pose la question de savoir quels sont les malaises soulevés par l'infertilité et l'AMP. Elle vise à expliquer comment le genre et le don peuvent apporter des éléments de réponse pour comprendre le malaise face à ces pratiques, ainsi que le malaise face à l'infertilité. Nous tenterons de comprendre l'imbrication du genre et du don dans ces sujets qui touchent aux normes procréatives et à la reproduction.

II - PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE

A - Le genre : analyser la reproduction et les nouvelles technologies de reproduction

L'anthropologie a questionné l'organisation de la reproduction, notamment à travers les études de la parenté (Evans-Pritchard, 1960/1973 ; Fox, 1967/1972 ; Radcliffe-Brown et Forde, 1950/1953). Lévi-Strauss (1949) a fait évoluer les études sur la parenté en questionnant et en analysant le phénomène de l'échange à travers l'échange des femmes. Ces échanges permettent aux sociétés de consolider leurs alliances. Dans la continuité de cette perspective structuraliste proposée par C. Lévi-Strauss, F. Héritier (1996, 2002, 2003) s'est intéressée aux représentations sociales et symboliques du féminin et du masculin ainsi qu'à la hiérarchie entre les sexes, qu'elle propose d'appeler « valence différentielle des sexes ». Dans un positionnement plus culturaliste, M. Mead (Mead, 1948/1966, 1928/1935/1969) avait préalablement étudié les rôles sexuels à travers des études portant sur la sexualité en Océanie. L'anthropologie économique a laissé une place à l'étude des dominations entre les sexes. Le phénomène de la domination masculine a été analysé par M. Godelier en particulier dans son étude sur les *Baruya* (1982/1996a) où la hiérarchie entre les sexes est très forte, ainsi que la violence sociale concernant les rôles sexuels. C. Meillassoux (1975/2005) a aussi contribué à cette littérature en faisant valoir l'exploitation des femmes du fait de leurs fonctions de reproductrice, ainsi que le fait qu'elles soient utilisées par les aînés comme moyens de pression sur les cadets. Enfin, l'anthropologie féministe a amené un tout autre éclairage sur les rapports entre les hommes et les femmes par le biais de l'outil du genre. Elle pose clairement le postulat d'une domination des hommes sur les femmes autant dans une forme sociale par une domination collective, que dans une forme plus individuelle, par le biais du mariage. Elle amène l'idée que cette domination n'est pas naturelle, mais politique à des fins de gestion de la

reproduction et de l'outil de la reproduction : la femme (Mathieu, 1973, 1985a, 1985b, 1991b ; Rubin, 1998 ; Tabet, 1985, 1998, 2004). Le genre a intégré la discipline de l'anthropologie, comme il a intégré d'autres disciplines de sciences humaines et sociales. Il ne fait cependant pas l'unanimité au sein de la discipline car beaucoup de chercheurs le perçoivent comme un instrument politique féministe et non comme un outil scientifique pertinent. D'autres chercheurs, qui ne s'identifient pas comme étant féministes, ont par ailleurs, perçu l'intérêt d'un tel concept-outil et l'utilisent dans leurs recherches (Adjamagbo, 2009, 2012, 2013 ; Bozon, 2013 ; Théry, 2007).

Les théories du genre ont été mobilisées dans cette recherche pour comprendre en quoi la reproduction constituait un enjeu de pouvoir entre les sexes. Les sexes étant définis en fonction de leurs rôles dans la reproduction, il était intéressant d'étudier le sort réservé aux personnes ne pouvant pas procréer. Les études de genre ont permis une meilleure compréhension du lien entre le corps des femmes, la sexualité des femmes et la reproduction (Tabet, 1998, 2004). Elles ont servi d'outil pour analyser les rapports de pouvoir entre les sexes et pour comprendre l'origine de ces rapports de pouvoir. Le genre a permis une analyse des représentations de l'infertilité autour des définitions du féminin et du masculin.

Dans un premier temps, dans les études en sciences humaines et sociales, le genre prend la signification de « sexe social » en opposition au « sexe biologique », par la définition qu'en donne la sociologue américaine A. Oakley en 1972. Le « sexe » dérive des différences biologiques et naturelles entre mâle et femelle et le « genre » est lié à la classification sociale, c'est-à-dire le « masculin » et le « féminin ». Par la suite, les féministes américaines utilisent ce concept pour exprimer le caractère social des distinctions fondées sur le sexe et rejettent petit à petit l'idée que le sexe renvoie au biologique et soit déterminé par la nature, comme l'historienne J. Scott (1988). Le « sexe », tout comme le « genre » est social et construit et il n'est pas naturel. Le genre devient alors le principe même de division par sexes. Il construit les sexes, les divisant en deux sexes antagonistes : les hommes et les femmes, et il les divise de manière hiérarchique. En France, les sociologues féministes abordent les concepts de « patriarcat » (Delphy, 2008a) et de « hiérarchie entre les sexes » (Hurtig, Kail et Rouch, 1991), notamment autour des rôles sexuels des deux sexes dans la reproduction. Dans cette perspective, les femmes sont appropriées en tant que groupe par la classe masculine et sont vouées à l'exploitation, notamment à travers le mariage (Guillaumin, 1992). Elles deviennent les « corps-outils de la reproduction » et se servent de leur sexe comme moyen d'échange à travers le mariage ou la prostitution (Tabet, 1998, 2004). Le genre est la transformation culturelle d'une sexualité humaine par nature multiple en une hétérosexualité imposée à des fins reproductives (Rubin, 1998 ; Wittig, 2001). Le genre n'est pas une essence, mais il est performatif et peut donc être modifié et subverti par les individus, comme le pense la philosophe J. Butler (1990/2005).

Le *Black feminism* est un mouvement qui s'est formé aux États-Unis dans les années 1970 en opposition à un féminisme occidental blanc (Dorlin, 2008b). Les femmes des minorités se sentaient soumises à d'autres discriminations comme celle de la « race » et celle de la « classe » et elles jugeaient nécessaire d'étudier l'interaction de ces différentes dominations. C'est à partir de cette contestation des femmes afro-américaines que c'est constitué le concept d'« intersectionnalité » (*intersectionality*) inventé en 1989 par la juriste américaine Kimberlé W.

Crenshaw. Ce concept se propose d'étudier l'interaction des différentes formes de domination, notamment celle du genre, de la classe et de la race. Dans les années 1980, dans un souci d'intersectionnalité et de ne pas seulement faire l'étude des femmes blanches d'occident, naissent les études de genre et développement, lesquelles proposent une étude approfondie de la situation des femmes dans les pays en développement (Bisilliat, 1992 ; Destremau et Verschuur, 2012 ; Hainard et Verschuur, 2001 ; Lecarme, 1992). Dans le contexte africain, le féminisme africain apparaît au milieu des années 1970 et rejette dans un premier temps les théories féministes occidentales. Les féministes africaines ont ensuite perçu l'intérêt de réaliser des recherches communes avec des féministes d'autres pays, car les questions portant sur le droit des femmes présentent souvent des similitudes, malgré des contextes culturels et sociaux différents (Imam, Mama et Sow, 2004). Au Sénégal, les rapports de couple sont étudiés sous l'angle d'une approche de genre (Lecarme-Frassy, 2000). De même, les lois religieuses et étatiques sont analysées par le genre (Sow, 1980). Le divorce est étudié en termes de stratégie pour les femmes (Dial, 2008). Des études menées sur la santé indiquent l'impact des rapports entre les sexes concernant la reproduction (Sow et Bop, 2004).

Concernant les nouvelles technologies de reproduction, des chercheurs ont analysé l'intérêt de la médecine pour le corps féminin en ce qu'il est un corps reproducteur (Knibiehler, 1986 ; Tain, 2003, 2013a) et le manque d'intérêt pour le corps masculin (Laqueur, 1992a). Parallèlement aux mouvements féministes qui prônaient une émancipation des femmes notamment à travers leur corps, leurs droits et leur sexualité, la médecine est intervenue sur le corps des femmes, en tant que corps reproducteur, comme avec l'invention de la pilule, la pratique de l'avortement médicalisé et celle des nouvelles technologies de reproduction (Gardey, 2005). Suite à ces avancées médicales, des chercheuses féministes ont démontré comment les nouvelles technologies de reproduction, dans leur traitement de l'infertilité, suivaient une idéologie patriarcale et comment ces techniques devenaient des moyens d'appropriation et d'exploitation des corps féminins et représentaient un danger pour les femmes soumises aux interventions chirurgicales (Laborie, 1986b, 1990). Les chercheuses qui étudient ces nouveaux modes de reproduction, constatent que seuls les corps féminins sont affectés par ces techniques de reproduction alors qu'elles épargnent l'homme, même lorsqu'il est à l'origine du dysfonctionnement reproductif (Löwy, 2006 ; Tain, 1999). Dans les parcours d'assistance médicale à la procréation, elles constatent que le corps féminin devient l'objet médical par excellence (Oudshoorn, 2000) et que les femmes servent de « cobaye idéal »¹⁰ nécessaire pour l'avancée de cette médecine de la reproduction.

Dans un second temps, les théoriciennes du genre ont interrogé le fait que les médecins prennent une place de plus en plus importante dans la procréation (Bateman et Salem, 1999 ; Van Der Ploeg, 1999). Ainsi, ces chercheuses questionnent le but des nouvelles technologies de reproduction et pensent qu'elles servent d'alibi à des médecins « en mal de maternité » (Laborie, 1986b ; Vandelac, 1988). Dans cette optique, les médecins, dont la plupart sont des hommes,

¹⁰ Titre de l'article de J. Testart (1990). À la recherche du cobaye idéal. *Le Monde Diplomatique*, juillet, p.19.

veulent maîtriser la reproduction et cette maîtrise passe par celle du corps des femmes (Knibiehler, 1986). La fonction maternelle, voire le « pouvoir maternel » (De Vilaine, 1986a), sont ainsi remis fortement en question dans ces nouvelles technologies de reproduction au profit de la médecine de la reproduction et des médecins. Pour certaines chercheuses les nouvelles technologies de reproduction sont porteuses d'une idéologie politique et contribuent à la fabrique du genre (Chabaud-Rychter et Gardey, 2002). Ces chercheuses indiquent que les nouvelles technologies de reproduction se situent dans le débat actuel comme l'enjeu d'une lutte entre les hommes et les femmes où les médecins sont en train de s'approprier la « puissance spécifiquement féminine » de la maternité (Novaes, 1986). Elles décèlent d'ailleurs dans le discours scientifique des gynécologues et des biologistes un déni de la place de la femme dans la reproduction permise par les nouvelles technologies de reproduction (Botbol-Baum, 2003 ; Kail, 1991).

Des chercheuses ont aussi analysé les changements induits par l'assistance médicale à la procréation à travers la dissociation entre sexualité et procréation (Rouch, 1995). Ces techniques introduisent une crise dans les rapports entre les sexes, en remettant en question la structure de la famille car il n'est plus nécessaire d'être un couple hétérosexuel pour être parent et la sexualité n'est plus nécessaire à la procréation (Rouch, 1995 ; Tain, 2003).

B - Le don pour comprendre la stigmatisation des couples infertiles et le rejet de l'AMP au Sénégal

En Afrique subsaharienne, des auteurs ont travaillé sur la famille et son implication dans la vie des couples (Locoh, 1995 ; Tichit, 2004). De plus en Afrique, la domination des aînés sur les cadets est très importante (Meillassoux, 1975/2005), et se mélange parfois à un phénomène des classes d'âges (Abélès et Collard, 1985). Les hommes et les femmes sont souvent élevés dans des espaces de socialisation différents et passent par différentes étapes d'initiation avant d'arriver à l'étape déterminante de leur vie : le mariage (Rabain, 1979 ; Dial, 2008). Le mariage est le point de rencontre entre les sexes, placé sous l'angle de la hiérarchie et il est le point de passage d'un statut de jeune à un statut d'adulte (Adjamagbo et Antoine, 2009 ; Dacher, 1992). L'autre étape importante, est la procréation car elle est constitutive de l'identité des individus (Journet, 1985, 1990). Les « relations intergénérationnelles » (Antoine, 2007a) se basent ainsi sur un perpétuel échange d'avances et de restitutions (Marie, 1997). Les individus ne se plaçant pas dans cet échange seront marginalisés, pouvant même être accusés de sorcellerie (Marie, 1997).

En Afrique subsaharienne, l'enfant est perçu comme un bien familial et social (Sow et Bop, 2004 ; Dyer, 2007). De même, la pratique du confiage est encore largement pratiquée et permet un échange entre les groupes d'alliés (Lallemand, 1993), ainsi qu'un échange entre femmes fécondes et infécondes (Bonnet, 1988 ; Vandermeersch, 2002, 2009) Ainsi les couples, dans leur volonté pour avoir un enfant, se placent dans une dette familiale, plus que dans un désir conjugal (Delaisi de Parseval, 2008 ; Héritier-Augé, 1985a, 1985b, 1985d). La famille réclame l'enfant ; les couples se retrouvent endettés face à la famille et à la société.

Dans le champ de la parenté, l'assistance médicale à la procréation constitue un « nouvel exercice de parenté » car les procréateurs ne sont plus nécessairement les parents (Delaisi de

Parseval, 2001). Ainsi, les nouvelles technologies de reproduction créent une division entre procréation et filiation. Ces technologies créent aussi une séparation de la maternité en distinguant la mère désirant un enfant de la mère-gestatrice et de la donneuse d'ovocytes. Dans le cadre des familles avec donneurs, G. Delaisi de Parseval (2001) parle de pluriparentalité, bien que ce statut ne soit ni reconnu socialement, ni juridiquement. La question de l'anonymat du donneur ou de la donneuse et du secret des origines pour les enfants des couples infertiles est aussi soulevée par des sociologues (Mathieu, 2013 ; Mehl, 2001, 2008 ; Théry, 2010a). Ce secret a des conséquences sur la vie sociale et psychique de ces enfants. Les médecins et des juristes veulent très souvent maintenir l'anonymat des donneurs, malgré la demande des enfants devenus adultes, nés d'un don de sperme ou d'ovocytes, pour avoir accès à certaines informations sur leur donneur¹¹. Le débat sous-jacent est celui de la filiation, car la levée de l'anonymat du donneur pourrait jeter le doute sur qui est le père de l'enfant : le donneur ou le père infertile, et de même pour la mère. La question est donc celle du « vrai parent » (Théry, 2010a). La gestation pour autrui (GPA) soulève de nombreux débats entre les défenseurs de cette pratique et les dénonciateurs qui associent cette pratique à un « abandon sur ordonnance » (Busnel, Frydman, Szejer, et Winter, 2010). Des sociologues ont étudié l'évolution des structures familiales avec l'apparition des nouvelles technologies de reproduction. Les fondements de la famille traditionnelle, basés sur le mariage et la procréation, et les fondements de la famille nucléaire, basés sur l'hétérosexualité, sont remis en question par ces techniques de reproduction. De nouvelles formes de parentalité se développent comme l'homoparentalité (Gross, 2007) et la monoparentalité. Les nouvelles techniques de reproduction amènent un « trouble dans le genre »¹² et un « trouble dans la filiation » (Théry, 2010a) en introduisant de nouvelles figures de parentalité comme l'homme enceint¹³.

Pour d'autres chercheurs, les nouvelles technologies de reproduction ne remettent absolument pas en cause les modèles de parenté existants car toutes les formes de parentalité vues dans les nouvelles technologies de reproduction existaient déjà au travers de l'histoire sans la technique médicale (Héritier, 1985c). Au Sénégal, la loi n'a pas encore statué sur les nouvelles technologies de reproduction. Une étude universitaire menée par un étudiant en droit indique les carences du système judiciaire sénégalais face aux nouvelles technologies de reproduction et la nécessité de prendre rapidement des mesures de protections pour les patients qui recourent à ces techniques médicales et dans une plus large mesure pour la société sénégalaise, étant donné les problèmes éthiques soulevés par les nouvelles technologies de reproduction (Dieng, 2005).

¹¹ Par exemple voir le combat de l'association PMA (procréation médicalement anonyme) luttant contre l'anonymat total du donneur, sur le site Web : <http://www.pmanonyme.asso.fr/index.php>

¹² Titre de l'ouvrage de J. Butler, 2005.

¹³ Thomas Beatie est un américain né en 1974. Il était de sexe féminin à la naissance, mais devient transgenre FtM (*Female To Male*). Il est devenu officiellement et légalement un homme suite à une intervention chirurgicale et des injections de testostérone. Marié depuis dix ans avec une femme stérile, il a bénéficié d'une insémination artificielle afin de concevoir l'enfant du couple. Une grossesse a été rendue possible par le fait qu'il ait conservé ses organes sexuels internes et externes féminins. Après avoir arrêté son traitement hormonal, l'insémination artificielle a pu avoir lieu avec succès. Il a ainsi pu avoir trois enfants à la suite d'inséminations artificielles (Cf. site Web : http://fr.wikipedia.org/wiki/Thomas_Beatie).

Des chercheurs ont étudié les positionnements religieux sur l'assistance médicale à la procréation. Ils constatent la difficulté pour la religion catholique de penser la séparation entre sexualité et procréation, et donc son interdiction des nouvelles technologies de reproduction à ses fidèles (Théry, 2010a). D'autres ont étudié la réticence de la religion musulmane par rapport à la filiation sociale et notamment le tabou concernant le don de sperme car le donneur est considéré comme le transmetteur du patrimoine génétique (Fortier, 2010a ; Inhorn, 2006a). Ils indiquent que la religion musulmane permet une séparation entre la sexualité et la procréation, mais ne permet pas de dissociation entre la biologique et le juridique : l'enfant doit être conçu dans le cadre du mariage, sinon il est perçu comme un « bâtard » (Fortier, 2010a). La question du don est importante dans les religions. Des auteurs ont étudié cette question dans la religion islamique (Falcioni, 2012) et dans la religion catholique (Tarot, 2008).

Les recherches en sciences sociales montrent que la question du don dans l'AMP est la plus problématique pour les médecins et les États. Elle implique un problème religieux car l'enfant doit naître dans le cadre du mariage, un problème moral car les mères-porteuses sont assimilées à des mères-irresponsables qui « donnent » leur enfant (Busnel, Frydman, Szejer, et Winter, 2010) et car la maternité devient un fait social et non plus biologique uniquement, un problème de genre car le couple hétérosexuel n'est plus indispensable à la reproduction, un problème de filiation car les notions de « père » et de « mère » deviennent confuses et, de plus, comment définir la place accordée au donneur de gamètes, puisqu'il n'est pas le parent de l'enfant. Le don de gamètes ou d'engendrement (Théry, 2010a) est très difficile à encadrer car il est un don de filiation (Delaisi de Parseval, 2008). De même, il pose des problèmes identitaires au couple car le don, par l'hérédité, emporte quelque chose du donneur avec lui (Delaisi de Parseval, 2008 ; Mehl, 2008).

III - METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

A - Lieu de l'enquête : Dakar, Sénégal

Les enquêtes de terrain ont été conduites en deux temps. Une première enquête a été réalisée de février à mai 2011 et une seconde de novembre 2011 à février 2012. Les enquêtes se sont déroulées à Dakar. Au Sénégal, la population est estimée à 13 464 000 habitants. Le taux de natalité est de 35,7 % et le taux de mortalité est de 8,4 %¹⁴. Dakar est la capitale du Sénégal et sa population atteint 2 647 751 habitants pour les estimations de 2011¹⁵. Le Sénégal comprend une religion majoritaire qui est l'islam et 95 % des sénégalais sont musulmans. Les catholiques constituent environ 3 % à 4 % de la population.

¹⁴ Estimations 2013, INED, sur le site Web : http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_du_monde/

¹⁵ Source : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, sur le site : http://www.ansd.sn/SRS/dakar_presentation.html

Contexte historique

A.-B. Diop (1981) explique que chez les *Wolof* a existé un système de castes caractérisées par des spécialisations professionnelles et par un système hiérarchique. J. Rabain (1979) explique qu'au sommet de la hiérarchie se trouvaient les hommes libres, *gээр* ou *jaambur* et les *baadoolo* ou paysans libres. Venaient ensuite les *ñeeño* subdivisés en *tëgg* (forgerons), *wuude* (cordonniers), *ràbb* (tisserands), *lawbé* (travailleurs du bois), *gээрél* (griots). Enfin il y avait les *jaam* ou esclaves. P. Cantrelle (1960) distingue les captifs des hommes libres. Les captifs étaient dépendants de leurs maîtres et mariés par eux. Ils n'avaient pas accès à la propriété, ni aux prises de décisions, mais devaient fournir un travail gratuit à leurs maîtres. Les captifs ont tous été affranchis, mais un préjugé négatif a demeuré vis-à-vis de cette caste. C'est par le travail héréditaire que les castes se distinguaient et elles étaient très fortement endogames. En plus de ces castes, A.-B. Diop (1981) explique que la société *wolof* était une société guerrière et monarchique composée de cinq ordres principaux : *garmi* (la noblesse des différents royaumes), *jàmbur* (les notables), *baadoolo* (les gens du peuple), *jaami-buur* (les esclaves de la couronne), et *jaami-baadoolo* (les esclaves des gens du peuple).

Selon A.-B. Diop (1981), la pénétration de l'islam au Sénégal est ancienne et remonterait à la formation des premières monarchies. La royauté resta païenne, mais s'entoura de marabouts chargés de la protection des souverains. Les pouvoirs politique et religieux restèrent séparés. Le souverain défendait son peuple contre les razzias et les pillages. Sa force militaire était composée des esclaves de la couronne. En échange de cette protection, la population versait un impôt au souverain. Au moment de la traite des esclaves, le pouvoir ne remplît plus sa fonction protectrice de la population, mais contribua au contraire aux pillages, razzias pour se procurer du bétail et des esclaves. Les esclaves étaient ensuite échangés contre des armes. La pénétration européenne renforça l'ordre *garmi* et le pouvoir central monarchique. Dès la pénétration européenne, les violences dans le domaine politique se généralisèrent. Les négriers menaient des luttes internes et externes et il y avait beaucoup de pillages et de razzias pour alimenter le trafic d'esclaves.

Avec la conquête coloniale, le système des ordres s'écroula, tout comme la monarchie ; les chefs furent tués par les colons. A.-B. Diop (1981) explique que les systèmes de castes et d'ordres ont aujourd'hui disparu alors que le système religieux, lui, a pris beaucoup d'ampleur. Après la conquête coloniale, l'islam s'est imposé comme système religieux, sous forme de confréries. L'islam s'est progressivement imposé au Sénégal car les marabouts ont su s'intégrer à la pensée des peuples *wolof* en respectant le culte des ancêtres et autres coutumes traditionnelles. De plus, cette pénétration s'est faite de manière pacifique. Lorsque la monarchie existait, l'islam défendait les gens du peuple opprimés par celle-ci. Lorsque que la monarchie s'est effondrée, l'islam a définitivement pris en charge l'ensemble de la société *wolof*. Les marabouts ont permis à cette société de traverser une crise provoquée par la destruction du système monarchique et l'a restructuré dans un cadre de l'ordre religieux.

Pendant la période coloniale, les marabouts intégrèrent les populations dans le système colonial. Ils favorisèrent l'obéissance à l'administration et une économie de traite avec le commerce de l'arachide. Après la colonisation, les hommes politiques sénégalais ont vite compris l'importance des chefs religieux et en firent des alliés. Le gouvernement sénégalais passa souvent

par les chefs confrériques pour faire accepter au peuple des choix politiques importants. En échange, les chefs religieux bénéficiaient de différents types d'avantages. Selon A.-B. Diop (1981): « Le système confrérique religieux, qui a pris la relève du système monarchique détruit par la colonisation, a donné aux Wolof les guides spirituels et temporels, les marabouts, qui forment aujourd'hui, un ordre social dominant » (p. 343).

A. Seck¹⁶ explique que l'islam du Sénégal est sunnite et malékite et que le champ religieux est clivé en deux pôles : un pôle confrérique qui représente 90 % des Musulmans (les Mourides, les Tidjanes, les Layé, les Rad et d'autres petits groupes) et un pôle non confrérique qui représente 10 % (divisé en plusieurs groupes). Ce pôle non confrérique est représenté en un islam plus moderniste où sont abordées les questions nouvelles comme les nouvelles technologies de reproduction. Il existe deux catégories d'acteurs sur le terrain : un nouveau leadership religieux composé de cadres reconvertis en imams et d'anciens marxistes reconvertis dans la religion, et les prêcheurs qui sont « des stars, des vedettes de la religion » et qui passent par les médias (télévision, radio) pour prêcher.

Normes reproductives

Pour comprendre dans quel cadre vivent les couples infertiles, il est important de comprendre les normes sociales et reproductives du Sénégal. Certaines règles sociales sont très importantes et incontournables pour les couples au Sénégal. Le mariage, qu'il soit civil, religieux ou coutumier, occupe une place très importante au Sénégal. Ainsi, 99 % des femmes et des hommes en union sont mariés (mariage civil, religieux ou coutumier) (Bahoum, 2012). La polygamie est légale et elle est largement pratiquée au Sénégal. Les unions monogamiques concernent 65 % des femmes en union et les unions polygamiques concernent 35 % des femmes en union. La proportion des femmes vivant en polygamie est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. Dans la région de Dakar la polygamie est moins pratiquée que dans les autres régions (Bahoum, 2012). La forme la plus courante reste la bigamie.

Concernant l'âge au mariage, celui-ci est en moyenne de 19,6 ans pour les femmes et de 29 ans pour les hommes (Bahoum, 2012). On observe donc un écart d'âge d'environ une dizaine d'années entre les époux. L'âge médian à la première naissance est de 21 ans (Dieme, 2012). Le taux de fécondité est élevé au Sénégal, une femme sénégalaise donnant naissance en moyenne à cinq enfants. La fécondité est plus faible en milieu urbain (3,9 enfants par femme) qu'en milieu rural (6,3 enfants par femme) et c'est à Dakar que la fécondité est la plus faible (Dieme, 2012). La forte fécondité est d'ailleurs encouragée par les familles et la société. Les femmes en union aspirent à une famille nombreuse d'environ cinq enfants, alors que pour les hommes, le nombre moyen idéal d'enfants est de huit (Fall, 2012). Le niveau de la stérilité primaire parmi les femmes en union est de 2,5 % et il est de 4,8 % pour l'ensemble des femmes (Dieme, 2012). Ainsi dans ce contexte, les cas d'infertilité relèvent plus d'une difficulté à avoir un enfant que d'une volonté de ne pas en avoir.

¹⁶ Entretien du 15 décembre 2011, Dakar.

Les familles occupent une place très importante dans la vie conjugale. Les parents sont très écoutés dans les choix matrimoniaux et reproductifs (Dial, 2008). La procréation est importante au Sénégal et dépasse le cadre d'un désir conjugal. Ainsi, l'arrivée d'un enfant est attendue rapidement après le mariage. Le mariage et les naissances nombreuses dans le cadre légitime du mariage sont très valorisés. À l'inverse, la planification familiale, la contraception sont mal perçues (Petit et Des Robert, 2004) et les maternités hors mariage sont problématiques (Adjamagbo et Aguessy, 2013). L'avortement est illégal, mais il se pratique clandestinement. L'homosexualité existe, mais elle est rejetée socialement et punie pénalement (Desgrées du Loû, Enel, Larmarange et Wade, 2009).

La santé reproductive au Sénégal

L'infertilité entre dans le cadre de la santé de la reproduction, mais bien qu'elle fasse partie des points énumérés dans les programmes du Ministère de la santé, on constate « sur le terrain » qu'elle ne fait pas partie des priorités en matière de santé reproductive. Au Sénégal, depuis l'année 2000, les ressources consacrées au secteur de la santé ont connu une croissance très forte, passant de 48,69 milliards à 102,65 milliards de francs CFA car la santé constitue une priorité gouvernementale. Ces ressources financières proviennent principalement de l'État, des collectivités locales, des partenaires au développement et des ménages (OMS, 2009). La part de l'État dans les programmes de santé représente 15 %¹⁷ et elle est affectée au personnel et au fonctionnement. Les collectivités locales et les populations se sont surtout investies dans les charges récurrentes des structures de santé. Pour les médicaments, les financements proviennent de l'État, à hauteur de 50 % et des populations à hauteur de 38 % (OMS, 2009). Le budget de la santé repose essentiellement sur le partenariat car 85 % du budget de la santé provient de partenaires étrangers¹⁸. Les financements provenant de ces partenaires de l'État sont consacrés au fonctionnement hors personnel et à l'investissement. Il y a trois groupes de partenaires : les bilatéraux dont notamment la France, les États-Unis, le Japon, la Belgique, le Luxembourg ; les multilatéraux, dont notamment le Système des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD) y compris la Banque mondiale, l'Union Européenne et les autres dont GAVI¹⁹, PMI²⁰ et *Booster Program*²¹ (OMS, 2009). Les

¹⁷ T. Ndoye, Entretien du 05 mai 2011, Dakar.

¹⁸ T. Ndoye, Entretien du 05 mai 2011, Dakar.

¹⁹ GAVI Alliance a pour but de sauver la vie des enfants et de protéger la santé des populations en élargissant l'accès à la vaccination dans les pays pauvres (<http://www.gavialliance.org/fr/>).

²⁰ Le Sénégal fait partie des 15 pays choisis pour bénéficier du PMI, un programme de 1,2 million de Dollars sur cinq ans géré par l'USAID, en coordination avec le *Centers for Disease Control and Prevention*, le Département d'État et la Maison Blanche. En 2008, les principales activités du PMI étaient la protection de plus de 645 000 personnes à travers l'aspersion intra-domiciliaire de 150 000 domiciles et la promotion et distribution de plus d'un million de moustiquaires imprégnées longue durée, surtout en faveur des femmes enceintes et enfants de moins cinq ans.

²¹ Le 25 Avril 2011, la communauté mondiale contre le paludisme a inauguré la quatrième Journée mondiale contre le paludisme. La Banque mondiale, qui est l'une des trois principales sources de financement dans la lutte contre le paludisme, a promis 200 millions de dollars en 2010 pour fournir des moustiquaires aux personnes d'Afrique subsaharienne.

ONG jouent un rôle important dans l'offre des services de santé et dans la mobilisation et l'encadrement des populations.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)²² constituent les axes prioritaires en matière de financement de la santé. Ces objectifs sont au nombre de huit, dont trois concernent directement des questions sanitaires. Ils ont pour buts de réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans²³, d'améliorer la santé maternelle²⁴ et de combattre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies (Nation Unies, 2011). Le Programme National de Développement Sanitaire²⁵ se fonde sur une collaboration entre le Sénégal et ses partenaires au développement, notamment les ONG. Il s'inscrit dans une perspective d'accélération de la mise en œuvre des programmes de prévention et d'offre de services de santé et il a pour objectif de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (Ministère de la santé et de la prévention, 2009). Le Programme National de Développement Sanitaire 2009-2018 compte quatre objectifs qui sont : réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile juvéniles, accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie, renforcer durablement le système de santé et améliorer la gouvernance du système de la santé. Les principaux programmes ayant bénéficié d'importantes ressources financières sont : le VIH/sida, le programme élargi de vaccination et le paludisme (OMS, 2009).

Si nous énumérons toutes ces informations concernant le fonctionnement de la santé et les financements de celle-ci, c'est pour indiquer les priorités gouvernementales en matière de santé et de santé reproductive. Ainsi il convient de noter que l'infertilité conjugale ne tient aucune place dans tous ces programmes et fait partie des sujets absents des politiques sanitaires en matière de santé reproductive. Comme le financement de la santé sénégalaise repose en grande partie sur des financements extérieurs, les programmes de santé nationaux se basent sur les priorités des donateurs pour lesquels l'infertilité n'est pas une priorité.

À Dakar, il existe un grand décalage entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. Les cliniques disposent d'importants moyens financiers et sont orientées vers un public de classe aisée²⁶. Concernant le personnel de santé, le Sénégal est largement en sous-effectif face aux besoins

²² Les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont été adoptés par les 189 États membres de l'ONU en septembre 2000. Ils visent à améliorer le bien-être de l'homme en réduisant la pauvreté, la faim dans le monde et la mortalité infantile et maternelle, en garantissant l'accès à l'enseignement pour tous, en contrôlant et en gérant les épidémies et les maladies, en abolissant la discrimination entre les sexes, en assurant un développement durable et en établissant des partenariats à l'échelle mondiale.

²³ Le taux de mortalité infantile au Sénégal est de 50,4 %. Source : World Population Prospects, Nations Unies, 2011, http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_du_monde/.

²⁴ La mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement représente la première cause de décès chez les femmes sénégalaises en âge de procréer (OMS, 2009). La réduction de cette mortalité se place dans les priorités du gouvernement en matière de santé de la reproduction.

²⁵ Le PNDS s'inscrit dans la perspective de l'accélération de la mise en œuvre des différents programmes de prévention et d'offres de services de santé. Son objectif est de contribuer à l'atteinte des objectifs du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

²⁶ T. Ndoye, Entretien du 05 mai 2011, Dakar.

des populations. La couverture atteinte en 2007 en personnel médical est d'un médecin pour 11000 habitants, y compris en secteur privé, d'un infirmier pour 4200 habitants et d'une sage-femme pour 4000 femmes en âge de reproduction (Ministère de la santé et de la prévention, 2009). De plus, ce personnel est concentré à 43 % sur la région de Dakar (OMS, 2009). On constate donc un dysfonctionnement au niveau de la santé au Sénégal, notamment entre la demande de soins et l'offre proposée qui est largement insuffisante, et ensuite la forte concentration des personnels de santé sur Dakar qui crée un grand manque pour les régions. De même, la santé au Sénégal est portée par les Objectifs du Millénaire pour le Développement et néglige les autres maladies et les autres sujets ayant trait à la santé de la reproduction.

B - Les enquêtés

Des couples ou personnes infertiles ont pu être rencontrés par le biais de deux gynécologues et de deux urologues pratiquant leur activité à Dakar. Les gynécologues ont présenté notre enquête aux couples ou aux femmes qu'ils jugeaient susceptibles d'accepter d'y participer et ayant recours aux nouvelles technologies de reproduction. Ils leur demandaient ensuite leur accord pour nous communiquer leur numéro de téléphone. Nous contactions alors ces personnes pour prendre un rendez-vous avec elles dans le lieu de leur convenance. Certaines personnes nous recevaient chez elles, d'autres préféraient des lieux anonymes comme des cafés, d'autres encore nous ont reçue sur leur lieu de travail. Nous avons pu ainsi rencontrer cinq couples, un homme et huit femmes par la première gynécologue et quatre femmes par la deuxième gynécologue, soit treize femmes et six hommes au total, inscrits dans des parcours d'AMP.

Nous avons ensuite travaillé en collaboration avec deux urologues de l'hôpital Abass Ndao, qui nous présentaient certains de leurs patients, venant en consultation pour infertilité. Nous avons pu ainsi réaliser dix entretiens avec des hommes suivis pour infertilité, mais n'ayant pas recours aux nouvelles technologies de reproduction. Après la consultation, l'urologue informait le patient de notre recherche. Le patient nous suivait dans une autre pièce de l'hôpital, nous lui présentions notre enquête et lui demandions s'il acceptait d'y participer.

Les entretiens

Les entretiens avec les personnes infertiles ont duré en moyenne une heure. Ils ont été faits sous la forme d'entretiens semi-directifs. Les entretiens n'ont pas été enregistrés car les personnes ne le souhaitaient pas, mais nous avons pu prendre des notes pendant l'entretien. Au total vingt-quatre entretiens avec des couples ou des personnes infertiles ont pu être réalisés, dont quatorze concernant des couples ayant recours ou ayant eu recours aux nouvelles technologies de reproduction. Dans ces quatorze entretiens, cinq se sont faits avec des couples²⁷. Trois couples étaient Sénégalais, un autre était Mauritanien, et dans le dernier cas, il s'agissait d'un couple mixte

²⁷ En fait, seulement deux entretiens ont été réalisés avec des couples, entendant par-là que chacun des deux membres du couple répondait aux questions posées. Les situations concernant les couples sont exposées dans la partie « observations ».

dans lequel la femme était Sénégalaise et son mari était Français. Ces cinq couples étaient tous musulmans, sauf le conjoint d'une femme musulmane, qui s'est déclaré athée²⁸. Les cinq entretiens en couple se sont déroulés à leur domicile et un sur le lieu de travail. Ensuite, huit entretiens se sont faits avec des femmes venues seules. Parmi ces huit entretiens de femmes, deux entretiens se sont faits le même jour avec une femme accompagnée par une amie ayant connu la même situation d'infertilité²⁹. Quatre de ces entretiens concernaient des infertilités féminines, deux concernaient une infertilité inexplicée³⁰ et les trois autres concernaient des infertilités masculines³¹. Quatre femmes étaient Sénégalaises mariées à des Sénégalais, dont deux étaient musulmanes et deux étaient catholiques³². Une femme était Sénégalaise mariée à un Français d'origine sénégalaise, ils étaient musulmans. Une femme était Guinéenne mariée à un Guinéen, ils étaient musulmans. Une était Ivoirienne mariée à un Sénégalais, ils étaient musulmans. Une femme était Camerounaise mariée à un Camerounais, ils étaient catholiques. Seule la femme Guinéenne vivait depuis un an en union polygame, alors que les autres vivaient en union monogame. Un seul entretien s'est fait avec un homme infertile Sénégalais d'origine libanaise³³, qui était catholique. Voici un tableau qui récapitule la situation des couples ou personnes rencontrés à Dakar qui recourent à l'AMP, suivi de ceux rencontrés à l'hôpital public qui n'ont pas recours à l'AMP.

²⁸ Ce cas de figure est très rare au Sénégal. Cet homme nous a spécifié qu'il avait été baptisé catholique, mais qu'il était devenu athée par la suite.

²⁹ Cette situation est très exceptionnelle car c'est la seule fois où elle s'est présentée dans nos enquêtes. Bien souvent les femmes rencontrées connaissaient d'autres personnes infertiles, mais elles ne nous mettaient pas en contact avec elles.

³⁰ Aucun problème d'ordre biologique n'a été trouvé chez les deux partenaires et les médecins ne savent pas d'où provient l'infertilité.

³¹ Dans ces trois entretiens, ce sont les femmes qui sont venues témoigner de leur histoire, bien que ce soit leur mari qui ait connu le problème d'infertilité.

³² Parmi ces deux femmes catholiques, l'une était mariée à un musulman et l'autre à un catholique.

³³ Le pays d'origine a ici une grande importance car c'est le seul homme que nous avons pu rencontrer par le biais d'un gynécologue et il est venu seul lors de l'entretien. Nous pensons que c'est parce qu'il a cette double culture qu'il a été très ouvert pour parler de son problème d'infertilité et qu'il a accepté de faire cet entretien.

Tableau 1 : Couples dans les parcours d'AMP à Dakar

	Présence entretien	Nationalité	Age	Métier	Religion	Date mariage	Nombre d'enfants du couple	Type d'infertilité	Parcours de soins
M. E.	Oui	Mauritanienne	38 ans	Ingénieur cartographe	Musulman	2008	Femme enceinte depuis 04/2011 AMP	IF : trompes obstruées	L'épouse a consulté beaucoup de gynécos depuis 2008. A fait une IAC : échec. En 2010 a consulté un gynéco spécialiste de l'AMP 1 FIV début 2011 : réussite
Mme E.	Oui	Mauritanienne	33 ans	Ingénieure informaticienne	Musulmane				
M. G.	Oui	Sénégalaise	Env. 40/45 ans	Travaille dans une banque	Musulman	1995	0	IF : Infection, kystes ovariens, fibromes et perméabilité des trompes	Le couple est allé consulter des guérisseurs et des marabouts et ils ont pris des traitements. L'épouse a suivi 3 opérations chirurgicales. Vu les complications dues aux opérations, son gynéco pense qu'1 FIV n'est pas envisageable et va définir un traitement.
Mme G.	Oui (mais n'a pas répondu questions)	Sénégalaise	Env. 30/35 ans	?	Musulmane				
M. F.	Oui	Sénégalaise	50 ans	Producteur de musique	Athée	2009	0 (l'époux a 3 enf. d'1 précédent mariage)	IF : trompes obstruées	Le couple a appelé un guérisseur camerounais spécialiste des trompes obstruées. L'épouse a consulté 1 médecin généraliste (calcul cycle ovarien + traitement). Ce médecin l'a mise en relation avec gynéco spécialiste AMP. Feront leur 1 ^{ère} FIV en septembre 2011.
Mme F.	Oui	Sénégalaise	36 ans	Assistante de direction	Musulmane				
M. N.	Oui (pendant 10 minutes)	Sénégalaise	43 ans	Ingénieur informaticien	Musulman	2006	1 (2007) GN (l'époux a 3	IMS: oligoasthénos permie	L'épouse consulte un gynécologue depuis 2006. 1 IAC (juin 2010) : échec

Mme N.	Oui	Sénégalaise	41 ans	Assureuse	Musulmane		enf.d'1 précédent mariage)		1 FIV (sept. 2010) : échec 1 FIV (nov. 2010) : échec L'épouse veut faire 1 autre FIV, pas le mari.
M. A.	Oui (mais est resté dans la chambre)	Française	48 ans	Expert-comptable	Musulman			IM : Oligospermie	L'épouse a changé de gynéco après son mariage pour en prendre 1 spécialisé dans l'infertilité. 1 FIV en 2011 : échec.
Mme A.	Oui	Sénégalaise	40 ans	Assistante de direction	Musulmane	2010	0		Sa gynéco lui conseille d'aller faire sa prochaine FIV en Espagne pour bénéficier don d'ovocytes, mais elle refuse.
M. V.	Non	Sénégalaise	40 ans	Travaille dans les finances	Musulman			II : tous les bilans sont normaux	Consulte guérisseurs depuis 2001 Consulte un 1 ^{er} médecin 6 mois ap. mariage.
Mme V.	Oui	Sénégalaise	29 ans	Conseillère commerciale	Musulmane	2004	0		2008, consulte un autre gynéco 3 IAC (entre 2009 et 2010) : échec Va faire 1 FIV prochainement.
M. C.	Non	Sénégalaise	40 ans	Informaticien	Musulman			IF : endométriose	L'épouse a consulté un 1 ^{er} gynéco ap. mariage. Puis un 2 ^{ème} .
Mme C.	Oui	Sénégalaise	37 ans	Agent de services commerciaux	Catholique	2005	0		Opération pour enlever fibromes et kystes ovariens 1 FIV en France (fév. 2011) : échec
M. K.	Non	Guinéenne	40 ans	Vendeur de vêtements	Musulman			IF : kystes ovariens	Traitements médicamenteux en Guinée. A pris de la médecine traditionnelle pour enlever les kystes.
Mme K.	Oui	Guinéenne	26 ans	Couturière	Musulmane	1999	0		FIV à Dakar en 2011 : échec Veut faire une autre FIV.
Mme K. (2 ^{ème} épouse)	Non	Guinéenne	?	? (vit en Guinée)	Musulmane	2010	0	?	?

M. H.	Non	Sénégalais	43 ans	Pharmacien	Musulman	2006	1 (2008) AMP (l'époux a 1 enf.d'1 précédent mariage)	IMS : Oligospermie	L'épouse consulte un gynéco depuis 2007. 1 FIV en 2007 : réussite
Mme H.	Oui	Ivoirienne	34 ans	Pharmacienne	Musulmane				
M. P.	Non	Sénégalaise	48 ans	Technicien supérieur	Catholique	2001	0	IM : Oligospermie	L'épouse consulte un gynécologue depuis 2006. Le couple a vu des guérisseurs. 1 FIV en 2008 : échec Ont voulu retenter une FIV, mais pbs financiers.
Mme P.	Oui	Sénégalaise	39 ans	Secrétaire de direction	Catholique				
M. D.	Non	Camerounaise	33 ans	Informaticien	Catholique	2008	1 (2011) AMP	IM : Oligospermie	L'épouse consulte un gynéco en 2009, puis change de gynéco Mari consulter un urologue 1 FIV en mars 2010 : échec 1 FIV en juin 2010 : réussite
Mme D.	Oui	Camerounaise	30 ans	Ne travaille pas (travaillait dans le commerce au Cameroun)	Catholique				
M. B.	Oui	Sénégalaise (origine libanaise)	38 ans	Logisticien	Catholique	2000	2 (2007 ; 2010) AMP	IM : Oligoasthénos permie	1 ICSI en France en 2002 : échec 4 ICSI en Belgique : échecs 1 ICSI au Liban : échec 1 IAD aux Etats-Unis : échec 1 ICSI en France en avril 2007 : réussite 1 ICSI à Dakar en oct. 2009 : réussite
Mme B.	Non	Sénégalaise (origine libanaise)	33 ans	Analyste budgétaire	Catholique				
M. L.	Non	Française (origine sénégalaise)	40 ans	Directeur centre de communication	Musulman	2006	0	IF : a fait 2 grossesses extra- utérines, suivis de l'ablation de ses 2 trompes	L'épouse a consulté des gynécologues en France (le couple a vécu pl. années en France) A Dakar consulte un gynéco en 2010 1 FIV en mai 2011 : échec 1 FIV (TEC) fin 2011 : échec Porte des amulettes (données par les marabouts)
Mme L.	Oui	Sénégalaise	30 ans	Cadre de la fonction publique	Musulmane				

M. M.	Non	Sénégalaise	61 ans	?	Musulman			II	L'épouse a vu des guérisseurs et des imams. Elle a consulté 2 gynécologues qui lui ont fait des injections hormonales pour la stimulation ovarienne.
Mme M.	Oui	Sénégalaise	51 ans	?	Musulmane	1990	2 (1998 ; 2000) ?		

IF : infertilité féminine

IM : infertilité masculine

IMS : infertilité masculine secondaire

II : infertilité inexplicable

GN : grossesse naturelle

Tableau 2 : À l'hôpital public de Dakar

	Présence entretien	Nationalité	Age	Métier	Religion	Date mariage	Nombre d'enfants du couple	Type d'infertilité	Parcours de soins
M. Q.	Oui	Sénégalaise	41 ans	Conducteur en Italie	Musulman	1997	2 (1999 ; 2002) GN	? : Rien d'anormal chez la femme. Le mari doit faire des examens.	Désirent une 3 ^{ème} enfant depuis 2003. Femme a consulté gynécologue ; mari a consulté urologue.
Mme Q.	Oui	Sénégalaise	35 ans	Couturière	Musulmane				
M. S.	Oui	Sénégalaise	42 ans	Agent immobilier	Musulman	2004	0	IM : oligospermie	L'époux consulte un urologue depuis 2006. Opération en 2009
Mme S.	Non	Sénégalaise	26 ans	Manageur	Musulmane				
M. J.	Oui	Guinéenne	28 ans	Marchand	Musulman	2006	0	IM : Oligoasthénospermie + varicocèle (doit faire une opération)	L'époux a consulté un urologue en Guinée. Il vient vérifier le diagnostic de l'urologue guinéen à Dakar. Le couple a vu des guérisseurs et des marabouts.
Mme J.	Non	Guinéenne	22 ans	Ménagère	Musulmane				
M. U.	Oui	Sénégalaise	28 ans	Vendeur	Musulman	2009	0	IM : Varicocèle, doit se faire opérer	L'épouse consulte un gynécologue en 2010. L'époux consulte l'urologue depuis début 2011.
Mme U.	Non	Sénégalaise	22 ans	Vendeuse	Musulmane				
M. O.	Oui	Sénégalaise	33 ans	Attaché culturel à l'ambassade	Musulman	2010	0	? : L'époux n'a pas encore les résultats de ses examens.	L'époux consulte l'urologue pour la 1 ^{ère} fois. Il doit faire 1 échographie et 1 spermogramme. Sa femme n'a pas encore consulté de gynéco.
Mme O.	Non	Sénégalaise	27 ans	Couturière	Musulmane				

M. Y.	Oui	Sénégalaise	43 ans	Menuisier métallique en Espagne (depuis 1998)	Musulman			? : Rien d'anormal chez les épouses. Le mari doit faire des examens.	2010 : consulte un urologue en Espagne : rien d'anormal. 2011 : rencontre un urologue à Dakar. L'urologue lui a prescrit un spermogramme et une échographie.
Mme Y.	Non	Sénégalaise	35 ans	Femme au foyer	Musulmane	1994	1 (2004) GN		
Mme Y. (2 ^{ème} épouse)	Non	Sénégalaise	31 ans	Femme au foyer	Musulmane	2004	0		
M. I.	Oui	Sénégalaise (origine guinéenne)	35 ans	Carreleur	?		0 (L'époux a 1enf. d'une précédente union)	? : L'époux n'a pas encore les résultats de ses examens.	L'épouse consulté un gynéco depuis début 2011. L'époux consulte un urologue depuis juil. 2011.
Mme I.	Non	Sénégalaise	33 ans	Ménagère	?				
M. T.	Oui	Sénégalaise	28 ans	Tailleur	Musulman			IF : La femme a 1 trompe obstruée et doit faire une opération	L'épouse a vu des marabouts. L'époux consulte un urologue depuis oct. 2011.
Mme T.	Non	Sénégalaise	19 ans	Ménagère	Musulmane	2008	0	IM : oligospermie + une varicocèle dont il s'est fait opérer	Sa femme consulte un gynécologue depuis août 2011.
M. R.	Oui	Sénégalaise	32 ans	Ne travaille pas	?			Problème d'impuissance	L'époux consulté 1 urologue depuis 2008.
Mme R.	Non	Sénégalaise	23 ans	Ne travaille pas	?	2005	0		Il s'est fait opérer en 2011.
M. W.	Oui	Sénégalaise	29 ans	Commerçant	Musulman			IM : l'urologue a prescrit un traitement à prendre.	L'époux a consulté des guérisseurs et des marabouts
Mme W.	Non	Sénégalaise	25 ans	Ménagère	Musulmane	2002	0		L'époux consulte l'urologue depuis sept. 2011 pour une infertilité

À l'hôpital public Abass Ndao, certains hommes viennent pour soigner leur infertilité, mais ils n'ont pas recours aux techniques de reproduction assistée. Il était cependant intéressant de recueillir leurs points de vue sur ces technologies de reproduction. Dix entretiens ont été réalisés avec des hommes venus seuls à leurs consultations avec l'urologue, sauf pour deux entretiens où pour l'un la femme était présente et répondait à nos questions car le mari ne parlait pas français³⁴ et pour l'autre la sœur était présente et assurait la traduction entre son frère et l'interprète³⁵. Six entretiens ont été menés en français et quatre en *wolof*. Les entretiens duraient une trentaine de minutes. Les hommes interrogés étaient en majorité Sénégalais, mais un des hommes était Guinéen et un autre était Sénégalais d'origine guinéenne. Neuf hommes étaient monogames et un était polygame.

Les entretiens avec les médecins ont duré entre trente minutes et une heure. Seize entretiens ont été réalisés sous forme d'entretiens semi-directifs. Onze ont été réalisés avec des gynécologues dont sept avec des gynécologues différents (certains gynécologues ont été interrogés à plusieurs reprises). Deux gynécologues étaient Sénégalais, un gynécologue était Cap-verdien et trois gynécologues étaient Béninois³⁶. Un entretien s'est fait conjointement avec un étudiant sénégalais en gynécologie et avec un médecin interne béninois. Deux entretiens ont été menés avec des urologues. Un urologue était Béninois et l'autre était Camerounais. Un entretien a été réalisé avec un biologiste de la reproduction sénégalais. Un entretien a été mené avec une sexologue-andrologue sénégalaise d'un hôpital public de Dakar. Un entretien a été fait conjointement avec une sage-femme et une assistante sociale sénégalaises d'un hôpital public de Dakar. Les entretiens se sont déroulés dans les cabinets privés ou hospitaliers des médecins et sur le lieu de formation de l'étudiant en gynécologie.

³⁴ Dans ce cas, il s'agit d'une infertilité secondaire car le couple a déjà deux enfants et ils en veulent un troisième depuis 2003.

³⁵ Dans le cas de cet entretien, il y a eu deux niveaux de traduction. L'homme parlait le *sarakolé*. Sa sœur traduisait en *wolof* et l'interprète nous traduisait en français.

³⁶ Nous avons eu plus de facilités à rencontrer des médecins béninois que sénégalais et aussi que le contact était plus facile avec eux. Hormis le fait d'avoir une belle-famille béninoise, nous pensons que les médecins non sénégalais avaient plus de facilités pour parler de ce sujet concernant un pays qui n'est pas le leur. Le fait qu'ils étaient eux-mêmes étrangers, leur donnait probablement un recul que les médecins sénégalais n'avaient pas. De plus le réseau béninois fonctionnait avec une grande facilité. Venir de la part de « untel », permettait d'obtenir facilement un rendez-vous. Ce qui ne fonctionnait pas systématiquement du côté sénégalais.

Tableau 3 : Les médecins et le personnel de santé

	Nationalité	Spécialité	Secteur d'activité	Pratique l'AMP	Techniques pratiquées	Formation à l'AMP
Docteur C.	Cap-Verdienne	Gynécologie	Hôpital public/ Cabinet privé	Oui	IAC FIV	Il a appris la FIV au Japon et fait des stages en France.
Docteur V.	Béninoise	Gynécologie	Cabinet privé	Oui	IAC	1 ^{ère} formation au Maroc : cours et 2 jours de pratique. 2 ^{ème} formation en France : Paris Descartes. Stages hôpitaux de Cochin, Clamart, Tenon, hôpital Américain, Clinique Muette (une année). Il veut se former à la FIV. Va faire un stage pratique sur ponction des ovocytes à Lomé.
Docteur M.	Sénégalaise	Gynécologie	Cabinet privé	Oui	IAC FIV ICSI	S'est formée en France et a été interne des hôpitaux de Paris. A pratiqué l'AMP en France pendant 6 mois.
Docteur A.	Béninoise	Gynécologie	Cabinet privé	Oui	IAC FIV	?
Docteur R.	Béninoise	Gynécologie	Cabinet privé	Oui	IAC	Etudes médicales au Congo, en France et au Sénégal. Il projette de se former à la FIV au Maroc ou en France.
Docteur D.	Sénégalaise	Gynécologie	Hôpital public	Oui	IAC FIV	Il va se former tous les 2 ans à Montpellier, mais pas de pratique dans cette formation.

Docteur J.	Sénégalaise ?	Gynécologie	Cabinet privé	Non		
Etudiant en gynécologie	Sénégalaise	Gynécologie	Hôpital public	Non		
Docteur N.	Béninoise	Urologie	Hôpital public	Non		
Docteur S.	Camerounaise	Urologie	Hôpital public/ Cabinet privé	Non		
Docteur H.	Sénégalaise	Sexologie- andrologie	Hôpital public	Non		
Docteur L.	Sénégalaise	Biologie	Laboratoire privé	Oui	IAC FIV ICSI	Formation de 12 mois à Cochin : théorie et pratique sur des animaux (embryons de souris). Stages en laboratoire : Spermiologie, FIV et ICSI.
Docteur P.	Béninoise	Médecine générale	Hôpital public	Non		
PM1	Sénégalaises	Sage-femme, assistance sociale (entretien informel fait avec deux personnes)	Hôpital public	Non		

Les entretiens secondaires

Deux entretiens ont été réalisés avec des personnes travaillant dans le domaine de la santé de la reproduction : l'un pour la Division de la santé de la reproduction du Ministère de la santé, l'autre au sein de l'Hôpital Universitaire de Dakar (coordination des projets de recherche en matière de santé de la reproduction).

Des entretiens ont aussi été effectués avec des chercheurs en sciences sociales afin d'avoir un éclairage sur le fonctionnement du système sanitaire sénégalais et sur la société sénégalaise, la culture sénégalaise. Les entretiens semi-directifs faits avec les chercheurs ont duré en moyenne une heure. Cinq entretiens ont été réalisés. Deux entretiens ont été réalisés avec des anthropologues de la santé : S. Faye et T. Ndoye à Dakar. Un a été réalisé avec un historien, C. Becker à Paris. Deux entretiens ont été menés avec des sociologues : F. Sow et B. Dial. Nous avons rencontré S. Boye, une doctorante en sociologie de l'université Cheikh Anta Diop ayant travaillé sur le thème de l'infertilité à Dakar pour ses mémoires de Maîtrise et de DEA. Nous avons rencontré A. Seck, un chercheur travaillant sur la religion musulmane au Sénégal. Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des chercheurs, dans des cafés ou à leur domicile. Enfin, un entretien a été réalisé avec une femme de notre connaissance, sénégalaise d'origine guinéenne, sur le rituel du *kañaalen* qui concerne les femmes infertiles en Casamance. Cet entretien semi-directif a duré une heure.

Les observations : le lieu des entretiens

Le nombre de femmes dans les salles d'attente des gynécologues varie de quatre à dix. Le temps moyen pour rencontrer le gynécologue est d'une heure³⁷. Parfois c'est la secrétaire qui appelle les patientes et parfois le gynécologue lui-même vient chercher ses patientes. Après la consultation, les femmes vont faire le règlement à la secrétaire et prennent la date de leur(s) prochain(s) rendez-vous. Les gynécologues qui pratiquent les nouvelles technologies de reproduction affichent toujours cette indication sur le panneau extérieur à leur cabinet et sur leurs cartes de visite. Certains ont un site ou un blog³⁸ dédié à ce sujet.

Les consultations en urologie à l'hôpital Abass Ndao se font par ordre d'arrivée de 8 heures 30 à 13 heures environ, deux jours par semaine et les opérations chirurgicales se font les vendredis. Deux urologues assurent les consultations et les opérations. Comme la présentation de notre travail passe par un professionnel de santé, les hommes acceptent facilement l'entretien, sauf dans deux cas où les hommes ne souhaitaient pas signer le formulaire de consentement éclairé³⁹ et où des problèmes liés à la traduction ont sûrement porté préjudice à la confiance de l'homme pour l'enquête proposée. Les nouvelles techniques de reproduction étaient connues par une partie des

³⁷ Ce temps est valable aussi bien pour les patientes que pour l'anthropologue. Durant nos enquêtes de terrain, nous n'avons jamais rencontré un médecin ailleurs que sur son lieu de travail. De plus, nous avons souvent attendu notre tour comme les patientes sauf dans deux cas. Est-ce le manque de temps qui incite les médecins à nous recevoir sur leur temps de travail ou le manque d'intérêt pour notre recherche ?

³⁸ <http://fivdakar.blog100.fc2.com/>

³⁹ En signant le formulaire de consentement éclairé, l'enquêté signale qu'il a donné son accord pour participer à l'enquête.

hommes interrogés et parmi eux certains ne souhaitaient pas y recourir à cause des interdits religieux ou parce qu'ils ne les considéraient pas naturelles.

Lors de notre enquête à Dakar, nous avons constaté une séparation spatiale entre les espaces masculins et féminins dans les milieux hospitaliers, mais aussi dans les espaces intimes.

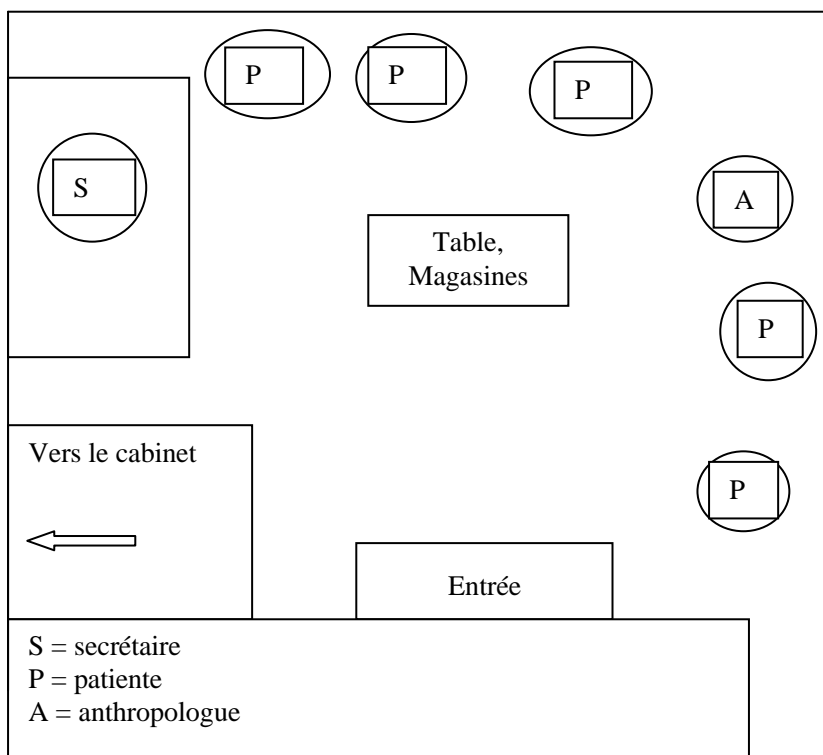


Figure 1 : Chez le gynécologue

Dans les cabinets des gynécologues qui pratiquent l'AMP, les femmes sont très souvent seules à attendre, sauf deux fois où nous avons vu deux couples, dans deux cabinets gynécologiques différents, attendre ensemble pour le rendez-vous. Pour l'un des deux couples, l'homme accompagnait son épouse, mais au moment où le gynécologue est venu chercher la femme pour l'inviter à le suivre, le mari était hésitant et pensait rester dans la salle d'attente. Le gynécologue l'a alors convaincu de venir à la consultation avec son épouse.

Dans ces cabinets privés, la salle d'attente comporte des chaises ou des canapés installés autour de la pièce et une table, qui est souvent au centre de la salle, avec des magazines de santé ou des revues féminines. Les salles d'attente ont souvent une décoration assez simple, sauf pour l'une d'entre elles où l'accent été mis sur la maternité à travers des sculptures et des peintures, avec des panneaux explicatifs et préventifs autour de la salle.

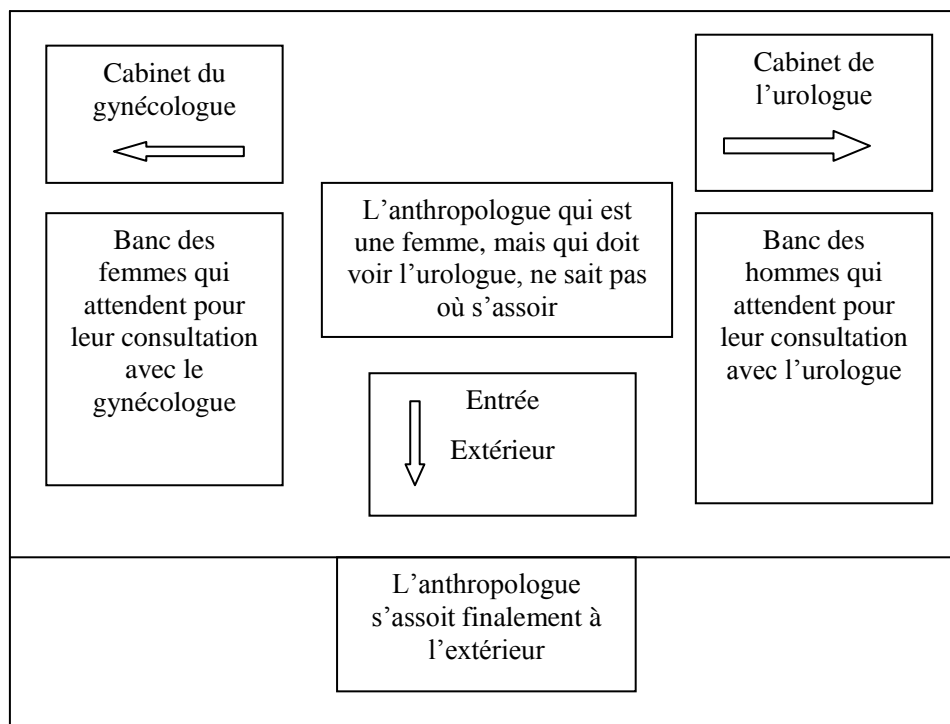


Figure 2 : À l'hôpital public

Au service d'urologie de l'hôpital Abass Ndao, les hommes viennent souvent seuls en consultation. Sur les dix hommes rencontrés pendant les entretiens, un seul homme s'est rendu à l'hôpital avec sa femme et un autre avec ses deux épouses, mais ils ont été seuls pour la consultation avec l'urologue. Un autre homme est venu à la consultation avec sa sœur car il ne parlait pas le *wolof* ; c'est donc elle qui assurait la traduction.

À l'hôpital Abass Ndao, les femmes attendent sur un banc pour leur consultation avec le gynécologue et font face aux hommes qui attendent sur un autre banc pour leur consultation avec l'urologue. Ainsi, en tant qu'anthropologue femme devant rencontrer l'urologue, nous ne savions pas où nous assoir et choissions soit de rester debout entre les deux bancs, soit de nous assoir à l'extérieur. Dans les cabinets privés, il en va de même. Bien souvent il n'y a que des femmes dans les salles d'attente des gynécologues et que des hommes dans celles des urologues. Ainsi nous nous sentions mal à l'aise dans les salles d'attente des urologues car nous étions la seule femme et suscitions l'interrogation des hommes présents. Nous passions plus inaperçue dans les salles d'attente des gynécologues où nous étions sûrement considérée comme une patiente lambda. Les anthropologues sont souvent confrontés à cette barrière des sexes et mettent parfois du temps à trouver leur place dans la société étudiée. O. Journet-Diallo (1999) explique que l'anthropologue, avant d'être appréhendé comme homme ou femme, est d'abord perçu comme étranger. Après il est parfois identifié comme « homme » ou « femme » alors qu'il est de l'autre sexe que celui que l'on lui prête.

Au Sénégal, les couples respectent souvent cette scission de l'espace et c'est pour cela qu'il est très difficile d'interroger les couples ensemble. Lors des entretiens que nous avons réalisés avec des couples ayant recours aux nouvelles technologies de reproduction, nous avons souvent pu

constater qu'un seul des deux époux répondait aux questions posées. Voici ci-dessous les cinq couples que nous avons rencontrés, mais que nous n'avons pas forcément interrogés en même temps.

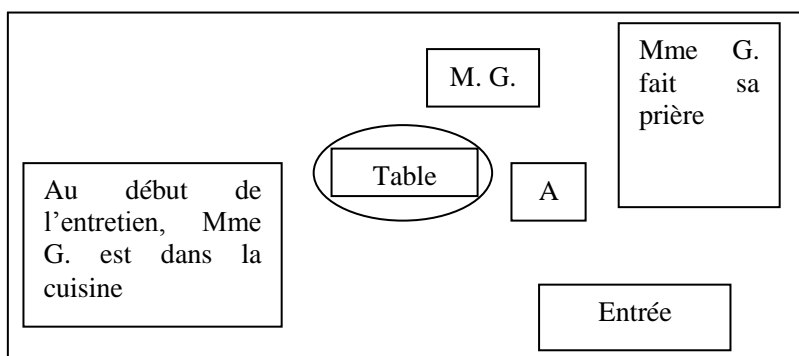


Figure 3 : Chez Monsieur et Madame G.

A = anthropologue.

Dans le premier cas, avec monsieur et madame G., seul le mari répondait aux questions bien que l'infertilité soit du côté de son épouse. L'épouse était présente, mais elle ne parlait pas. Au début de l'entretien, elle était dans la cuisine, puis au milieu de l'entretien, elle est venue faire sa prière dans le salon, juste derrière le canapé où nous nous entretenions avec son époux.

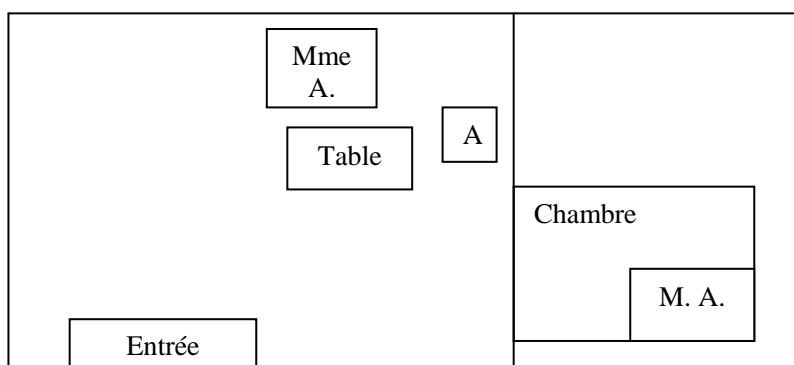


Figure 4 : Chez Madame et Monsieur A.

Pour un autre couple, monsieur et madame A., l'entretien s'est déroulé dans le salon, mais le mari qui était présent à notre arrivée, s'est retiré dans sa chambre. Il nous a cependant salués lors de notre arrivée et de notre départ. Ici, la femme était Sénégalaise et son époux était Français.

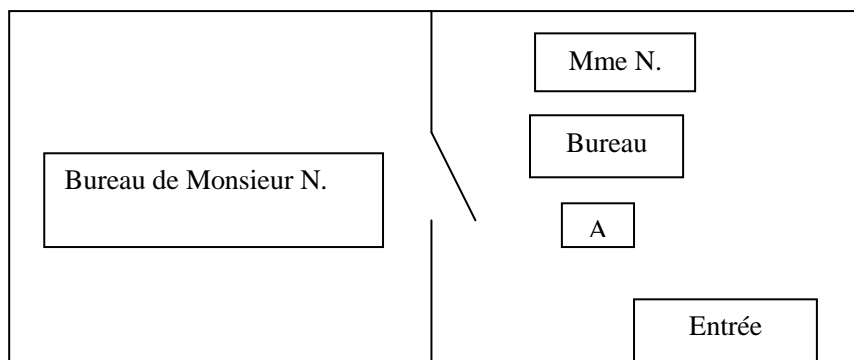


Figure 5 : Au bureau de Madame et Monsieur N.

Avec monsieur et madame N., l'entretien se déroulait sur le lieu de travail de l'épouse et pendant l'entretien, le mari qui travaille au même endroit que sa femme, a surgi dans son bureau sans savoir que nous étions là. La femme nous a présentés et nous avons discuté quelques minutes pendant lesquelles l'époux nous a donné son point de vue sur les nouvelles technologies de reproduction, avant de regagner de nouveau son bureau.

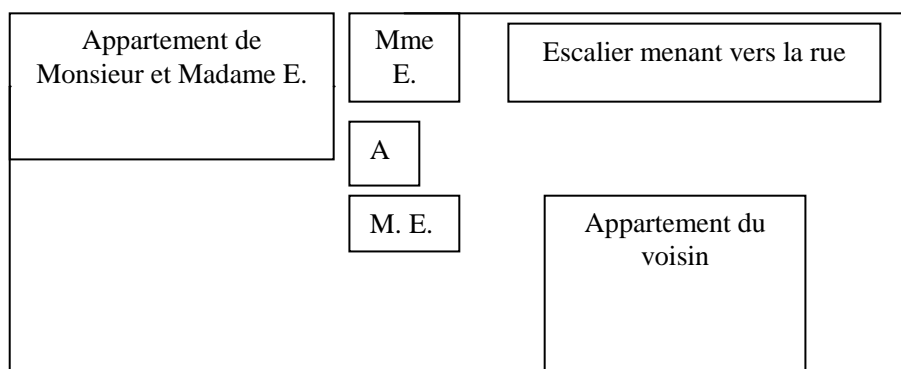


Figure 6 : Chez Madame et Monsieur E.

Enfin un dernier exemple, celui de monsieur et madame E., où cette fois-ci l'entretien a été réalisé avec les deux époux, mais où le mari nous a demandé au début de l'entretien si sa présence était nécessaire. Cet entretien a été réalisé dans l'entrée, devant leur appartement, et non à l'intérieur de l'appartement. Peut-être avaient-ils de la famille à l'intérieur de leur appartement ?

Tous ces exemples indiquent le malaise de l'époux quand il doit parler de son infertilité, ou même d'infertilité en général. Sa présence et son discours sont pour lui moins contraignants dans le cas d'une infertilité féminine (monsieur G. et monsieur E.). Il est important de préciser que nous avons laissé les personnes faire comme elles l'entendaient, puisque nous basons cette enquête sur le volontariat. Nous avons seulement donné notre avis quand monsieur E. nous a demandé si nous souhaitions ou non sa présence et où nous avons répondu affirmativement. La gynécologue qui nous a remis les contacts a été surprise que les maris ne soient pas présents lors des entretiens.

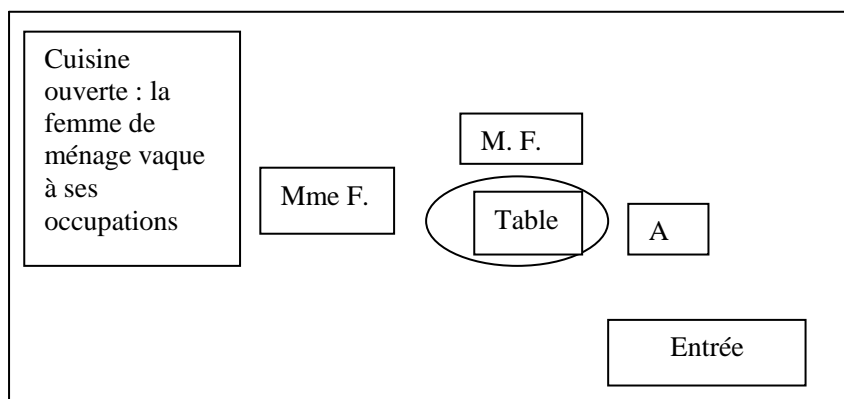


Figure 7 : Chez Monsieur et Madame F.

Un seul couple, monsieur et madame F. sont tous deux venus spontanément répondre à nos questions. Nous étions tous les trois assis autour d'une table. La femme de ménage était présente et s'occupait. Elle pouvait néanmoins entendre tout l'entretien. À la fin de l'entretien, monsieur et madame F. nous ont proposé de partager un repas avec eux. Ce couple est très ouvert. Monsieur F. est athée, baptisé catholique, ce qui est très rare au Sénégal et peut-être est-ce significatif de sa grande ouverture d'esprit.

C - Méthodes utilisées et questions d'éthique

En septembre 2010, nous avons envoyé un protocole de recherche au Comité d'éthique de Dakar et au Conseil national de recherche en santé (CNRS). Une première réponse nous a été envoyée le 11 novembre 2010 nous demandant de trouver une institution, ainsi qu'un chercheur pouvant encadrer notre recherche à Dakar. L'IRD⁴⁰ de Dakar a accepté d'encadrer notre recherche et Philippe Antoine⁴¹ a été notre tuteur local. Nous avons ainsi reçu une réponse favorable le 15 mars 2011 nous permettant de venir faire nos enquêtes de terrain. En amont du protocole de recherche, nous avons lu et étudié une bibliographie concernant les questions d'éthique dans des enquêtes anthropologiques comme celle que nous étions amenée à réaliser. Des anthropologues ayant déjà eu à réfléchir sur ces questions d'éthique nous ont fortement aidée à nous positionner pour notre enquête (Bonnet, 2003 ; Massé, 2000). Selon R. Massé (2000), « lieux d'expression et de résolution des conflits de valeurs, l'éthique interpelle donc directement l'anthropologie qui s'est traditionnellement faite l'apôtre du respect des systèmes de valeurs de l'« autre ». » (p. 5). Ainsi l'éthique propre à une culture est-elle la même pour chaque continent ? Est-elle une notion universelle ? Certains chercheurs répondent à ces questions :

⁴⁰ Institut de Recherche pour le Développement.

⁴¹ P. Antoine est démographe, directeur de recherche à l'IRD. Il étudie notamment les transformations familiales et sociales et la pauvreté chronique, les relations intergénérationnelles, la nuptialité en Afrique et la situation des personnes âgées en Afrique. Ses recherches portent sur plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, dont le Sénégal fait partie.

Elle ouvre [l'éthique médicale] ainsi une réflexion sur la prise de décision par rapport à la gestion des risques, sur la notion de responsabilité, sur la place du sujet et de la subjectivité dans la recherche médicale et sur l'appréhension des groupes vulnérables et marginaux dans le modèle global universalisant (Bonnet, 2003, p. 5).

Les pays africains ont adopté des conventions sur l'éthique et créé des comités d'éthique (CE) pour encadrer les recherches et notamment celles en santé. Ces comités veillent au respect de la dignité de la personne, de ses droits et à sa sécurité (Bonnet, 2003). C. Becker (2004) présente, quant à lui, la notion de bioéthique qu'il définit comme « une réflexion interdisciplinaire qui porte sur les enjeux éthiques des progrès des sciences biomédicales » (p. 62). Ainsi pour répondre au mieux aux règles d'éthique se rapportant aux études qui touchent à la santé physique ou mentale des individus, nous avons préparé une notice d'information présentant notre recherche (cf. Annexe 3). Celle-ci a été remise aux personnes interrogées avant chaque entretien pour mieux expliquer les objectifs de la recherche en plus d'une explication orale complémentaire. Un formulaire de consentement éclairé (cf. Annexe 3) a été lu, commenté et signé avant chaque entretien avec un couple ou avec une personne infertile. Le phénomène de consentement éclairé s'appuie sur trois fondements : l'information, la compréhension et le caractère volontaire⁴². Selon P. A. Marshall et B. A. Koenig, (2000) :

Le problème n'est pas de savoir si le consentement éclairé constitue un « bien » éthique, mais plutôt, de quelles façons le « respect de la personne » peut être appliqué dans le respect de la diversité culturelle. C'est dans des contextes culturels non occidentaux que les défis liés au principe du consentement éclairé sont les plus saisissants (p. 46).

Pour garantir l'anonymat des personnes ayant participé à l'enquête, aucun nom ou prénom ne figurent dans la thèse. Chaque participant est désigné par une lettre de l'alphabet choisie au hasard et différente de la première lettre de son vrai nom, par exemple, madame C., monsieur K, etc. Le point 23 de la déclaration d'Helsinki⁴³ a ainsi été respecté : « Toutes les précautions doivent être prises pour protéger la vie privée et la confidentialité des informations personnelles concernant les personnes impliquées dans la recherche, et pour minimiser l'impact de l'étude sur leur intégrité physique, mentale et sociale ». Les médecins sont désignés par une lettre aléatoire et ils sont nommés ainsi : le gynécologue M., l'urologue V., etc. pour garantir leur anonymat autant que possible.

⁴² Cf. Rapport Belmont : Principes éthiques et directives concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche. https://www.citiprogram.org/citidocuments/Belmont/belmont_report_French.pdf

⁴³ Déclaration d'Helsinki de l'AMM, Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, juin 1964, sur le site : <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3/>

D - Les difficultés de l'enquête

La faible participation des couples s'explique par la dimension taboue de l'infertilité. De fait, lors de notre première enquête, sur les onze entretiens réalisés, un seul homme infertile a accepté de répondre à nos questions. Heureusement, les témoignages d'hommes infertiles, largement absents de notre première enquête, ont pu être recueillis grâce au soutien de deux urologues de l'hôpital d'Abass Ndao. Sans leur soutien cette deuxième enquête n'aurait pas donné de tels résultats. En fait, nous pensions au départ que nous allions pouvoir nous passer de l'intermédiaire des médecins pour entrer en contact avec les couples. Sur ce point, nous nous étions entièrement trompée car le bouche à oreille n'a jamais fonctionné. Les femmes nous parlaient parfois d'une sœur ou d'une amie dans la même situation d'infertilité qu'elles, mais ne nous mettaient pas en contact avec celle-ci. Cette attitude peut certainement s'expliquer par le fait qu'elles n'avaient pas confié à cette sœur ou à cette amie leur propre situation ou leurs démarches d'assistance médicale à la procréation. De plus, il n'existe pas d'association pour les couples confrontés au problème de l'infertilité conjugale, ce qui a annulé la possibilité d'un réseau autour de ce sujet. Des gynécologues et des femmes rencontrés lors des entretiens pensaient pourtant que le fait de ne pas être Sénégalaise allait nous aider pour cette enquête ; cela inciterait les couples à se confier car ils n'auraient pas peur que nous connaissions quelqu'un de leur entourage. Cependant, avec le recul, nous avons compris que c'est plus l'intermédiaire des médecins qui permet la rencontre avec les personnes infertiles et la facilité des entretiens, que la nationalité du chercheur, étant donné que d'autres études sur l'infertilité au Sénégal ont été menées par des chercheuses sénégalaises (Boye, 2008, 2010 ; Seck, 2010).

Les spécialistes de l'infertilité sont très occupés et consacrent peu de temps à l'anthropologue. Ils ne s'investissent pas dans l'enquête. Ils répondent vite aux questions et n'approfondissent pas leurs réponses. On sent toujours qu'ils sont pressés. Sauf la gynécologue M. et l'urologue S., les autres nous ont reçu pendant leurs consultations souvent en fin de journée. Les gynécologues nous reçoivent souvent à la fin de leurs consultations, mais parfois au milieu de celles-ci. Quand les entretiens ont lieu entre deux consultations, le gynécologue n'a pas la même disponibilité qu'en fin de journée et il est pressant et répond rapidement aux questions posées. Concernant l'organisation de la recherche, il n'y a pas d'unité de lieu pour interroger les médecins et les couples. Il est donc nécessaire de se déplacer dans toute la ville de Dakar. De même, il n'y a pas d'équipe médicale autour de l'assistance médicale à la procréation⁴⁴, donc les médecins ne peuvent pas mettre l'anthropologue directement en contact avec d'autres spécialistes. Enfin, le secteur des nouvelles technologies de reproduction se présente comme un secteur concurrentiel et nous avons eu le sentiment que les médecins ne nous disaient pas tout, nous cachaient des éléments par concurrence au sein de leur groupe professionnel. En effet, certaines de nos questions restaient sans réponse, par exemple sur le type de techniques pratiquées ou sur le nombre de leurs patientes. C'est sûrement pour cette raison qu'ils ne nous mettaient pas facilement en relation avec d'autres spécialistes des nouvelles technologies de reproduction.

⁴⁴ Une seule équipe existe à Dakar autour de l'AMP, c'est celle de la clinique du Cap que nous n'avons pas pu rencontrer pour des raisons exposées dans le paragraphe suivant.

Nous avons voulu accéder à deux cliniques privées de Dakar, la clinique du Cap et la clinique de la Madeleine. Un gynécologue qui connaît bien les directeurs des deux cliniques a accepté de nous aider dans cette démarche. Il a fait la demande aux deux directeurs d'établissement qui ont refusé. De notre côté, nous nous sommes déplacée à la clinique de la Madeleine et nous avons demandé à la secrétaire du directeur de la clinique à le rencontrer. Celle-ci a pris note de notre demande, nous disant qu'il allait nous recontacter. Cela n'a jamais été fait. Nous avons aussi eu l'idée d'établir une comparaison entre le secteur public et le secteur privé concernant la prise en charge de l'infertilité. Pour cela nous pensions qu'il serait intéressant de faire une enquête à l'hôpital Aristide le Dantec, qui a le projet d'ouvrir un service consacré aux nouvelles technologies de reproduction au sein de ses locaux⁴⁵. Nous avons adressé au secrétariat une demande de rendez-vous au chef de service de gynécologie en laissant nos coordonnées. Nous n'avons jamais été recontactée. Parallèlement, nous avons envoyé notre projet de recherche par courriel au même chef de service, sur les conseils du coordonnateur des projets de recherches au sein de l'hôpital Aristide le Dantec. Cette tentative est aussi restée vaine. Tout au long des enquêtes, nous n'avons jamais eu le sentiment d'être soutenue par les professionnels de santé. À aucun moment, ni les médecins, ni les spécialistes de la santé de la reproduction, ni les couples n'ont manifesté un réel engouement pour cette recherche. Au contraire, c'est plutôt un sentiment d'incompréhension et de résignation⁴⁶ qui nous accueillait quand nous annoncions le sujet de notre travail. Heureusement, quelques couples et les chercheurs que nous avons questionnés nous ont soutenus par leurs encouragements dans cette démarche, reconnaissant les difficultés auxquelles nous devons être confrontés étant donné la délicatesse du sujet choisi.

Des problèmes de langue sont venus aussi complexifier notre tâche. Le fait qu'une partie des entretiens réalisés à l'hôpital Abass Ndao ait nécessité la présence d'un interprète a compliqué la pratique des entretiens. L'interprète improvisé, choisi parmi le personnel de l'hôpital⁴⁷ et désigné par les urologues, n'était pas à l'aise avec sa mission. Nous sentions ensuite que nous perdions certains éléments intéressants dans la traduction. Alors que les patients qui ont recours aux nouvelles technologies de reproduction parlent couramment français⁴⁸, les patients de l'hôpital ne parlent pas tous français. Six entretiens sur dix ont pu être menés en français.

À Dakar, la documentation concernant notre étude n'a pas été facile à trouver. Certains documents (ouvrages, articles ou thèses) semblent exister, mais sont très difficilement accessibles au lecteur. Nous avons quelquefois dû renoncer à certaines thèses portant sur le thème de

⁴⁵ Un gynécologue travaillant à l'hôpital Aristide le Dantec a le projet d'ouvrir un espace réservé aux nouvelles technologies de reproduction dans cet hôpital. Le projet est en recherche de financements.

⁴⁶ Ce sentiment de résignation est lié au fait que beaucoup de personnes pensent que rien ne va changer, ou même ne peut changer, en matière d'infertilité au Sénégal.

⁴⁷ Les urologues voulaient que le traducteur appartienne à l'hôpital étant donné l'aspect confidentiel que comportaient les réponses des personnes interrogées.

⁴⁸ Une seule femme guinéenne ne parlait pas couramment français. L'entretien a tout de même pu être réalisé en français.

l'infertilité et à certains articles portant sur la pratique des NTR au Sénégal qui auraient eu pourtant un grand intérêt pour notre recherche car nous ne sommes pas parvenue à les trouver.

Analyser les silences et les évitements autour de l'infertilité et de l'AMP

Lors de nos enquêtes de terrain nous avons été confrontée à des silences, notamment de la part des médecins et des personnes travaillant dans la santé de la reproduction (Ministère et associations) concernant les nouvelles technologies de reproduction. Dans un premier temps, nous avons été agacée par ces silences, mais avec le recul et le travail d'écriture, nous avons compris qu'il nous fallait examiner ce qui se trouvait sous ces silences et tenter d'avancer des explications.

Premièrement il y a sûrement le malaise médical dû au manque d'encadrement législatif sur ces nouvelles technologies de reproduction. Alors que les gynécologues demandent un encadrement légal de leurs pratiques, l'État sénégalais semble ne pas entendre ces réclamations. Alors les gynécologues s'organisent à un niveau différent, comme par exemple dans le cadre de l'association GIERAF⁴⁹. Nous analysons leur silence ou leur malaise à certaines de nos questions, comme une appréhension au fait que leurs propos soient rapportés aux autorités sénégalaises et que leurs pratiques soient critiquées. Ces non-dits sont peut-être aussi dus à une volonté de protéger leur activité du jugement populaire et social.

Au niveau des entretiens avec les médecins, nous avons senti dans certains entretiens, que ceux-ci nous cachaient des informations. Même l'attitude de sembler pressé pendant les entretiens témoignait de cette intention de ne pas aborder certains sujets. Nous avons même rencontré des difficultés pour établir un réel entretien avec certains gynécologues. Il s'agissait parfois plus d'échange informel que d'entretiens car nous sentions que le gynécologue ne souhaitait pas s'entretenir longuement avec nous. Nous avons aussi été confrontés à un refus de la part de certains médecins de nous rencontrer et à des milieux médicaux très hermétiques, comme par exemple les cliniques. Nous analysons ces refus comme une méfiance à notre égard et à l'égard de notre recherche, ainsi qu'une volonté de confidentialité des pratiques médicales.

À l'heure où différents pays du monde s'interrogent sur les nouvelles technologies de reproduction et proposent des révisions sur les lois d'encadrement de ces pratiques, le Sénégal semble vouloir ignorer ces pratiques dont il connaît pourtant l'existence. Les gynécologues demandent souvent à l'État de prendre position sur ces technologies de reproduction assistée, mais l'État ne satisfait pas ces demandes. Les lois en matière de santé de la reproduction sont plus que timides sur la question, alors que ces nouvelles technologies de reproduction posent des questions éthiques importantes. Dans nos rapports avec le Ministère de la santé, et notamment avec la Division de la santé de la reproduction, nous avons ressenti de l'agressivité de la part de certains membres concernant le sujet de l'assistance médicale à la procréation, ainsi que des avertissements concernant la délicatesse de notre recherche⁵⁰.

⁴⁹ Groupe Inter africain d'Etude, de Recherche et d'Application sur la Fertilité, sur le site Web : <http://www.gieraf.org/>

⁵⁰ Avant d'envoyer le protocole de recherche au CNRS nous avons pris contact avec C. Becker, membre du comité d'éthique sénégalais, pour lui demander des conseils pour soumettre ce protocole. Il nous avait alors

Même à un niveau associatif, nous avons rencontré un désintérêt pour notre recherche, si ce n'est de l'évitement. Nous avons essayé de rentrer en contact avec une association s'occupant de bien-être familial⁵¹, mais cette tentative n'a pas abouti. Après avoir rencontré un membre de l'association qui nous déclarait ne pas connaître le sujet de l'infertilité au Sénégal, celui-ci nous remit l'adresse email d'une autre personne de l'association qui répondrait à nos questions. Nous n'avons jamais reçu de réponse à notre email. Nous avons d'ailleurs souvent été confrontée dans cette enquête à des absences de réponses à nos courriers électroniques, ainsi qu'à nos appels téléphoniques.

Du côté des couples ou des personnes infertiles, dans le cadre du recours à l'assistance médicale à la procréation, une fois que ceux-ci avaient donné leur accord au gynécologue de nous remettre leur numéro de téléphone, ils se prêtaient généralement assez bien à la pratique de l'entretien. Un seul couple qui avait remis son accord au médecin pour que nous l'appelions n'a jamais pu trouver un jour pour que nous le rencontrions. Après une dizaine de tentatives de prise de rendez-vous de notre part, nous avons décidé d'arrêter d'appeler, considérant que le couple n'était plus disposé à faire l'entretien.

Du côté des hommes consultant à l'hôpital public, mais n'ayant pas recours aux nouvelles technologies de reproduction, les entretiens étaient en général moins longs que pour les autres. La conversation tenue par les hommes était moins directe qu'avec les couples ou personnes ayant recours à l'assistance médicale à la procréation. Ils adoptaient une attitude de réserve dans les entretiens, alors que dans les autres entretiens avec les personnes ayant recours à l'AMP, les personnes se livraient plus, même dans des questions d'ordre intime. Le fait que les entretiens se soient déroulés dans une salle de l'hôpital n'est sûrement pas anodin. Ce lieu n'est pas intime, comme peut l'être le domicile ou un café choisi par la personne interrogée, et intimide certainement la personne. Le fait de la surprise a certainement aussi influencé ce type de réponse.

C'est avec le recul que nous avons pris conscience de l'importance de ces silences, ces évitements et de ces non-dits. Les sujets de l'infertilité et des nouvelles technologies de reproduction sont des sujets mis de côté au niveau politique, laissant les couples et les médecins sans cadre légal, sans repère. Ainsi, il y a ce qui peut être dit et ce qui ne peut pas l'être. Dévoiler ce qui se cache sous ces tentatives d'évitements et ces silences fera partie de notre travail lors de cette thèse.

appris que le sujet des NTR était assez tabou au Sénégal et qu'il fallait faire attention à nos formulations pour la validation de notre protocole. Par la suite, avant de partir en séjour pour notre deuxième enquête de terrain, nous avons sollicité une prise de rendez-vous avec le président du comité d'éthique sénégalais au sujet de l'infertilité et des NTR au Sénégal sur les conseils de C. Becker. La réponse de ce président a été assez violente car il pensait que nous nous adressions à lui sans avoir soumis de protocole de recherche et nous faisant comprendre que ce sujet de recherche devait être très encadré. Après l'échange de plusieurs emails, il avait finalement accepté que nous le recontactions une fois à Dakar pour le rencontrer. Nous l'avons recontacté, mais il n'a pas donné suite.

⁵¹ « Bien-être familial » est une formule utilisée au Sénégal pour ne pas dire planification familiale qui dérange l'opinion. Peut-être cela est-il révélateur d'un problème qu'a la société sénégalaise à pouvoir parler de sexualité et de choix reproductifs.

Plan de thèse

Cette thèse est organisée en trois parties, subdivisées en neuf chapitres. La première partie porte sur l'importance du genre dans la reproduction et dans les nouvelles technologies de reproduction. Les deux parties suivantes s'inscrivent dans le contexte du Sénégal pour traiter des sujets de l'infertilité et des nouvelles technologies de reproduction par une analyse de genre, mais elles soulèvent ainsi l'impact du don dans ces deux sujets.

La première partie porte sur la contribution du genre à la présente étude. Le genre se place en concept structurant pour cette recherche. Le premier chapitre présente notre cheminement intellectuel partant de l'anthropologie pour en arriver à l'utilisation du genre comme concept-outil pour une analyse de la reproduction. Après la contextualisation historique du genre, il s'agit de voir comment ce concept s'est élaboré conjointement au concept de sexe. Le deuxième chapitre aborde les théories importantes du genre sur l'analyse de l'organisation de la reproduction et considère la façon dont le genre structure la reproduction à travers des institutions, notamment le mariage, mais aussi l'hétérosexualité comme mode de reproduction obligatoire. Il examine ensuite les critiques internes des mouvements féministes, notamment à travers le *Black feminism* et les études de genre et développement, l'importance de l'intersectionnalité et la réappropriation du genre par les féministes africaines. Le chapitre 3 interroge l'histoire des représentations des corps masculin et féminin en occident et la supposée « nature » des femmes qui a longtemps questionné les médecins. Il indique en quoi le corps des femmes a toujours présenté un intérêt pour la médecine en tant qu'il est un corps reproducteur. Il présente les avancées médicales concernant la reproduction avant d'en arriver à l'étude des nouvelles technologies de reproduction faite par les féministes et les chercheurs travaillant sur le genre. Il s'agit de comprendre comment la notion de stérilité est mal définie dans le contexte de l'assistance médicale à la procréation et peut recouvrir beaucoup de phénomènes. Il nous faut comprendre quels sont les désirs et les buts des scientifiques derrière ces nouvelles technologies de reproduction car ceux-ci prennent une place de plus en plus importante dans la reproduction et perturbent l'osmose du couple reproducteur. Il indique comment, dans les nouvelles technologies de reproduction, le corps des femmes s'efface et est parfois malmené. Enfin ce chapitre identifie comment les nouvelles technologies de reproduction remettent en question certaines normes de genre.

La deuxième partie aborde l'étude des normes de genre au Sénégal et celle des représentations sociales autour de l'infertilité. Le chapitre 4, pour commencer, présente les normes de genre de la société sénégalaise. Il questionne la place centrale du mariage dans les unions sénégalaises. Il explore l'asymétrie au sein des couples sénégalais, ainsi que l'importance des parents dans les unions matrimoniales. Il analyse les normes religieuses musulmanes très importantes au Sénégal. Il interroge l'importance de la fécondité et la place centrale des enfants au sein des unions. Il questionne la reproduction comme forme d'injonction sociale et l'enfant comme but recherché pour les couples : l'enfant, plus qu'un désir conjugal, devient une dette sociale que les couples doivent aux familles, à la société. Dans le chapitre suivant, il s'agit d'étudier les causes de l'infertilité et ses traitements. Ces causes peuvent être de plusieurs ordres. Elles peuvent être biologiques, liées à des dysfonctionnements de l'appareil reproducteur de la femme ou de l'homme, mais elles peuvent aussi être sociales, liées par exemple à un éloignement géographique

des époux. Pour certaines personnes interrogées c'est parce que Dieu décide du moment auquel donner un enfant qu'ils n'ont pas d'enfant, alors que pour d'autres c'est un génie jaloux, le *rab*, qui bloque la fécondité de l'un des partenaires. Ainsi l'infertilité et l'infécondité se mêlent et des causes sociales prennent la forme d'une défaillance biologique. Dans un contexte plus large, ce chapitre aborde les représentations de la maladie au Sénégal ainsi que le fonctionnement des différents systèmes de soins suivis par les couples dans le traitement de l'infertilité. Ce chapitre examine le pluralisme médical présent dans les parcours thérapeutiques des couples, ainsi que le poids de l'entourage dans ces parcours. Dans ce chapitre, il s'agit de démontrer en quoi la stérilité est une maladie sociale et comment la famille exerce des pressions sur le couple afin qu'il procréé le plus vite possible après son mariage. Dans le chapitre 6, il s'agit de comprendre pourquoi les femmes sont jugées comme les responsables de ce problème conjugal et pourquoi l'infertilité masculine est déniée. Ce chapitre analyse ensuite comment, au Sénégal, le féminin est associé à la maternité et comment la paternité détermine la virilité d'un homme. Nous verrons ici les stratégies sociales pour pallier l'infertilité tel des rituels concernant les femmes stériles en Casamance ou des remontrances quotidiennes de tout un chacun sur l'infertilité d'un couple. Dans ce chapitre, il s'agit de comprendre, en plus des normes de genre, la place importante tenue par le don dans ces représailles sociales.

La troisième partie concerne les politiques sanitaires sénégalaises et leur silence face au problème de l'infertilité et face à la pratique de l'assistance médicale à la procréation. Le chapitre 7 présente les lois ou l'absence de loi concernant les nouvelles technologies de reproduction, alors que celles-ci posent des questions éthiques importantes. Il questionne le fait que l'infertilité ne soit pas une priorité et analyse ce qui se cache sous les priorités en matière de santé reproductive. Le chapitre 8 aborde les parcours d'assistance médicale à la procréation et montre en quoi ceux-ci se basent sur les normes de genre de la société sénégalaise. Après un bref historique de l'assistance médicale à la procréation à Dakar, et un détour par la formation des spécialistes, ce chapitre présente les patients de l'assistance médicale à la procréation, leur nationalité, leur âge. Il examine ensuite les techniques pratiquées à Dakar et le coût de ces techniques. Il considère premièrement la relation entre les couples et le gynécologue et interroge le rôle de confident et de psychologue que celui-ci tient face aux couples. Il évoque la place des femmes dans les parcours d'assistance médicale à la procréation en tant que principales actrices et celle des hommes se plaçant en retrait et n'étant pas obligés de s'impliquer dans ces parcours. Le neuvième chapitre aborde la question du secret qui entoure les démarches d'assistance médicale à la procréation. Dans un premier temps il s'agit d'analyser le choix des gynécologues et des biologistes de ne pratiquer qu'une assistance médicale à la procréation intraconjugale alors qu'aucune loi n'interdit le don de gamètes. Ce chapitre expose ensuite le positionnement des religions islamique et catholique sur les nouvelles technologies de reproduction et les attitudes des couples et des médecins face à ces recommandations religieuses. Il questionne enfin l'importance de l'enfant biologique chez les couples et le malaise créé par le don de gamètes dans l'AMP.

PARTIE I. LE GENRE
COMME OUTIL D'ANALYSE ANTHROPOLOGIQUE :
COMPRENDRE LA REPRODUCTION

Durant la plus grande partie de l'histoire de l'humanité, les femmes ont rempli la tâche hautement spécialisée qui leur était dévolue, celle de mettre au monde, de nourrir et d'élever des enfants. Les hommes chassaient, guerroyaient et prenaient toutes décisions concernant la vie du groupe.

Fox, 1967, p. 32

La reproduction, non en tant que fait biologique, mais en tant que système de contrôle et de manipulation de tout individu femelle (et mâle aussi, mais de façon moindre), devient ainsi le pivot de tout rapport entre les sexes et de tout rapport sexuel.

Tabet, 1998, p. 152

CHAPITRE 1.

DE L'ANTHROPOLOGIE AU GENRE

Cette partie présente le genre comme concept structurant pour cette recherche. Dans ce travail de doctorat, nous sommes passée d'une littérature anthropologique à une littérature sur le genre. Le genre a complété des réflexions anthropologiques et est devenu un outil d'analyse pour l'anthropologie et pour notre sujet.

Il s'agit de montrer ici le rôle tenu par le genre dans l'organisation de la reproduction et par la suite dans les nouvelles technologies de reproduction. Nous comprenons que le genre est directement impliqué dans ces organisations, voire qu'il les régit. Ainsi nous dévoilons la politique du genre à l'œuvre dans la reproduction, mais aussi par là-même, dans la hiérarchie de sexe et dans les sexualités.

L'anthropologie a toujours questionné les dominations comme par exemple celle entre les dominants et les dominés (Balandier, 1967 ; Godelier, 1982/1996a), entre les aînés et les cadets en Afrique subsaharienne (Abélès et Collard, 1985 ; Meillassoux, 1964), entre peuples autochtones et peuples conquérants (Izard, 1985, 1992) entre les colons et les colonisés (Meillassoux, 1975/2005 ; Rey, 1973 ; Terray, 1969). Cependant, elle a mis du temps à percevoir la nécessité de questionner la hiérarchie entre les sexes, la jugeant d'abord comme une donnée naturelle. Les premiers anthropologues étaient surtout des hommes et ils n'étaient pas détachés d'une certaine perception des rôles sexués propre à leur époque et à leur sexe. Par la suite, les études de parenté commencèrent à percevoir les structures sous-jacentes à la parenté, ainsi que les logiques sociales qui l'organisaient. L'anthropologie économique comprit l'importance de la division des sexes et la domination des hommes sur les femmes. Ces études révélèrent que les femmes productrices étaient dépossédées de leur travail de production et de reproduction. Puis vinrent les anthropologues féministes qui interrogèrent aussi les femmes dans les enquêtes ethnographiques et questionnèrent la hiérarchie entre les sexes, autrement qu'en tant que donnée naturelle.

I - L'ANTHROPOLOGIE ET LA REPRODUCTION

A - Les débuts de l'anthropologie : l'oubli de la question des sexes

Pendant longtemps l'anthropologie et la sociologie ont négligé les rapports de domination entre les sexes prétextant que la soumission des femmes aux hommes était due à leur « nature »⁵² plus fragile. Ainsi dans l'imaginaire collectif, et même dans celui des chercheurs les plus renommés, comme les sociologues A. Comte et E. Durkheim, les femmes sont des êtres faibles et les hommes, qui sont plus forts et plus rationnels, doivent les protéger (Chabaud-Rychter, Descoutures, Devreux et Varikas, 2010). Ainsi la supériorité des hommes par rapport aux femmes serait justifiée, et donc ne serait pas à expliquer.

Certains anthropologues ont cependant noté la nécessité de comprendre ce qui se cachait sous la prétendue complémentarité des rôles sexuels et sous la naturalité souvent restée indiscutée des rapports de domination entre les hommes et les femmes. L'anthropologue féministe Paola Tabet (1998) explique que la reproduction et la fécondité féminine ont souvent été invoquées en ethnologie pour expliquer ou justifier l'état de subordination des femmes et les inégalités entre les sexes. Ainsi la position subordonnée des femmes serait due à des contraintes biologiques et naturelles et donc à leur « rôle » dans la procréation. Elle accuse la pensée ethnographique de renvoyer la reproduction à la nature. Cet argument a justement permis le développement de la domination masculine et car il voile le caractère historique et social des rapports de reproduction. Pour une autre anthropologue féministe, Nicole-Claude Mathieu (1985a), l'anthropologie a souvent privilégié l'étude des hommes au détriment des femmes. Selon elle, « [...] en anthropologie comme dans les autres disciplines, nombres de travaux, tant américains qu'européens, se sont appliqués à identifier le « biais mâle » dans la pensée scientifique commune » (p. 6). Ainsi les femmes n'étaient pas jugées par les ethnologues comme étant dignes d'intérêts car leurs activités étaient essentiellement des activités domestiques et de soins aux enfants et n'étaient donc pas perçues comme des activités dites « nobles ». D'après elle, les femmes ne sont pas souvent perçues en tant qu'actrices sociales :

Pendant longtemps, une grande part de la pensée ethnographique – bien qu'ayant parfois décrit « l'inégalité » entre hommes et femmes – avait laissé tomber les femmes à la périphérie des explications des systèmes sociaux, estimant que l'étude des relations entre hommes présentait suffisamment le cœur des sociétés. Il n'y avait pas, à la limite, constitution des femmes en acteurs sociaux, et ceci a été critiqué notamment par les ethnologues féministes (Mathieu, 1985b, p. 234).

Les anthropologues ont étudié le statut des femmes (Radcliffe-Brown et Forde, 1950/1953 ; Evans Pritchard, 1960/1973), mais ne l'ont pas fait en questionnant la relation de domination entre

⁵² Nous verrons tout au long de la partie I, que cette idée de « nature féminine » est profondément ancrée dans les mentalités et notamment les mentalités masculines. Ainsi les chercheurs et les médecins, par exemple, se sont longtemps appuyés sur cette nature féminine pour justifier l'état de subordination des femmes aux hommes.

les sexes. Cependant il semblerait que la cause de cet oubli ne soit pas exclusivement due au sexe du chercheur comme nous l'avons supposé précédemment, mais soit due aussi à une incorporation inconsciente d'une idéologie dominante. L'anthropologue Didier Fassin nous en donne cette explication :

[...] les thèses de l'égalitarisme primitif et toutes les théories qui idéalisent le lien social traditionnel ne peuvent être avancées qu'au prix d'un coup de force anthropologique par lequel est niée l'existence des disparités entre les sexes et des violences dont font l'objet les femmes dans les sociétés traditionnelles. On peut s'étonner que des réalités si massivement présentes passent inaperçues aux yeux des ethnologues. Il s'agit certes généralement d'hommes, mais comme le remarque Françoise Héritier (1989), la comparaison statistique des résultats de travaux ethnographiques ne fait pas apparaître de différence significative dans les descriptions du statut des femmes, en fonction du sexe du chercheur. C'est en réalité plus globalement l'incapacité à discerner ce que l'on n'est pas préparé à reconnaître qui est en cause [...]. Ce biais peut conduire l'observateur à reproduire dans ses écrits non seulement l'idéologie dominante de la société qu'il étudie, lorsqu'il reprend sans les critiquer les discours d'autojustification des hommes, mais plus encore celles du monde d'où il vient (Fassin, 1996, p. 71-72).

Selon F. Héritier (1996), les femmes ethnologues se sont elles aussi penchées principalement sur l'étude des hommes dans les sociétés qu'elles étudiaient car leurs expériences étaient jugées plus intéressantes et leur univers plus facile d'accès. Les femmes ethnologues ont tout de même joué par la suite un rôle important dans l'identification de cette domination sur les femmes, ainsi que dans la réhabilitation de celles-ci comme actrices sociales en relevant leur importance sous-estimée notamment dans la production, dans les rituels, dans les décisions matrimoniales et dans les stratégies d'alliance (Paulme, 1960 ; Le Cour Grandmaison, 1972 ; Mathieu, 1985a ; Vincent, 2001). À ce sujet, D. Paulme (1960) explique :

Loin des préjugés habituels concernant le statut inférieur des femmes en milieu traditionnel africain, chaque essai présente la femme dans sa vie quotidienne, avec les problèmes qui sont les siens. Approche nouvelle, si l'on songe que l'enquête ethnographique étant presque toujours menée à l'aide et auprès des seuls éléments masculins de la population, l'image qui en résulte se trouve être, dans une très large mesure, celle que les hommes, et eux seuls, se font de leur société (p. 9).

Ainsi l'étude des femmes, en tant qu'actrices sociales, est largement absente au début des études anthropologiques. Elle s'est développée progressivement laissant, par là-même, apparaître leur état de subordination aux hommes.

B - L'anthropologie culturelle

Marcel Mauss fut l'un des premiers anthropologues à signaler le fait que la socio-anthropologie négligeait de mentionner les femmes dans ses études. Suite au constat d'une division par sexes dans les sociétés, il a réclamé de faire la sociologie des femmes :

La division par sexes est une division fondamentale, qui a grevé de poids toutes les sociétés à un degré que nous ne soupçonnons pas. Notre sociologie, sur ce point, est très inférieure à ce qu'elle devrait être. On peut dire à nos étudiants, surtout à celles et ceux qui pourraient faire des observations sur le terrain, que nous n'avons fait que la sociologie des hommes et non pas la sociologie des femmes, ou des deux sexes (Mauss, 1968, cité par Handman, 2010, p. 56).

Les études de terrain faites par ses étudiants lui ont appris que dans les sociétés lignagères, la distinction entre le masculin et le féminin est très importante et couvre tous les aspects de la vie quotidienne. Ainsi M. Mauss comprit que la différence entre les deux sexes provenait plus d'une éducation différenciée que d'un fait de nature (Handman, 2010). Il introduisit la notion de « division par sexes », ainsi dans cette vision, le sexe devenait un critère pour diviser quelque chose qui ne l'était pas et permettre une différenciation entre les humains (Théry, 2003). Il affirma que la division par sexes était une division fondamentale et qu'il n'y avait pas d'exception sexuelle à l'institution sociale. Selon I. Théry (2003), M. Mauss a voulu accentuer par cette division par sexe le fait que le sexe n'est pas l'objet de la division, mais son moyen. Malgré cette avancée considérable pour les recherches en sciences humaines et sociales, M. Mauss n'a théorisé ni sur la domination masculine, ni sur les rapports sociaux de sexe (Handman, 2010).

Margaret Mead (1948/1966) s'appuya, quant à elle, sur la notion de « rôles sexuels » à partir de ses études de terrain réalisées en Océanie. Pour M. Mead, la plupart des sociétés partagent l'univers des traits de caractère en deux : une moitié aux hommes et l'autre aux femmes. Selon elle, les enfants font l'apprentissage de leur sexe et adaptent leurs attitudes en fonction de la conscience qu'ils ont de ce sexe masculin ou féminin : « les rapports entre les hommes et les femmes d'une part, parents et enfants de l'autre, constituent le nœud des relations humaines. Le sceau qui les marque est transmis dès le sein maternel à l'enfant [...] » (Mead, 1948/1966, p. 22). M. Mead questionna l'origine de la différence entre les sexes. Elle posa la question de savoir si c'était un fait de nature ou une structure qui organisait les sexes. Ainsi elle s'interrogea :

Ces différences (masculin/féminin) sont-elles réelles, et devons-nous en tenir compte ? Parce que l'humanité a toujours, dans toutes sociétés, édifié une vaste superstructure de distinctions sociales entre les sexes, - distinctions auxquelles leurs modalités contradictoires interdisent manifestement une validité universelle - faut-il donc nécessairement qu'existent de telles structures ? Nous nous trouvons là devant deux questions distinctes : s'agit-il d'un impératif dont nous n'osons pas faire fi parce qu'il est si profondément enraciné dans notre nature de mammifères que sa transgression causerait une maladie individuelle et sociale ? Ou d'un impératif moins profondément enraciné, mais qui s'avère socialement si commode et si bien rodé qu'il serait inutilement coûteux d'y renoncer [...]. Il reste enfin une troisième possibilité : les différences entre les sexes ne sont-elles pas extrêmement précieuses, ne constituent-elles pas l'une des ressources de la nature humaine dont toutes les sociétés ont su profiter mais qu'aucune d'entre elles n'a encore commencé à exploiter à fond ? (Mead, 1948/1966, p. 16-17).

Cet extrait de M. Mead marque certainement un premier pas dans les études ethnographiques vers une rupture de la naturalité des rôles sexuels ; en tout cas M. Mead a questionné ces différences de comportements, ce qui est un fait nouveau. La sociologue féministe C. Delphy (2008b) analyse cependant les limites du questionnement de M. Mead car selon elle, celle-ci ne porte pas tant son analyse sur les « rôles de sexe » que sur les « tempéraments » féminin et masculin, laissant de côté la division sexuelle du travail, les différences de statut entre hommes et femmes et la hiérarchie entre les sexes. Ainsi, les études de M. Mead selon C. Delphy restent incomplètes dans le sens où elles ne questionnent pas la hiérarchie, mais seulement la distinction entre les sexes.

C - L'anthropologie structurale

En 1949, Claude Lévi-Strauss, dans une pensée structuraliste, étudia les systèmes de parenté dans lesquels il existe une règle d'alliance préférentielle. Pour lui, la prohibition de l'inceste et l'exogamie instituent une circulation des femmes qui obéit au « principe de réciprocité » entre les lignages (Géraud, Leservoisier et Pottier, 2000). Il présenta le phénomène de l'échange des femmes. Les sociétés échangent des objets de valeurs, des idées et même des femmes à des fins d'alliances stratégiques. Ces alliances permettent aux communautés de se regrouper notamment lors de guerres contre des sociétés inconnues et étrangères. Bien qu'il ait théorisé sur cet échange des femmes, C. Lévi-Strauss n'a pas interrogé la hiérarchie entre les sexes sous-jacente à cet échange. Ce que fit par la suite sa successeuse Françoise Héritier. Ainsi c'est dans la continuité de cette pensée structuraliste et pour pallier ce manque dans l'analyse de C. Lévi-Strauss que Françoise Héritier analyse les représentations du masculin et du féminin. Selon elle, toute pensée et toute socialité humaine partent du corps, et plus précisément du corps reproducteur mâle ou femelle où vient s'ancrer l'opposition qu'elle considère comme fondatrice de toute pensée : celle de l'identique et du différent. Pour F. Héritier, la pensée symbolique s'est fondée sur la différence des sexes. En effet, si l'on suit le raisonnement d'Héritier :

Support majeur des systèmes idéologiques, le rapport identique/différent est à la base des systèmes qui opposent deux à deux des valeurs abstraites ou concrètes (chaud/froid, sec/humide, haut/bas, inférieur/supérieur, clair/sombre, etc.), valeurs contrastées que l'on retrouve dans les grilles de classement du masculin et du féminin (Héritier, 1996, p. 20).

Pour F. Héritier, le corps humain renvoie à la différence sexuée et au rôle différent des sexes dans la reproduction. Cette opposition conceptuelle de la différence est, selon elle, au fondement de la pensée scientifique et de tous les systèmes de représentation. F. Héritier (1996) invoque un domaine masculin construit à partir du domaine spécifiquement féminin, celui de la reproduction biologique. Elle propose le concept de « valence différentielle des sexes » pour signifier l'universalité de la dominance du principe masculin sur le principe féminin. Selon elle, cette valence différentielle des sexes exprime « un rapport conceptuel orienté, sinon toujours hiérarchique, entre le masculin et le féminin, traduisible en termes de poids, de temporalité (antérieur/postérieur), de valeur » (Héritier, 1996, p. 24). Cette valence différentielle des sexes est

universelle car elle est l'expression de la volonté de contrôle de la reproduction de la part des hommes et vient du fait que : « Les hommes des origines se sont trouvés confrontés à un mystère déconcertant, lui aussi permanent et non maniable, comme en témoignent certains mythes : le privilège exorbitant qu'ont les femmes d'enfanter les deux sexes » (Héritier, 2003, p. 35). Ainsi F. Héritier, à la différence de C. Lévi-Strauss, a analysé la hiérarchie entre les sexes. Elle met au jour l'une des raisons sociales de la subordination des femmes : la volonté des hommes de contrôler la mise au monde des enfants.

D - L'anthropologie économique

Dans le cadre de l'anthropologie économique, Maurice Godelier, notamment dans son étude sur les *Baruya* (1982/1996a), a apporté un éclairage sur la question des rapports sociaux de sexe, ainsi que sur la hiérarchie des sexes. Dans une partie de cet ouvrage il explique la nature des rapports entre les hommes et les femmes *baruya*. Chez les *Baruya*, les femmes ne sont pas propriétaires des principaux moyens de production, de destruction et de gouvernement et cet état de fait est justifié dans la pensée *baruya* comme étant la conséquence d'une expropriation fondamentale dans laquelle les hommes ont dépossédé les femmes de leur pouvoir créateur. M. Godelier explique que les hommes appuient leur supériorité sur les femmes car ils sont détenteurs d'un double pouvoir : celui des hommes (le sperme, la puissance, la force) et celui des femmes qu'ils leur ont pris (leur créativité originelle). Il précise que la flèche est le symbole du pouvoir guerrier des hommes et de leur pouvoir de mort et de destruction. Alors que le pouvoir initialement féminin, de faire naître et de faire croître les enfants, est symbolisé par les flûtes. La flûte représente le sexe des femmes purifié des dangers de mort qu'il recèle pour les hommes et pour la société. La flûte est le pouvoir créateur et procréateur des femmes devenu positif grâce au fait que les hommes les en aient dépossédé ; il est le pouvoir de vie des femmes séparé de leur pouvoir de mort.

Les *Baruya* affirment qu'il est nécessaire et légitime de séparer les procréateurs de leurs capacités de procréation et de leur produit que sont les enfants et avant tout les enfants mâles. Il révèle que chez les *Baruya* les femmes sont un jour séparées de leur garçons que les hommes viennent rechercher pour les re-procréer en les transformant en hommes. M. Godelier précise que chez les *Baruya*, le sperme a le pouvoir de faire re-naître les garçons hors du ventre de leur mère, loin du monde féminin. Quand les jeunes initiés pénètrent dans la maison des hommes, ils sont nourris du sperme de leurs aînés. Cette ingestion sera répétée pendant de nombreuses années dans le but de renforcer la force et la puissance des hommes et de les rendre aptes à dominer les femmes. C'est parce que ces pouvoirs féminins sont devenus une part supplémentaire de la substance masculine qu'ils sont devenus positifs et sont entrés au service de l'ordre social et cosmique.

Cette description faite par M. Godelier indique bien l'opposition de deux mondes, le monde masculin et féminin et surtout l'opposition de deux pouvoirs, le pouvoir féminin de vie et le

pouvoir masculin de mort et de destruction (symbolisé par la chasse et la guerre)⁵³. Cependant les femmes deviennent dangereuses à partir du moment où elles s'emparent du pouvoir masculin de mort comme par exemple en tuant leurs enfants (avortement, infanticide)⁵⁴. Ainsi, pour déjouer ce double pouvoir de vie et de mort des femmes, les hommes les ont soumises à des règles sociales faites d'interdits et d'obligations. Ils ont ainsi pu garder le contrôle sur les femmes et leurs corps reproducteurs, ainsi que sur leurs produits, les enfants⁵⁵. Dans un autre ouvrage et dans la même logique que celle développée par F. Héritier, M. Godelier appuie l'idée que le fait que les femmes soient celles qui mettent au monde les enfants est à l'origine des conflits qui opposent les deux sexes :

Bien entendu, le fait que les hommes, quelle que soient les représentations de leur rôle dans la fabrication des enfants, ne les font pas dans leur ventre et ne les mettent pas au monde a pour conséquence que ceux-ci sont un enjeu des rapports de pouvoir et de force entre les sexes. Ils sont l'un des motifs, sinon le plus important, de la volonté des hommes de contrôler le corps et la sexualité des femmes et, à travers leur corps, de contrôler (et même s'approprier) les enfants qu'elles mettent au monde (Godelier, 2004, p. 490).

Dans un autre contexte, Claude Meillassoux (1975/2005) étudie le statut des femmes dans les sociétés domestiques d'Afrique subsaharienne basées sur l'agriculture et le pouvoir des aînés. Dans ces sociétés, C. Meillassoux démontre que les femmes sont soumises, dans la production, aux tâches les plus ingrates et fastidieuses, comme l'agriculture et la cuisine, mais ne sont pas reconnues comme productrices. D'après lui, dans ces sociétés domestiques, la reproduction n'est pas une donnée naturelle, mais relève de l'organisation politique. Il affirme ainsi : « [...] la mobilité d'un sexe ou de l'autre est l'objet d'une politique violente ou pacifique, destinée à mettre en relation, à fin de procréation, des individus pubères dont la progéniture sera insérée à la naissance dans des rapports de filiation » (p. 43). Ainsi les femmes sont recherchées pour leurs potentialités procréatrices et sont, selon lui, « l'instrument de la reproduction » (p. 98). Les femmes, qui ne peuvent être remplacées par les hommes dans cette fonction, sont les moyens de la reproduction pour la création des enfants, qui représentent la reproduction du système et la perpétuation des individus :

La femme demeure, en qualité de moyen de reproduction, la richesse irremplaçable, et sa progéniture le bien ultime dans lequel peut s'investir l'énergie des individus. La reproduction du système, la perpétuation des individus [...] reposent sur la capacité à produire et à faire croître une progéniture (Meillassoux, 1975/2005, p. 112).

⁵³ Cette exposition du contexte de la société *baruya* renvoie au système d'opposition binaire présenté par F. Héritier.

⁵⁴ C'est pour ne pas accumuler deux pouvoirs que, dans beaucoup de sociétés, les femmes n'ont pas le droit de chasser ou même de se servir de certains outils tranchants ou de certaines armes.

⁵⁵ On pense aussi bien évidemment à l'apport de la psychanalyse et à la place qu'elle a donnée au père. Le rôle du père est de séparer la fusion mère-enfant par le processus de la castration.

La femme n'a pas de pouvoir dans l'organisation sociale et elle disparaît derrière les hommes représentés par son père, son frère et son époux. Selon C. Meillasoux, cette condition de la femme n'est pas naturelle, mais résulte de « circonstances historiques changeantes, toujours liées à ses fonctions de reproductrice » (p. 116). Il explique que le rôle social de la femme commence à la puberté, avec l'apparition de ses capacités potentielles de reproductrice. À ce moment de sa vie, la femme est contrôlée et orientée vers les alliances définies par sa communauté. Cependant, par la suite, lorsque la femme perd ses capacités de reproductrice, elle peut alors acquérir des capacités sociales, comme le pouvoir de décision. C'est le cas des femmes ménopausées dans certaines sociétés d'Afrique subsaharienne.

Ainsi nous percevons l'intérêt progressif de l'anthropologie pour la question des différences entre les hommes et les femmes et les questions de pouvoir qui entourent ces relations. Du fait de sa capacité de reproductrice la femme fait l'objet de politiques de contrainte de la part des sociétés, et notamment des hommes. Nous prenons aussi conscience de l'existence d'une idéologie de la subordination des femmes à l'œuvre, et bien souvent les femmes ne la contestent pas car plusieurs mythes des origines retracent les bienfaits de cette subordination. Nous verrons par la suite que l'« idéologie de la nature » (Guillaumin, 1992) reprend le rôle des mythes des origines pour justifier l'état de dépendance dans lequel se trouvent les femmes.

II - LA DIVISION SEXUEE DES TACHES SOCIALES

A - La société et l'individu

L'anthropologie a beaucoup étudié la question de la division de la production à partir des travaux d'Émile Durkheim (1930/2004), ainsi que l'organisation de la reproduction à partir des études de parenté initiées en France par C. Lévi-Strauss (1949). De même elle a étudié l'imbrication des modes de production⁵⁶ et des modes de reproduction⁵⁷ et nous apporte un éclairage sur leur connexion (Meillasoux, 1975/2005). Le mode de production et le mode de reproduction sont dépendants l'un de l'autre. Selon le mode de production, il y a un mode de reproduction approprié. Dans les sociétés de chasseurs-cueilleurs par exemple, il existe une limitation sociale des naissances, due aux déplacements réguliers des populations ; de même, les vieillards et les invalides ne sont pas pris en charge. Dans le mode de production agricole, les politiques de reproduction ont pour objectif la mise au monde de nombreux enfants, qui pourront servir de main d'œuvre pour les travaux des champs, ainsi que les futures alliances matrimoniales. De même, les mariages, dans les sociétés agricoles européennes traditionnelles, servaient à agrandir

⁵⁶ Le mode de production peut être basé par exemple sur l'autosubsistance, l'agriculture ou le commerce et l'artisanat.

⁵⁷ Le mode de reproduction peut être basé sur le mariage polygamique ou monogamique, sur des mariages préférentiels comme les mariages de cousins croisés, ou sur des pratiques comme le lévirat ou le sororat.

le patrimoine des familles. La société contraint les hommes et les femmes à produire et elle contraint les hommes, mais surtout les femmes à reproduire. Certaines sociétés établissent d'ailleurs très clairement un parallèle entre production et reproduction comme par exemple avec l'association entre la stérilité des femmes et la stérilité de la terre. Ainsi en témoigne cet extrait de l'anthropologue Odile Journet :

L'association procréation/fertilité des terres [...] se trouve directement mise en actes par des pratiques rituelles qui puisent leur efficacité dans le corps même des femmes : danses à forte connotation sexuelle [...] pour écarter les mauvais esprits qui menacent enfants et récoltes [...]. Ainsi la force de travail féminine est-elle revêtue d'un corps idéologique, qui la situe à une position stratégique dans le cycle de la production (Journet, 1985, p. 21).

Dans ce contexte, la stérilité des femmes et celle de la terre sont des malédictions pour les sociétés agricoles car elles sont annonciatrices de la mort sociale. Le corps biologique et individuel renvoie au corps social comme l'indique le titre de l'ouvrage de l'anthropologue Doris Bonnet (1988). Dans cette logique, les transgressions des individus peuvent amener le désordre social et provoquer, par ce fait même, la stérilité des femmes et de la terre comme en témoigne cette citation de D. Bonnet (1988) :

L'« autre monde » est donc la représentation potentielle du génésique et de la mort. Il exprime l'ordre temporel des générations auquel doit se soumettre tout individu s'il veut assurer la reproduction et donc la pérennité de son lignage et par conséquent de sa société. La condamnation de l'inceste met essentiellement l'accent sur le refus de se plier à cet ordre temporel des générations plus que sur l'interdit sexuel proprement dit. Ce qui est condamnable pour la société c'est que l'auteur de l'inceste en ayant, par exemple, une relation sexuelle avec une épouse de son père (co-épouse de sa mère) ou de son frère exprime par cet acte son désir de voir son père ou son frère mort. Il empiète du vivant de ceux-ci, sur une succession qui eut été légitime si ces parents avaient été décédés (pratique du lévirat). Ainsi il entâche de souillure, donc de stérilité, toutes les femmes de son lignage. L'acceptation de cet ordre temporel des générations, et par conséquent de cet autre monde, est la garantie de survie du lignage. Accepter la mort mais ne point la solliciter car devancer la mort, comme la retarder, peut rendre son lignage ou la terre stérile (p.23).

Elle explique ainsi que le comportement individuel et l'équilibre social sont imbriqués. Remettre en question la norme sociale, c'est causer la perte de la société, mort symbolisée par la stérilité des femmes et des terres. Les individus sont soumis à des règles sociales et reproductives et ne pas les respecter c'est mettre en danger sa société toute entière. La stérilité par exemple est perçue dans les sociétés africaines comme une punition due à la transgression d'un interdit. Ainsi transgresser les normes sociales, conduit à une sanction biologique et corporelle. De la même manière, poser un acte biologique et corporel interdit (par exemple un inceste) implique des conséquences sociales irréversibles. Dans les représentations sociales, production et reproduction sont liées, tout comme le sont l'individu et la société. Ils sont complémentaires et dépendants. Cet

apport de l'anthropologie sera intéressant dans cette étude pour comprendre comment la stérilité constitue non pas un problème individuel, mais plutôt un malheur social.

La reproduction sociale

Les sociétés exigent souvent une séparation des espaces sociaux, ainsi qu'une division des rôles sexuels pour ne pas perturber l'ordre social. Ainsi dans chaque société, certaines tâches sont dévolues aux femmes et d'autres aux hommes. Cette division sexuée suit généralement la distinction entre un travail productif, considéré comme masculin et travail reproductif, considéré comme féminin (Bereni *et al.*, 2008). Souvent tout ce qui concerne les enfants et le travail domestique incombe aux femmes, alors que les travaux d'extérieur incombent aux hommes. Les travaux des hommes sont toujours plus valorisés et souvent rétribués en argent ou en nourriture, alors que ceux des femmes sont souvent gratuits (Bereni *et al.*, 2008).

La reproduction est organisée de façon politique par les sociétés. Ainsi, selon O. Journet, « La reproduction physique est à l'évidence une donnée qu'aucune société, sinon dans l'idéologie, ne laisse aux seuls effets de la nature » (Journet, 1985, p. 17). Pour N.-C. Mathieu (2000), la reproduction est de caractère social et elle est une production où le produit est l'enfant. Les femmes « produisent » ou « fabriquent » les enfants. Ensuite, dans bien des cas, les hommes s'approprient ce produit (Meillassoux, 1975/2005). La violence exercée sur la femme est le moyen le plus simple pour obtenir la propriété de l'enfant et la déposséder de cette propriété. Elle est la productrice, mais non la propriétaire car elle produit au profit d'une communauté.

L'homme doit, dans beaucoup de sociétés, payer pour avoir une femme et cette compensation matrimoniale lui donne droit aux services reproductifs, sexuels, productifs et domestiques de sa femme (Tabet, 2004). Les sociétés contraignent, par une politique de reproduction, les femmes à avoir beaucoup d'enfants. L'accumulation d'enfants permet aux sociétés de développer leur puissance en ayant des guerriers et des producteurs. Elles instaurent des institutions telles que le mariage, la polygamie, la monogamie, le lévirat, le sororat pour la gestion de la reproduction. Ainsi Nicole Echard nous explique :

En Ader haussa, comme dans de nombreuses sociétés d'Afrique de l'Ouest [...], la finalité principale de la sexualité est déterminée par une exigence sociale, constamment et partout affirmée, celle de la reproduction biologique, perçue dans une perspective non pas tant de survie ou de stabilité démographique que d'expansion, l'argumentation du nombre des individus étant pensée comme génératrice de bien-être et de bonheur (Echard, 1985, p. 38).

Pour F. Héritier (1996), la reproduction humaine relèverait davantage du devoir social que du choix individuel ou conjugal. D'après elle : « Il semble qu'il s'agisse davantage d'un désir de descendance et d'un désir d'accomplissement plutôt que d'un désir d'enfant, et la nécessité d'accomplir un devoir envers soi-même et la collectivité plutôt que la revendication d'un droit à posséder » (p. 260). Ainsi la reproduction n'est pas gérée à un niveau individuel ou conjugal, mais plutôt à un niveau social. Dans ce contexte, la société, gérée par les anciens et les familles, décide

des alliances matrimoniales dans l'intérêt du lignage, des familles et non dans l'intérêt des individus.

B - La femme-nature et l'homme-culture

Dans les sociétés, la dichotomie entre nature et culture organise la conceptualisation des sexes. L'anthropologue féministe N.-C. Mathieu (2000) fait une analyse du texte de Sherry B. Ortner (1974) « *Is female to male as nature is to culture* » dans lequel elle montre comment les femmes sont associées à la nature en raison de leurs fonctions reproductrices. Premièrement, le corps de la femme et ses fonctions (gestation, allaitement) sont impliquées pour un temps plus long que celui de l'homme dans la reproduction. Ensuite, les fonctions physiologiques de la femme la placent dans des rôles sociaux considérés comme inférieur aux rôles des hommes dans le processus culturel. De par l'allaitement, le lien mère-enfant est vu comme naturel. De plus les enfants sont vus comme plus proches de la nature et rattachés aux femmes. Enfin, la structure psychique des femmes est orientée vers la fonction maternelle. Ces caractéristiques donnent à la femme une proximité avec la nature. Cependant N.-C. Mathieu (2000) indique la femme n'est pas plus proche de la nature que l'homme, mais certains éléments de sa situation physique, sociale et psychologique la font considérer ainsi :

À un premier degré, la conception occidentale du rapport entre les sexes et la nature prend la forme – consciente et largement répandue – qu'il existe une "naturalité" (entendre aussi une inéluctabilité) de la division sociale des tâches entre les sexes, basée sur l'idée d'une naturalité (entendre aussi universalité) du fonctionnement de la reproduction biologique (p121).

Ainsi de par leurs natures, l'homme serait culturel et la femme naturelle. En fait les femmes seraient prises au piège de leur nature biologique. N.-C. Mathieu dénonce avec ironie cette idéologie :

Au fond, pourrait-on dire, l'homme est biologiquement culturel... La femme au contraire serait biologiquement naturelle. Non seulement les femmes ne peuvent [...] penser par elles-mêmes l'originalité de la société à laquelle elles appartiennent, mais encore – et cette fois-ci pour des raisons « naturelles » et non pas politiques – elles ne sont pas capables d'opposer l'état de société à l'état de nature [...] (Mathieu, 1973, p. 107).

La sociologue Louise Vandelac (1986) propose de faire sortir la reproduction de l'état de Nature et de la nature des femmes. D'après elle la procréation n'est plus considérée comme une activité sociale au cœur des rapports sociaux de production et de reproduction mais comme un simple fait de nature. Pour elle, le discours de Nature a une fonction idéologico-politique :

Cette équation sexualité = procréation constitue donc l'un des plus habiles et des plus efficaces discours de Nature sur les sexualités, permettant de masquer les enjeux et les mécanismes de la domination sexuelle par un concept unique de sexualité, débouchant

sur une pseudo symétrie des sexualités féminines et masculines et sur leur complémentarité « naturelle » (p. 228).

Dans cette logique qui lie le masculin à la culture et le féminin à la nature, F. Héritier (1996) explique que le masculin est supérieur au féminin dans les représentations symboliques. Elle insiste sur le fait qu'il y ait un sexe « fort » et un sexe « faible » et précise que la « faiblesse naturelle » des femmes serait ce qui légitimerait pour les hommes leur assujettissement jusque dans leur corps. Pour comprendre ces représentations dichotomiques nous allons à présent recourir au concept de genre.

III - L'HISTOIRE DU CONCEPT DE GENRE

Dans cette thèse nous utilisons le concept de genre. Afin de comprendre ce que ce terme contient et quelles sont les recherches qui ont nourri ces conceptualisations, nous verrons brièvement les évolutions et les significations des théories du genre.

A - Les études psychologiques et psychiatriques : la naissance du genre

L'histoire du genre a débuté aux États-Unis avec l'émergence en psychiatrie et en psychologie des études sur des personnes naissant avec les deux sexes, appelées « hermaphrodites » ou par la suite « intersexes ». Le choix d'un sexe par la famille et par les médecins fut étudié parallèlement au vécu psychique des personnes opérées à la naissance ou dans l'enfance. Il est souvent arrivé que ces personnes ne se sentent pas en adéquation avec le sexe choisi pour elles par les médecins et par leur famille et qu'une bisexualité ait persisté dans leur existence⁵⁸. Par la suite, les médecins ont aussi été confrontés à des patients ne vivant pas en adéquation avec leur sexe biologique et désirant en changer par une opération médicale⁵⁹. En 1968, Robert Stoller établit une distinction entre le sexe biologique et l'identité sexuelle qui permettait d'expliquer le désir de changement de sexe (Dorlin, 2008a). À cette époque, il travaillait avec une équipe auprès de patients intersexes. John Money, un autre psychiatre et psychanalyste, réfléchissait avec une autre équipe sur les mêmes questions.

Par la suite les féministes se sont référées aux écrits laissés par ces psychiatres, mais ont remis en question certaines de leurs positions, notamment la confusion entre identité sexuelle, rôle sexuel et désir sexuel. Elles leur reprochaient aussi de mettre l'accent sur la différence entre

⁵⁸ Cf. Biographie Herculine Barbin, dans Foucault, M. (1978), *Herculine Barbin, dite Alexina B.* Paris : Gallimard.

⁵⁹ Cf. Califia P. (2003) *Le mouvement transgenre. Changer de sexe.* Paris :EPEL [1^{re} éd. en anglais : *Sex Changes : The Politics of Transgenderism*, San Francisco, Cleis Press, 1997].

« masculin » et « féminin », ce qui maintenait la dichotomie et bannissait l'ambivalence des rôles sexuels (Löwy, 2003).

B - Le mouvement féministe anglo-saxon

En 1972, avec la publication de *Sex, gender and society*, la sociologue Ann Oakley s'est appuyée sur les travaux du psychiatre et psychanalyste R. Stoller pour fonder la distinction entre « sexe » et « genre ». Elle a marqué l'émergence de ce concept dans la théorie féministe. Pour A. Oakley, le concept de genre a été utilisé pour définir les identités, les rôles, les valeurs, les représentations ou les attributs symboliques, féminins et masculins, comme les produits d'une socialisation des individus et non comme les effets d'une « nature » (Dorlin, 2008a). Cet ouvrage est un des premiers à définir le concept de genre comme « sexe social ». A. Oakley a défini le terme « sexe » comme dérivant des différences biologiques entre les hommes et les femmes et le terme « genre » comme étant lié à la classification sociale : le « masculin » et le « féminin » (Löwy, 2003). Cependant, pour la sociologue féministe C. Delphy (2008b), des éléments ont manqué à la définition d'A. Oakley comme l'asymétrie fondamentale et la hiérarchie entre les deux sexes.

Au début des années 1970, les féministes anglo-saxonnes ont adopté la distinction entre sexe biologique et genre socioculturel (Jami, 2003). Entre 1970 et 1980, deux grilles d'analyses ont encadré les recherches en Amérique du Nord et en Europe, un féminisme marxiste mettant l'accent sur les interactions entre capitalisme et patriarcat, compris comme deux formes distinctes de domination et un féminisme des sphères séparées mettant l'accent sur les cultures autonomes créées par des femmes (Lee Downs, 2005). À partir de 1975-1980, les féministes américaines ont poursuivi la réflexion sur des sphères séparées menant à une étude globale des distinctions sociales des sexes : les *gender studies*. Ces études se sont attachées au processus de définition du masculin et du féminin dans les sociétés pour comprendre comment les représentations du genre participaient à la création des réalités économiques et sociales (Lee Downs, 2005). Dans les années 1980, aux États-Unis, la théorisation s'est en partie fondée sur le concept de « différence » (Jami, 2003). La féministe américaine Evelyne Fox Keller (1985, cité par Jami, 2003) a insisté sur l'erreur que représente l'équivalence entre « femmes » et « genre », car le genre est un système de relations sociales, symboliques et psychiques, dans lequel les hommes et les femmes occupent des positions différentes.

Le genre a subi de profondes transformations dans sa conception même avec la diffusion de la pensée post-structuraliste basée sur l'analyse des discours, des représentations et de la construction des catégories sociales, comme chez l'historienne J. Scott et la philosophe J. Butler (Lee Downs, 2005). Le post-structuralisme a été un outil capable de transformer l'analyse sociale en analyse « genrée » de tout phénomène politique, social ou culturel. Il a mis l'accent sur la construction discursive des catégories sociales y compris les identités sexuées et la catégorie de « femmes » au pluriel. Il a fait valoir la question du pouvoir, car selon J. Scott (1988) « le genre est une façon première de signifier des rapports de pouvoir ». Pour ces féministes postmodernes, les « hommes » et les « femmes » sont des catégories construites par le discours (Jami, 2003).

La philosophe féministe américaine J. Butler a été l'une des fondatrices de la théorie *queer*. La politique *queer* cherche à libérer les sexes et les sexualités d'une normativité hétérosexuelle opprimante. Dans ce contexte, la pensée de J. Butler a ouvert un espace à l'expression et à la reconnaissance des homosexualités, aux *gay and lesbian studies*, puis aux *queer studies* tout en montrant la continuité entre la libération des femmes et celles des sexes et des sexualités opprimées par l'hétéro-normativité. Le mouvement *Queer* regroupe divers combats contre l'ordre social des sexes et des sexualités homosexuelles, hétérosexuelles, travesties, transsexuelles (Lee Downs, 2005). Les *Queer* considèrent que l'identité n'est pas stable et revendiquent une identité d'opposition et de combat contre la norme dominante. Une sexualité *queer* est une sexualité changeante et multiple. Dans cette même mouvance, l'identité « trans » remet en question le système de bicatégorisation du genre (Bereni *et al.*, 2008). Elle fait l'hypothèse d'un troisième sexe, d'un ou de plusieurs sexes indéterminés ou encore de l'absence de sexe ou de l'abolition du sexe comme catégorie classificatoire.

C - Le mouvement féministe français

En France un clivage a opposé le féminisme appelé « universaliste » ou « matérialiste » et le féminisme appelé « différencialiste » ou « essentialiste » (Bereni *et al.*, 2008). Le premier mouvement considérait que la cause des femmes évoluerait lorsque les comportements seraient moins marqués par des assignations sexuées. Le deuxième mouvement estimait, au contraire, que par la revalorisation du féminin et des expériences spécifiques des femmes, on établirait une lutte contre la domination masculine. Les féministes essentialistes ont été influencées par le féminisme anglo-américain, alors que les féministes matérialistes, dans le sillage de Simone de Beauvoir, ont lutté contre le « mythe » d'une quelconque essence féminine ou masculine (Bereni *et al.*, 2008). Les féministes matérialistes ont formulé un concept de « genre » synonyme de « rapport social de sexe » et l'ont critiqué comme forme de domination. Le genre comme rapport social, entré dans la catégorie des dominations et pouvait donc être comparé à d'autres formes de domination comme les rapports de classe ou de race.

En France, il y a eu une difficile acceptation du terme « genre ». Ce terme prêtait à confusion avec le genre grammatical et les études féministes ou sur les femmes étaient peu institutionnalisées. Les débats sur le genre ont été en rapport avec un conflit théorique, qui dans le mouvement des femmes des années 1970, s'est focalisé sur la « différence des sexes ». Ce conflit a consolidé l'antagonisme entre les deux positions divergentes sur les rapports entre sexe biologique et sexe social (Löwy et Rouch, 2003). Le terme « genre » a d'abord été utilisé pour remplacer le terme « femmes » avant d'être considéré comme une notion relationnelle impliquant les femmes et les hommes (Scott, 1988). Certains auteurs ont considéré que le terme « genre » naturalisait les études féministes en faisant disparaître le terme « femme » et qu'il dépolitisait l'approche féministe (Scott, 1988). D'une attention portée aux sexes et à leurs caractéristiques, présent dans l'étude des femmes, on est passé à un intérêt pour le sexe et les catégories qu'il sous-tend, c'est-à-dire le

principe même de catégorisation par sexe. Aujourd'hui en France les études sur le genre commencent à s'institutionnaliser à l'université⁶⁰.

VI - QU'EST-CE QUE LE GENRE ?

A - Le genre et le sexe comme constructions

Le concept de genre s'est élaboré conjointement au concept de « sexe ». La genèse du terme et la réflexion sur le genre ont été contemporaines de la production industrielle des hormones sexuelles qui étaient utilisées thérapeutiquement pour des problèmes biologiques ou génétiques comme les anomalies du sexe de naissance, le dysfonctionnement des organes reproductifs, les stérilités, ainsi que dans les cas de défaillances du désir sexuel (Löwy et Rouch, 2003). Les premières théorisations du genre, ont opposé le sexe (biologique) au genre (social) (Bereni *et al.*, 2008). Simone de Beauvoir est reconnue par les féministes des années 1970 comme celle qui jeta les bases d'une nouvelle définition du genre en étayant la distinction entre un sexe biologique inné et un sexe social imposé aux femmes (« on ne naît pas femme, on le devient »). Son insistance sur la perception et l'expérience qu'avaient les femmes de leur corps sexué et de leur sexualité, dans un entre-deux biologique et social, a fait du corps le pivot et l'enjeu de la réflexion sur la distinction entre sexe et genre (Löwy et Rouch, 2003).

Le sexe est construit

Dans la deuxième vague des théories du genre, celui-ci n'est plus déterminé par le sexe, car le sexe lui-même n'est plus appréhendé comme une réalité naturelle (Bereni *et al.*, 2008). Le genre n'est plus identifié à un « sexe social ». Selon la sociologue C. Delphy, ce n'est pas le genre qui est construit sur la base de la différence du sexe biologique, mais le sexe lui-même qui est socialement construit. Pour elle, le sexe et le genre renvoient au social et le genre précède le sexe. Dans cette hypothèse, le sexe est simplement un marqueur de la division sociale :

Un pas considérable a été franchi dans le milieu des années 1970 avec la création (dans le monde anglophone) du concept de genre [...]. Ce concept alliait, lors de sa création, en un mot, et la reconnaissance de l'aspect social de la dichotomie « sexuelle », et la nécessité de le traiter comme tel, et le détachait en conséquence de l'aspect anatomico-biologique du sexe. Le genre possède, au moins potentiellement, le moyen de déplacer le regard des rôles de sexe vers la construction même de ces « sexes » [...] (Delphy, 2008a, p. 31).

⁶⁰ Master « Genre, politique et sexualité » à l'EHESS, Master « Genre, égalité et politiques sociales » à Toulouse Le Mirail, le Centre d'études féminines et d'études de genre de l'Université Paris 8.

L'historien T. Laqueur (1992a) a retracé l'histoire des représentations autour du sexe féminin et du sexe masculin en Occident. Selon lui : « La nature du sexe [...] est le résultat non pas de la biologie mais de nos besoins d'en parler » (p. 131) et précise que le sexe est construit et recouvre une polysémie presque infinie (Laqueur, 1992b). Il explique qu'historiquement, les médecins ont construit le modèle du « sexe unique ». Dans l'entendement des médecins de la Renaissance, il ne devait y avoir qu'un seul sexe biologique, mais deux sexes sociaux, au moins, avec des droits et des obligations qui différaient. Les deux sexes sociaux passaient pour naturels. T. Laqueur affirme ensuite que la différence des sexes fût créée pour fonder la naturalité de la distinction sociale entre les hommes et les femmes et mettre en lumière leur différence. Le sexe prit la place du genre en tant que catégorie fondatrice première. Ainsi les féministes, influencées par l'apport de l'histoire sur cette question, ont progressivement pris conscience que le « sexe » n'était pas une donnée naturelle, mais qu'elle était tout aussi construite que le « genre ».

B - Le genre construit le sexe

À partir de 1970, le concept féministe de « genre » a émané comme relation de domination. La nouvelle définition du genre fut développée dans les pays anglo-saxons dans les années 1970-1980 (Löwy et Rouch, 2003). Le genre devint le principe de division par sexe (Bereni *et al.*, 2008). Il devint un rapport social dichotomisant en deux sexes antagonistes : hommes et femmes et il divisait de façon hiérarchique. Pour N.-C. Mathieu (1991a), « le genre a trait non pas à la différence, mais à la différenciation sociale des sexes » (p. 69). Selon la philosophe E. Dorlin (2008), dans le sexe biologique, il y a du genre et « les traces d'une gestion sociale de la reproduction, c'est-à-dire, une identité sexuelle (de genre et de sexualité) imposée, assignée » (p. 38). Selon T. Laqueur, le genre a institué le sexe :

[...] dans les textes antérieurs aux Lumières, et dans certains plus tardifs, il faut à mon sens comprendre le sexe, ou le corps, comme l'épiphénomène tandis que le genre, ce que nous prendrions pour une catégorie culturelle, était premier ou « réel ». Le genre – homme et femme – importait énormément et faisait partie de l'ordre des choses ; le sexe était une convention, même si la terminologie moderne rend absurde pareil réaménagement. À tout le moins, dans le « modèle unisexe » le sexe et le genre, ainsi que nous les appelons, étaient explicitement liés dans un cercle de significations auquel il était impossible de s'échapper vers un hypothétique substrat biologique suivant la stratégie des Lumières. Dans le monde du sexe unique, c'est précisément lorsque le discours paraît porter le plus directement sur la biologie des deux sexes qu'il est le plus prisonnier de la politique du genre, de la culture. Être homme ou femme, c'était tenir un rang social, une place dans la société, assumer un rôle culturel, non pas être organiquement l'un ou l'autre de deux sexes incommensurables (Laqueur, 1992b, p. 21-22).

C. Delphy (2008b) explique que le genre précède le sexe et il lui donne toute sa signification : « [...] si le genre n'existait pas, ce qu'on appelle le sexe serait dénué de signification, et ne serait pas perçu comme important : ce ne serait qu'une différence physique parmi d'autres »

(p. 27). Selon elle, le genre n'est pas simplement un système de différenciation, mais il est aussi un système de domination :

[...] c'est l'oppression qui crée le genre : que la hiérarchie de la division du travail est antérieure, d'un point de vue logique, à la division technique du travail et crée de celle-ci : crée les rôles sexuels, ce qu'on appelle le genre ; et que le genre à son tour crée le sexe anatomique dans le sens de cette partition hiérarchique de l'humanité en deux transforme en distinction pertinente pour la pratique sociale une différence anatomique en elle-même dépourvue d'implication sociale ; que la pratique sociale et elle seule transforme en catégorie de pensée un fait physique en lui-même dépourvu de sens comme tous les faits physiques (Delphy, 2008b, p. 229).

Pour l'historienne J. Scott (1988), le genre peut être une façon première de signifier des rapports de pouvoir. Il devient impliqué dans la conception et la construction du pouvoir lui-même. Selon E. Dorlin, le genre peut se définir comme « un rapport de pouvoir qui assure sa reproduction en partie grâce aux mutations du système catégoriel qu'il produit et sur lequel il s'adosse » (p. 54) et précise que son histoire est celle de ses multiples crises et mutations.

Alors si le sexe ne détermine pas le genre, mais qu'au contraire, le genre institue le sexe ou les sexes et les différencie, alors on peut se questionner sur la nécessité de cette différenciation. Pourquoi est-il nécessaire que les deux sexes soient différenciés ? T. Laqueur a en effet indiqué que dans l'histoire occidentale ils n'ont pas toujours été perçus comme étant différents. Selon la philosophe J. Butler les identités sexuelles peuvent varier autant qu'elles le désirent. Elle affirme : « [...] même si la morphologie et la constitution des corps paraissent confirmer l'existence de deux et seulement deux sexes [...], rien ne nous autorise à penser que les genres devraient aussi s'en tenir au nombre de deux » (Butler, 2005, p. 67). Ainsi la définition du sexe pourrait s'élargir et ne plus être prisonnière de la différenciation entre homme et femme. Selon la romancière et théoricienne féministe M. Wittig, il existerait plus de possibilités que celles qui existent actuellement : « Pour nous, il existe semble-t-il non pas un ou deux sexes mais autant de sexes qu'il y a d'individus » (Wittig, 2001, p. 86). Ainsi le genre en tant que créateur des sexes, ne semble pas être une identité figée, mais semble performer, muter face aux grands changements sociaux.

Comme nous venons de le comprendre, le concept de genre a beaucoup évolué depuis sa création et son appropriation par les féministes. La question est de savoir de quelle manière nous allons nous en servir dans cette réflexion de thèse. Nous pensons qu'il est important de faire un choix théorique et pratique dès à présent pour ne pas perdre le lecteur dans la polysémie du genre. Dans cette thèse, nous utilisons le genre pour désigner le système politique et idéologique qui produit des normes (normes de genre) pour organiser la reproduction et pour contraindre les individus à suivre ces normes. La contrainte, comme nous allons le découvrir dans le chapitre suivant est assurée par plusieurs institutions : le mariage, l'hétérosexualité, la violence, le monopole des moyens de production, la famille. De même, le système de genre crée les sexes (féminin et masculin) et la hiérarchie entre les sexes. Enfin le système de genre repose sur une puissante idéologie (« idéologie de la Nature ») qui est certainement sa plus grande force car elle se

cache sous une prétendue nature qu'il serait impossible de transformer. Puisque le genre est un outil d'analyse, il nous semble intéressant de l'exploiter dans cette définition et non dans une autre.



Ce chapitre a retracé notre cheminement de pensée, passant de l'anthropologie, science importante dans l'étude des dominations, à une bibliographie des études féministes et des études de genre. Certains anthropologues ont questionné la domination des hommes et la subordination des femmes et c'est sur ces auteurs que nous avons pris appui avant d'aborder l'étude d'une bibliographie sur le genre. L'élaboration du concept de genre a été possible grâce à des chercheuses féministes provenant de plusieurs disciplines de sciences humaines et sociales et parfois de sciences dites « dures ». Le genre est un concept pertinent pour l'anthropologie pouvant lui permettre d'approfondir ses recherches sur les rapports de domination entre les sexes. Ainsi, à travers les références anthropologiques que nous avons sollicitées et les théories du genre portant sur la reproduction, nous comprenons que le système genre construit les sexes, les divise et introduit une hiérarchie entre eux. Cette division a pour but une organisation optimale de la reproduction. Cette organisation sociale contraint les individus à travers leurs corps, leur sexualité car ils sont les « corps reproducteurs » de leur société (Tain, 2013a). Ainsi c'est sur cette vision du genre que cette thèse va prendre appui. Le genre n'est pas pour nous l'aspect social du sexe, comme dans les premières définitions du genre, mais il est le système qui organise les identités sexuelles et la reproduction en instaurant des normes auxquelles doivent se conformer les individus, s'ils ne veulent pas être rejetés par leur groupe, leur société.

CHAPITRE 2.

LE GENRE DANS LA REPRODUCTION

Nous venons d'étudier les questionnements de l'anthropologie sur le statut des femmes et sur la hiérarchie entre les sexes et nous avons retracé l'historique du concept de genre. À présent, nous allons examiner les grandes théories du genre concernant l'organisation de la reproduction et percevoir comment le genre est passé d'un rôle social imposé par le sexe à un système qui définit les sexes « masculin » et « féminin », les sexualités et l'organisation de la reproduction. Il s'agit ici de comprendre en quoi le genre est un système qui organise la reproduction et quels sont ses outils pour contraindre les individus à la reproduction. Nous étudierons ensuite comment le genre a fait son apparition sur le continent africain à travers les féminismes africains, le *Black feminism* et les études de genre et développement. Nous aboutirons au concept d'intersectionnalité qui permet de penser les dominations dans leur imbrication.

I - L'APPROPRIATION DES FEMMES

A - Le patriarcat comme ennemi principal

Pour souligner à la fois le caractère systématique et omniprésent de la domination masculine, des théoriciennes recourent au concept de « patriarcat » (Bereni *et al.*, 2008). Pour les féministes matérialistes le genre peut être pensé comme synonyme de « patriarcat » ou d'« oppression des femmes ». Selon la sociologue féministe Christine Delphy (2008b), les féministes ont réinventé le concept de patriarcat en lui attribuant un sens politique. Le patriarcat est à comprendre comme un système politique fondé sur l'oppression des femmes :

[...] la raison profonde de la transformation de ce terme en concept majeur d'une théorie de la situation des femmes, c'est la perception que l'oppression des femmes fait système. Cette perception découle du postulat premier et commun qui fonde le nouveau féminisme : l'oppression des femmes n'est ni un phénomène individuel ni un phénomène naturel, mais un phénomène politique (Delphy, 2008b, p. 224).

Selon elle, le patriarcat est l'oppression commune et principale des femmes car il touche toutes les femmes mariées. Elle signale que l'obligation de fournir des services domestiques gratuits n'est subie que par les femmes et que, sur le marché du travail, les femmes sont exploitées par la classe des hommes. Le contrôle de la reproduction constitue le deuxième volet de l'oppression des femmes. Ces deux exploitations sont conditionnées et renforcées l'une par l'autre et reposent sur le même cadre institutionnel de la famille (Delphy, 2008a). Pour l'auteure, la fin de

l'oppression des femmes implique la destruction totale du système de production et de reproduction patriarcal et donc un bouleversement total des bases de toutes les sociétés. Ainsi, le système de genre organise la reproduction et il le fait de manière contraignante. Son premier outil pour assurer l'organisation de la reproduction est ce que certaines chercheuses nomment le patriarcat et qui est en fait cette relation hiérarchique et universelle entre les hommes et les femmes. Le genre est un système politique sur lequel repose toutes les sociétés.

B - L'idéologie de la Nature

La sociologue féministe Colette Guillaumin (1992) construit le terme de « sexage » à partir d'autres termes comme « esclavage » et « servage ». Elle définit le « sexage » comme « l'appropriation matérielle de la classe des femmes par la classe des hommes » (p. 36). Selon elle, les femmes ne possèdent ni leur force de travail, ni leur force de reproduction. Elle explique que « les rapports de sexage » sont les expressions d'un rapport d'appropriation représenté par l'appropriation du temps, des produits du corps, l'obligation sexuelle et la charge physique des membres invalides du groupe comme les bébés ou les vieillards, ainsi que les membres valides de sexe masculin (p. 20). Chez C. Guillaumin, l'oppression des femmes n'est pas seulement une exploitation de la force de travail mais elle est une appropriation du corps entier de la femme par tous les hommes, compris comme « classe dominante » (Dorlin, 2008a). Les moyens de l'appropriation de la classe des femmes sont représentés par le marché du travail, le confinement dans l'espace, la démonstration de force, la contrainte sexuelle, l'arsenal juridique et le droit coutumier. Selon C. Guillaumin, l'« idée de nature » est la pièce maîtresse de l'oppression des femmes car elle est l'illusion selon laquelle la domination des hommes sur les femmes serait due à la nature et d'autre part, la perception des femmes comme étant « plus naturelles » que les hommes :

[...] s'il y a bien une nature propre à chacun des groupes, l'une de ces natures tend à la nature alors que l'autre tend à la culture (à la civilisation, à la technique, à la pensée, à la religion, etc.). [...] la nature tend ici, dans CE groupe (le groupe des hommes), à se transcender elle-même, à se distancier, à se transformer, ou se dominer, etc. Et une autre nature, celle-là fondamentale, immobile, permanente (celle des femmes, des dominés en général) se manifeste principalement dans une pratique répétitive et fantasque, permanente et explosive, cyclique, mais en aucun cas n'entretenant avec elle-même et le monde extérieur des rapports dialectiques et antagonistes, une pure nature, qui se redouble elle-même (Guillaumin, 1992, p.74).

C. Guillaumin dénonce ce discours idéologique sur la nature des femmes et précise que dans les processus de domination en général, les dominés sont toujours renvoyés à la nature, alors que les dominants sont renvoyés à la culture : « les dominés sont dans la Nature et la subissent, alors que les dominants surgissent de la nature et l'organisent » (p. 78). Le système de genre s'appuie sur cette idéologie de la nature, dénoncée entre autres par C. Guillaumin, pour organiser la reproduction.

C - L'échange économique-sexuel

Selon l'anthropologue féministe Paola Tabet (1998), les hommes ont le monopole des outils et des ressources et utilisent le surtravail des femmes, qu'il s'agisse de travail agricole ou de production domestique. Ce travail des femmes est considéré comme gratuit. La division sexuelle du travail, l'accès différencié des femmes et des hommes aux moyens de production et à la connaissance, les différences de salaires et le travail domestique gratuit des femmes induisent la hiérarchie entre les sexes. L'appropriation sexuelle du corps des femmes réalisée au moyen de la violence et de l'empêchement à la connaissance est la base et l'instrument de l'appropriation de leur travail. Le sous-équipement des femmes les rend « utilisables comme outils dans le travail, dans la reproduction, dans l'exploitation sexuelle » (p.19). Ce monopole masculin des moyens de production et des outils induit la domination masculine car les femmes ne peuvent pas se fabriquer des armes et dépendent des hommes pour l'accès aux instruments de la production. Elle explique :

Le contrôle par les hommes de la production et de l'emploi des outils et des armes est confirmé comme étant la condition nécessaire de leur pouvoir sur les femmes, basé à la fois sur la violence (monopole masculin des armes) et sur le sous-équipement des femmes (monopole masculin des outils). Condition sans laquelle ils auraient difficilement pu atteindre une appropriation aussi totale des femmes, une telle utilisation dans le travail, la sexualité, la reproduction de l'espèce (Tabet, 1998, p.74-75).

Elle décrit le phénomène de l'« échange économique-sexuel » indiquant le fait que les femmes, exclues du système de production, soient obligées de recourir à leur sexe comme moyen de subsistance, soit dans le cadre du mariage, soit dans la prostitution :

Dans cette construction, c'est le rapport économique-sexuel qui apparaît comme un point focal. La structure générale de la division du travail et, avec elle, l'inégalité d'accès aux ressources font que les femmes dépendent de leur travail sexuel et que le sexe est défini comme leur capital, leur terre ou leur moyen d'échange, tant dans les relations de mariage et de reproduction, que dans les relations non-matrimoniales. Peut-on dire que l'inégalité d'accès des femmes aux ressources génère (ou impose ?) l'utilisation du sexe comme ressource ? Et de la sexualité comme service ? (Tabet, 2004, p. 149).

P. Tabet (2004) analyse le « processus d'aliénation de la sexualité des femmes » par la classe masculine (p. 36). La relation entre homme et femme induit une non-réciprocité car les femmes ne sont pas des partenaires de la transaction mais des objets de l'échange. Il en découle sur le plan sexuel et domestique, une asymétrie telle que les femmes ne peuvent fournir rien d'autre que des services. Ainsi, la sexualité féminine a été transformée en une « sexualité de services » (p. 51). Dans ce contexte de l'échange économique-sexuel, la sexualité est un échange asymétrique entre hommes et femmes : elle n'est pas de la sexualité échangée contre de la sexualité, mais une compensation masculine pour une prestation féminine. Ce paiement peut revêtir des formes variées comme des dons, des compensations en argent, des emplois, du prestige ou un statut social en échange d'une sexualité transformée en service.

Pour P. Tabet (1998), les femmes sont les « corps-outils de la reproduction » (p. 101). Dans la reproduction, l'objet de travail est le corps des femmes : « Le procès s'effectue à l'intérieur du corps avec les matériaux métabolisés par l'organisme maternel » (p. 159). La reproduction est un travail où les outils ne sont pas détachés du corps féminin. Ainsi, dans la reproduction, l'appropriation des instruments de travail consiste en la mainmise sur les reproductrices elles-mêmes. Elle se questionne sur le statut à donner à la reproduction :

La reproduction fait l'objet d'un traitement social dans toutes ses étapes. Ce traitement ou contrôle prend la forme générale d'une contrainte à la reproduction, contrainte exercée par les hommes sur les femmes. Le caractère social de l'activité reproductive exige qu'on s'interroge sur son statut en tant qu'activité, sur son classement parmi les activités humaines : est-ce du travail ? Peut-on appliquer à la reproduction les notions de travail aliéné, d'exploitation, d'appropriation-expropriation du produit (Tabet, 1998, p. 86).

D'après elle, le contrôle de la reproduction passe par le contrôle de la sexualité des femmes. La sexualité reproductive est une sexualité de contrainte dans laquelle le plaisir n'a pas sa place. Elle voit le mariage comme une « institution reproductive » et une « appropriation du corps des femmes dans un but reproductif » (p. 95). Dans le mariage, le mari acquiert l'usage sexuel et reproductif, ainsi que l'usage de la force de travail de son épouse. Il existe une soumission collective des femmes et une soumission de chaque femme par le mariage car il est « l'institution qui semble garantir le maximum de probabilité de fécondité » (Tabet, 1998, p. 91). Par ce qu'elle nomme « échange économique-sexuel », P. Tabet indique comment les femmes sont contraintes de recourir à leur sexe comme moyen d'échange contre leur subsistance. L'organisation de la reproduction est assurée par l'institution du mariage et de la violence, mais aussi par le monopole masculin des moyens de production et des armes. La sexualité des femmes est contrainte à être au service de la reproduction.

II - L'HÉTÉROSEXUALITÉ COMME OBLIGATION ?

A - La norme hétérosexuelle

Selon Hurtig *et al.* (1991), la complémentarité entre les sexes est désignée comme « naturelle » du fait de la reproduction. Le rapport entre les sexes est alors réduit à « l'hétérosexualité procréative » (p. 12). Selon la féministe H. Rouch, cette division entre les sexes n'a d'existence que pour la reproduction et détermine une forme de sexualité :

[...] la nomination du sexe dans sa répartition en deux catégories vise moins à assigner un sexe morphologique qu'une forme de sexualité précise et une place déterminée socialement dans la saga reproductive. Cela aboutit « naturellement » à faire deux sexes, puisqu'il en faudra deux pour faire la reproduction. Ce qui veut dire que, dès le départ, dès la naissance, la nomination du sexe (par les attributs externes) désigne une

assignation à la fonction reproductive et conduit à une définition de la norme de la sexualité soumise à cette fonction (hétérosexualité) (Rouch, 1989, p. 150-151).

La différenciation des sexes féminin et masculin n'a donc d'importance que pour indiquer le rôle qu'ils doivent tenir dans la reproduction. L'anthropologue féministe Gayle Rubin (1998) développe une théorie matérialiste du « sexe/genre ». Ce système peut être sexuellement égalitaire, au moins en théorie où il peut être « stratifié selon le genre » (p. 7). L'organisation sociale du sexe repose sur le genre, l'hétérosexualité obligatoire et la contrainte de la sexualité des femmes. La division des sexes opprime les hommes et les femmes dans leurs existences en leur imposant une division rigide de la personnalité. Le but de cette division est le mariage : « [...] on impose un genre aux individus afin de garantir le mariage » (p. 14) et le genre crée l'hétérosexualité :

Le genre n'est pas seulement l'identification à un sexe ; il entraîne aussi que le désir sexuel soit orienté vers l'autre sexe. La division sexuelle du travail entre en jeu dans les deux aspects du genre – elle les crée homme et femme, et elle les crée hétérosexuels (p. 14-15).

Dans cette logique G. Rubin considère qu'une révolution féministe complète libérerait plus que les femmes, en éliminant aussi les sexualités obligatoires et des rôles de sexe. Elle libérerait « la personnalité humaine de la camisole de force du genre » (p. 26). La philosophe J. Butler (2005) explique que dans l'analyse de G. Rubin l'effondrement du caractère obligatoire de l'hétérosexualité entraînerait l'effondrement du genre lui-même. Dans cette même logique, la romancière et théoricienne féministe M. Wittig (2001) propose la notion de « contrat hétérosexuel » renvoyant au contrat social des philosophes du XVIII^{ème} siècle. Pour elle, l'hétérosexualité est un régime politique fondé sur « l'esclavagisation des femmes » (p. 13). De même elle est convaincue que l'hétérosexualité n'a existé qu'en opposition au mot d'homosexualité :

L'hétérosexualité allait tellement de soi qu'elle n'avait pas de nom. C'était la norme sociale. C'est le contrat social. C'est un régime politique. Des juristes ne l'appelleraient pas une institution, ou pour le dire autrement, l'hétérosexualité en tant qu'institution n'a pas d'existence juridique. Les anthropologues, les ethnologues, les sociologues la perçoivent peut-être comme une institution, mais une institution dont on ne parle pas, dont on n'écrit pas. Car il y a un présupposé, un déjà-là, du social d'avant le social : l'existence de deux (pourquoi deux ?) groupes artificiellement distincts, les hommes et les femmes. Les « hommes » entrent dans l'ordre social comme des titres déjà socialisés, les « femmes » restent des titres naturels (p. 67).

Cet extrait de M. Wittig démontre que l'hétérosexualité est une institution qui repose sur l'idéologie de la Nature et qui exclut les autres formes de sexualités. Pour M. Wittig, les catégories « hommes » et « femmes » sont des catégories politiques qui doivent être détruites pour être libérées du genre. M. Wittig prétend que la « vraie femme » est un mythe, car « la femme n'est pas chacun de nous mais une construction politique et idéologique qui nie « les femmes » [...] » (p. 49). Elle pose la question de ce qu'est une « vraie femme » :

Avoir une conscience lesbienne, c'est ne jamais oublier à quel point être « la-femme » était pour nous « contre-nature », contraignant, totalement opprimant et destructeur dans le bon vieux temps d'avant le mouvement de libération des femmes. C'était une contrainte politique et celles qui y résistaient étaient accusées ne pas être des « vraies » femmes. Mais dans ce temps-là nous en étions fières puisque dans l'accusation il y avait déjà comme une ombre de victoire : l'aveu par l'opresseur qu'être « femme » n'est pas quelque chose qui va de soi, puisque pour en être une, il faut en être une « vraie » (et les autres donc ?) (p. 46).

Cette interrogation sur la vraie femme est importante pour nous dans cette recherche. Nous comprendrons effectivement que dans le contexte sénégalais, les femmes infertiles ne sont pas perçues comme étant de vraies femmes. Alors qu'ici, M. Wittig évoque le fait que les lesbiennes ne sont pas considérées comme de vraies femmes. Ainsi se pose la question du « vrai » : vrai par rapport à quoi et dans quel contexte ? Qui juge du vrai ? M. Wittig pense que la société hétérosexuelle n'opprime pas seulement les homosexuels, mais opprime tous ceux qui sortent de son cadre : « elle opprime beaucoup d'autres-différents, elle opprime toutes les femmes et de nombreuses catégories d'hommes, tous ceux qui sont dans la situation de dominés » (p. 58). Nous pouvons, de notre côté, nous demander si les femmes stériles entrent dans cette catégorie « d'autre-différent » et de « dominé » décrit par M. Wittig, par rapport à la norme de la « vraie femme ». Nous développerons cet aspect dans la deuxième partie de la thèse.

Il est ici démontré que les catégories « homme » et « femme » sont des créations du genre. Leur but est d'assurer une reproduction de qualité basée sur le couple hétérosexuel et l'hétérosexualité comme seul mode possible de reproduction⁶¹. L'hétérosexualité et les catégories d'homme et de femme feraient ainsi partie du système de genre et de son idéologie. Ainsi la question que nous nous posons est : « homme », « femme » et « hétérosexualité » sont-ils des catégories naturelles ou construites comme viennent de le démontrer ces chercheuses ? Nous verrons que cette question a toute son importance pour la suite de cette étude.

B - La performativité du genre

Pour la philosophe féministe américaine Judith Butler, c'est dans le discours que le sujet se construit pour élaborer son propre concept de genre comme « performance » (Lee Downs, 2005). D'après J. Butler, on ne naît pas homme ou femme, on le devient en jouant son sexe. Des structures discursives préexistantes déterminent les représentations, mais il existe tout de même une liberté dans ces structures, grâce à la performativité du genre.

J. Butler pense que les individus deviennent humains dans un monde de normes et que c'est l'idéologie qui les construit à travers le système du genre. Ainsi en témoigne cet extrait de F. Brugère sur l'oeuvre de Butler : « [...] le genre participe massivement à la définition d'un individu

⁶¹ Dans le troisième chapitre nous verrons en quoi l'AMP propose d'autres modes reproductifs.

pris dans les normes et soumis à une structure sexuée disciplinaire » (Brugère, 2009, p. 80). Le genre, selon J. Butler, n'a pas d'origine, pas de nature, mais il doit être compris à travers les normes hétérosexistes qui se cachent derrière l'idée de nature. Pour elle, les normes de genre instituent l'hétérosexualité, ainsi que les catégories d'« homme » et de « femme » :

La perte des normes de genre aurait pour conséquences de faire proliférer les configurations du genre, de déstabiliser l'identité substantive et de priver les récits naturalisants de l'hétérosexualité obligatoire de leurs personnages principaux : l'« homme » et la « femme » (Butler, 1990/2005, p. 273).

J. Butler s'intéresse à la manière dont les individus incorporent les normes et les parasitent dans les mêmes moments par les circuits de désir auxquels elles renvoient (Brugère et Le Blanc, 2009). Selon J. Butler, l'individu n'échappe jamais aux normes, mais il peut les troubler. Elle propose alors un féminisme de la subversion. Pour J. Butler, troubler le genre, c'est opter pour un choix militant en faveur de modes de vies minoritaires. Le genre représente des manières d'agir qui n'ont pas d'original, pas de point de départ. Ainsi pour J. Butler :

Si les attributs et les actes de genre, les différentes manières dont un corps montre ou produit sa signification culturelle sont performatifs, alors il n'y a pas d'identité préexistante à l'aune de laquelle jauger un acte ou un attribut ; tout acte du genre ne serait ni vrai ni faux, réel ou déformé, et le présupposé selon lequel il y aurait une vraie identité de genre se révélerait être une fiction régulatrice. Si la réalité du genre est créée par des performances sociales ininterrompues, cela veut dire que l'idée même d'un sexe essentiel, de masculinité ou de féminité - vraie ou éternelle -, relève de la même stratégie de dissimulation du caractère performatif du genre et des possibilités performatives de faire proliférer les configurations du genre en dehors des cadres restrictifs de la domination masculine et de l'hétérosexualité obligatoire. Les genres ne peuvent être ni vrais ni faux, ni réalités ni simples apparences, ni des originaux ni des imitations. Dans la mesure où l'on porte de manière crédible ces attributs de genre, on peut les rendre vraiment et absolument incroyables (Butler, 1990/2005, p. 266).

Le genre ne serait pas une structure fixe, mais modifiable par les volontés des individus. Cette idée développée par J. Butler signifie que le système de genre peut être transformé, troublé par les individus. À travers cette thèse nous tenterons justement de voir si les nouvelles technologies de reproduction, comme traitement de l'infertilité, peuvent permettre une modification de ce système. De même l'idée, sous-jacente à cette performativité du genre est celle de la possibilité d'une sexualité libérée de l'hétérosexualité obligatoire aux fins reproductives.

III - LES LIMITES DU FEMINISME OCCIDENTAL : L'OUBLI DES AUTRES DOMINATIONS

Dans les années 1960-1970, le féminisme a essuyé des critiques internes concernant le fait que certaines dominations, autres que celle du genre, étaient sous-évaluées par les militantes des classes sociales aisées et blanches. Les féministes afro-américaines ont créé le *Black feminism* pour marquer leur opposition à une pensée blanche homogénéisante. Elles ont mis en avant le fait que d'autres dominations venaient croiser la domination de genre. C'est dans cette veine que c'est forgé le concept d'intersectionnalité. Les féministes africaines et les études en genre et développement sont elles aussi venues pallier une défaillance du féminisme occidental : la difficulté de prendre en compte différentes formes de domination exercées sur les femmes.

A - Le *Black feminism* et l'intersectionnalité

Le Black feminism

Le *Black feminism* recouvre la pensée et le mouvement des féministes afro-américaines en tant qu'ils diffèrent du féminisme états-unien, héritier des systèmes esclavagistes, puis ségrégationnistes (Dorlin, 2008b). Il a représenté une révolution politique et théorique pour l'ensemble des féministes nord-américaines. Ce courant de pensée a redéfini la domination du genre en la confrontant à d'autres rapports de pouvoir comme le racisme et le rapport de classe. Ainsi les féministes latino-américaines, sino-américaines ou du « Tiers-monde » ont pu se retrouver dans le combat idéologique mené par le *Black feminism* (Dorlin, 2008b). En effet ce mouvement a combattu une multitude de dominations de manière simultanée, comme le confirme cet extrait du Combahee River Collective⁶² :

La définition la plus large de notre politique actuelle peut se résumer comme suit : nous sommes activement engagées dans la lutte contre l'oppression raciste, sexuelle, hétérosexuelle et de classe et nous nous donnons pour tâche particulière de développer une analyse et une pratique intégrées, basées sur le fait que les principaux systèmes d'oppression créent les conditions dans lesquelles nous vivons. En tant que femmes Noires, nous voyons le féminisme Noir comme le mouvement politique logique pour combattre les oppressions multiples et simultanées qu'affrontent l'ensemble des femmes de couleur (Combahee River Collective, 2010, p. 59-60).

Ainsi le *Black feminism* a regroupé toutes les « femmes de couleur » face à une pensée féministe blanche occidentale. Selon S. Chauvin et A. Jaunait (2012) : « S'il était affirmé que le patriarcat n'est pas la forme universelle de l'oppression des femmes, il s'agissait surtout de mettre en lumière le fait que certaines femmes ne sont pas représentées dans les luttes antipatriarcales » (p. 8).

⁶² Groupe féministe Noir de Boston qui débuta ses réunions en 1974.

L'intersectionnalité

Selon P. Lenel et V. Martin (2012), l'intersectionnalité est issu du courant de recherche des *Subaltern studies* ; il est au cœur des questions identitaires et conçoit les systèmes d'oppression comme « inter-reliés (*interlocked*) » (p. 138). Ce concept vient de la pensée féministe, afro-américaine « désireuse de penser le sexe, la race et la classe de manière articulée, non cumulative ou additive » (p. 138). Ils expliquent la pertinence de ce concept pour penser l'ensemble des dominations :

L'intersectionnalité renvoie à une théorie transdisciplinaire visant à appréhender la complexité des identités et des inégalités sociales par une approche intégrée : elle réfute le cloisonnement et la hiérarchisation des grands axes de la différenciation sociale (sexe/genre, classe, race, ethnicité, âge, handicap, orientation sexuelle). L'intersectionnalité postule leur interaction dans la production et la reproduction des inégalités sociales. [...] il nous paraît constituer un cadre théorique pertinent afin de penser la domination sous tous ses aspects (p. 139).

L'intersectionnalité désigne donc la réflexion politique concernant la situation des individus subissant simultanément plusieurs formes de domination (Bereni *et al.*, 2008). Elle est l'expression par laquelle on désigne l'appréhension croisée des rapports de pouvoir. Ce concept a été élaboré en 1989 par la juriste américaine Kimberlé W. Crenshaw (Dorlin, 2009/2010). Elle renvoie à la difficulté des mouvements sociaux à prendre en charge ces situations de dominations multiples. Le slogan « *We are one, we are woman* » des féministes blanches américaines revendique une identité unitaire qui fut remise en cause par des femmes de couleur, des lesbiennes et des femmes pauvres, pour lesquelles la domination masculine n'était pas la domination la plus forte qu'elles subissaient (Lee Downs, 2005). K. W. Crenshaw (2005) explique : « Cette focalisation sur les intersections de la race et du genre vise uniquement à mettre en lumière la nécessité de prendre en compte les multiples sources de l'identité lorsqu'on réfléchit à la construction de la sphère sociale » (p. 54).

B - Le féminisme africain

La sociologue Fatou Sow (2007) retrace l'histoire de l'imprégnation progressive du féminisme en Afrique. En 1950, il a existé des mouvements de femmes africaines, mais ceux-ci ne se plaçaient pas dans une problématique de contestation pour l'évolution des droits des femmes en Afrique. Dans les premiers mouvements de femmes, il ne fut pas question de remettre en cause les conditions imposées aux femmes par les cultures locales car les relations entre les hommes et les femmes étaient jugées « complémentaires ». La question paraissait incongrue et réservée aux féministes blanches d'Occident. C'est à partir de 1975-1980, lors des premières conférences mondiales sur les femmes, qu'ont émergé des mouvements de revendications. Les femmes mirent l'accent sur leurs misères quotidiennes comme le travail domestique, la faible scolarisation, le chômage, la fécondité astreignante, la mortalité maternelle, le mariage forcé et précoce et la polygamie.

De 1975 à 1985 a eu lieu la décennie mondiale pour les femmes à laquelle a pris part le débat féministe. Cela contribua à sensibiliser l'opinion publique internationale sur le questionnement féministe et à bâtir une problématique sur les rôles sociaux de sexe. La mise en place de ministères des femmes, la création de multiples associations féminines et d'organisations non gouvernementales a institutionnalisé le débat en Afrique (Sow, 2007). En 1976 à Wellesley College aux États-Unis, un groupe d'Africaines fit sécession avec les féministes occidentales pour fonder à Dakar l'Association des femmes africaines pour la recherche et le développement (Afard)⁶³. Elle fut la première association continentale de recherche sur les femmes et le développement à rassembler des chercheuses et des activistes de langues et de disciplines multiples. Les débats sur les femmes pendant cette période ont modifié la vision des Africains sur les femmes, mais sont restés limités dans les actions comme en témoigne cet extrait :

Plus de deux décennies de débats sur les femmes, leur statut, leurs rôles et leurs droits et les actions programmées de renforcement de leurs capacités ont toutefois conduit à « vulgariser », en Afrique, la question des discriminations à l'encontre des femmes. Les concepts de subordination, d'oppression, de pouvoir patriarcal, d'émancipation, de libération, de parité et de droits humains ont progressivement fait leur entrée dans le champ du discours des femmes et sur les femmes. Mais on constate qu'ils n'ont été accueillis dans les courants dominants de pensée qu'à condition de ne pas bouleverser radicalement l'ordre établi et de ne pas remettre fondamentalement en question les rapports de pouvoir ou des identités socioculturelles, porteuses de contradictions et de disparités. [...] Il a fallu près de deux décennies pour qu'un certain nombre de parlements africains acceptent de voter l'abolition des mutilations génitales féminines (MGF), sous prétexte que l'on condamnait des valeurs culturelles fondant l'identité féminine « vraie »⁶⁴ (Sow, 2007, p. 48).

« Qui a peur du féminisme ? » demande F. Sow (2007), alors qu'elle estime que l'apport du genre est considérable pour l'avancée de la recherche sur les femmes. Cependant, elle note un paradoxe dans les volontés politiques sur le soutien aux femmes. L'acceptation de la question des femmes et du genre est mitigée au niveau de la société, du milieu académique, de l'État et des organisations internationales, alors que celles-ci financent des programmes en direction des femmes. Sur les droits des femmes, il s'agit de concessions faites aux femmes, plus que d'une volonté réelle de les appliquer (Sow, 2007). L'approche de genre en Afrique s'est développée à partir des années 1990 bien que la critique à son égard soit persistante : « [...] le concept de genre se fraie un chemin dans le discours des femmes, face à la critique de la recherche ou de l'opinion publique qui l'identifie à un débat jugé euro-péocentrique » (Sow, 2007, p. 62). Selon F. Sow

⁶³ L'AFARD a été créé en Décembre 1977 à Dakar par un groupe de femmes africaines chercheuses. Celles-ci étaient conscientes de la faible présence des femmes dans la recherche et convaincues que cette présence était un facteur déterminant pour la réussite de tout programme de développement. Elles ont décidé d'entreprendre des actions de recherche, de plaidoyer et de formation pour améliorer la condition des femmes et transformer les rapports de genre dans les sociétés africaines, <http://www.afard.org/presentation.php>

⁶⁴ On retrouve ici « l'identité féminine « vraie » » renvoyant au « mythe de la vraie femme » évoqué par M. Wittig. Nous verrons par la suite l'importance de ce « vrai » pour l'étude de l'infertilité au Sénégal.

(2007), depuis les années 2000, la prise de conscience de la question des femmes et des rapports sociaux de sexe est établie malgré les controverses qui subsistent. Elle déplore le manque d'avancées des études de genre dans les mondes universitaires et institutionnels (Sow, 2004c).

Le féminisme et le genre restent associés à la pensée occidentale, éloignée du monde africain. Pourtant, aux arguments qui dénoncent le féminisme occidental comme étant trop centré sur lui-même et coupé des réalités africaines, A. M. Imam (2004) riposte sur l'idéalisme de l'africanité fait par certains chercheurs africains. Elle leur reproche de remplacer « les fausses universalisations ethnocentriques occidentales » par des « essentialismes de l'africanité » car ceux-ci dispensent d'examiner certains aspects de relations d'oppression. Le féminisme occidental et le féminisme africain poursuivent plusieurs luttes en commun, par exemple les discriminations sexistes, même si des exceptions culturelles restent spécifiques à chaque continent et à chaque pays (Sow, 2007).

Pour F. Sow (1973), la « femme africaine » vit dans le contexte politico-économique de la dépendance. Pour elle le statut des femmes est lié à plusieurs facteurs que sont la dépendance politique et culturelle, les changements dans les modes de production, la monétarisation de l'économie, les bouleversements de l'organisation politique et sociale, les mutations des valeurs intellectuelles et morales et l'influence des religions (Sow, 1980). Selon F. Sow et C. Bop (2004), les « pressions de la culture » rendent difficile, dans plusieurs sociétés africaines, le fait de parler de sexualité. La société codifie la sexualité et l'individu doit se soumettre à ces règles. Le mariage, la dot et le veuvage sont, selon elles, des « règles de gestion sociale de la sexualité » (Sow et Bop, 2004, p. 16). La société ne reconnaît aux femmes le droit à une sexualité que dans le mariage pour la reproduction :

L'une des questions sensible et qui affecte le plus les femmes, c'est le contrôle de leur corps, de leur sexualité et de leur fécondité. On sait que le fonctionnement de la reproduction biologique et sociale repose sur des mécanismes socioculturels (mariage, endogamie, dot...). Les valeurs idéologiques, religieuses et morales qui sous-tendent ces mécanismes varient selon les contextes culturels et économiques. La sexualité est l'objet de constructions mythiques, religieuses et idéologiques. Celle de la femme est pensée dans les normes masculines qui la confinent à une fonction essentielle de reproduction : épouse et mère. Le pouvoir des hommes réside encore largement dans le contrôle et l'approbation de la fécondité des femmes. Ce contrôle est aussi révélateur de l'inégalité entre sexes que la division sexuelle du travail (Sow, 2004, p. 69).

La sexualité est souvent forcée pour les femmes et leur éducation les a préparé à assumer cette sexualité forcée. F. Sow et C. Bop (2004) indiquent que la maternité est une obligation sociale, morale, voire religieuse. Selon elles, on attend des femmes qu'elles assurent leur fonction de reproduction. De même, les sociétés africaines préfèrent les familles nombreuses et tout est mis en place pour que les femmes aient beaucoup d'enfants. La littérature africaine a aussi abordé la

question du genre comme par exemple Mariama Bâ⁶⁵ dans *Une si longue lettre* (1979) ou Calixthe Beyala⁶⁶ dans *C'est le soleil qui m'a brûlée* (1987). Ces auteurs abordent la condition des femmes africaines notamment à travers les mariages, la polygamie et les violences faites aux femmes.

C - Genre et développement

La démographe T. Locoh (2007) fait un historique des approches sur les femmes qui ont prévalu en Afrique subsaharienne. Les premières approches dans les années 1950 et 1960 considéraient les femmes uniquement dans leur rôle domestique et reproductif. Ainsi, les femmes devaient recevoir l'assistance de la communauté ou d'organismes de protection sociale dans une optique dite de « bien-être social ». De 1975 à 1980, une nouvelle approche de la question des femmes s'est développée, celle de « l'intégration des femmes au développement ». Plus actuellement, c'est l'approche « acquisition de pouvoir » (*empowerment approach*) qui est au devant de la scène. Locoh démontre que la situation des femmes et la promotion de l'égalité entre les sexes ne peuvent se faire sans une remise en cause des rapports de pouvoir entre hommes et femmes. Elle indique que les acteurs locaux et nationaux prennent progressivement conscience que les rapports inégalitaires sont contre-productifs en termes de croissance économique et de développement.

Selon A. Adjamagbo et A.-E. Calvès (2012) « l'approche *empowerment* » s'est créée après la troisième conférence internationale sur les femmes qui eut lieu à Nairobi en 1985. Cette approche a été impulsée par chercheuses, des militantes et des responsables politiques des pays du Sud et dénonçait « le postulat dominant selon lequel le principal problème des femmes du Sud est leur insuffisante intégration au processus de développement » (p. 8). Elles expliquent que la notion d'*empowerment* était employée dans les années 1990 par tous les organismes internationaux et avait pour objectif d'accompagner et de promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes. Aujourd'hui, l'*empowerment* des femmes dans les pays du Sud est « un objectif affiché par l'ensemble des agences multilatérales et bilatérales de développement et par de nombreuses ONG internationales » (Adjamagbo et Calvès, 2012, p. 3).

⁶⁵ Mariama Bâ est née le 17 avril 1929 à Dakar. Elle est une militante associative pour les droits de la femme, luttant contre la polygamie, les castes, et prônant des droits égaux pour les femmes. Elle milite également pour l'éducation pour tous, s'appuyant sur son expérience d'institutrice. Elle devient membre de la Fédération des associations féminines du Sénégal puis Secrétaire générale du Club soroptimiste de Dakar de 1979 à 1981, ce qui la place au cœur des organisations de lutte pour la cause féministe. Mariama Bâ publie son premier roman, *Une si longue lettre*, qui reçoit le prix Noma en 1980 lors de la foire du livre de Francfort. Cet ouvrage a connu un véritable retentissement dans le domaine de la littérature africaine francophone mais aussi à l'échelle internationale. <http://littexpress.over-blog.net/article-mariama-ba-une-si-longue-lettre-46074687.html>

⁶⁶ Calixthe Beyala est née en 1961 au Cameroun. À dix-sept ans, elle arrive en France et suit des études de lettres et de gestion. En 1987, elle publie son premier roman, *C'est le soleil qui m'a brûlée*. En parallèle de sa carrière d'écrivain elle est une féministe engagée et la porte-parole de l'association Collectif égalité qu'elle a fondé en 1998 pour défendre notamment la représentation des minorités visibles dans les médias.

Pour les féministes du Sud, le renforcement de l'autonomie des femmes n'est pas seulement dû à un pouvoir économique et à plus de confort de vie, mais à un réel réajustement de toutes les institutions nationales (politiques, économiques, sociales) qui perpétuent la hiérarchie entre les sexes. Selon F. Hainard et C. Verschuur (2001), la notion d'*empowerment* dépasse le cadre d'une revendication plus équitable des pouvoirs entre les sexes, pour arriver à la logique suivante : l'*empowerment* des femmes doit aboutir à la transformation de la société qui rompt avec le développement inégal de manière générale. Ils expliquent : « L'*empowerment* implique de rechercher une modification des relations inégales de pouvoir et de nouveaux paradigmes de développement » (p. 275). Les ONG féministes promeuvent l'égalité de genre et l'*empowerment* et font avancer le débat au sein des grandes conférences internationales (conférence de Rio en 1992, conférence de Vienne en 1992, conférence du Caire en 1994 et la plateforme d'action adoptée à Beijing en 1995). À la suite de ces conférences, des initiatives nationales en faveur de l'égalité entre les sexes se multiplient dans les pays du Sud (création de ministères pour les femmes, changements législatifs en faveur des femmes, etc.).

Selon A. Adjamagbo et A.-E. Calvès (2012), les agences multilatérales et bilatérales adoptent elles le *gender mainstreaming* qui consiste à « faire de l'égalité de genre une dimension transversale à intégrer systématiquement dans tous les programmes et politiques de développement dans les domaines comme l'éducation, la santé, l'économie, la lutte contre les violences et les droits humains » (p. 9). Cependant, les auteurs constatent que les notions de genre et d'*empowerment* sont peu à peu devenues des concepts consensuels qui sont seulement venus remplacer les concepts précédents d'« égalité de sexe » et « statut des femmes » dans les documents politiques et les programmes de développement. Les féministes dénoncent aussi l'« ONGisation » qui favorise les grandes ONG et marginalise les organisations populaires de femmes plus radicales. Ces grandes ONG instrumentaliserait les femmes pour intégrer la question du genre dans les programmes néolibéraux existants.

Ces premières réflexions sur l'*empowerment* ont amené par la suite la perspective « Genre et développement », laquelle naît au milieu des années 1980 et perçoit l'émancipation des femmes sur les plans politique, économique et social et l'égalité entre les sexes comme deux axes majeurs pour le développement. Selon B. Destremau et C. Verschuur (2012), les études en genre et développement ont permis de défaire la « pensée hégémonique féministe occidentale, qui marquait les orientations de nombreux programmes de coopération au développement » (p. 13). Elles qualifient cela de « démarche de décolonisation de la pensée féministe » (p. 13), laquelle est inspirée par des militantes et des théoriciennes issues de la migration et des pays du Sud. Celle-ci s'est appuyée sur pratiques des mouvements féministes des Suds, sur leur histoire. Selon les auteures, les études en genre et développement permettent :

[...] de penser de manière articulée genre et rapports coloniaux, néocoloniaux, voire postcoloniaux ou décoloniaux. Nommés *black feminism*, *chicana feminism*, *subaltern studies* ou sans dénomination académique, ces courants ont souvent précédé l'actuelle institutionnalisation d'un champ d'études postcoloniales. Ils se sont appuyés sur et ont été articulés avec des réflexions méthodologiques et épistémologiques, des expériences concrètes et des contributions théoriques (p. 15).

Ainsi le *Black feminism*, les études en genre et développement et le féminisme africain proposent de penser le genre en lien avec un contexte social local ; de ne plus penser les femmes comme une catégorie universelle et figée, mais soumises en fonction de contextes politiques et sociaux à des dominations diverses, variant d'un endroit à l'autre.



Le système de genre est-il naturel, ou est-il comme le pensent les féministes, construit et idéologique ? Ce chapitre, à travers les théories du genre sur la reproduction, indique comment le système de genre est un concept perméable pouvant être modifié. Pour assurer la reproduction, le système de genre construit les sexes masculin et féminin, les catégories d'« homme » et de « femme », l'hétérosexualité et l'institution du mariage. L'idéologie qui sous-tend le genre se nourrit de discours naturalisant et de contraintes. Le genre est cependant performatif et peut évoluer en fonction des changements sociaux. Le concept de genre n'est pourtant pas parvenu à prendre en compte les multiples dominations vécues par les femmes. Ainsi le concept d'intersectionnalité introduit l'imbrication des autres dominations au genre. Dans notre étude nous verrons que le concept de genre n'a pas permis à lui seul de répondre à toutes les questions soulevées par l'infertilité et l'AMP. Nous verrons que c'est l'articulation du genre et du don qui a pu apporter des réponses à nos questions.

CHAPITRE 3.

LE GENRE DANS LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE REPRODUCTION

Après l'étude du genre dans l'organisation de la reproduction, il s'agit à présent de percevoir la place qu'il tient dans les nouvelles technologies de reproduction. Se place-t-il dans la même logique de contrainte à la reproduction à travers l'institution médicale, ou bien les nouvelles technologies de reproduction suivent-elles une autre logique que celle du système de genre ?

Les nouvelles technologies de reproduction (N.T.R.) sont des techniques médicales qui aident les couples infertiles à la reproduction. C'est au XIII^{ème} siècle, en Écosse qu'a lieu la première insémination artificielle intraconjugale. Cette technique apparaît en France au XIX^{ème} siècle. C'est à la fin de ce siècle, aux États-Unis, qu'a eu lieu la première insémination artificielle avec don de spermatozoïdes de donneur. Les banques de sperme congelé apparaissent en 1968 aux États-Unis et en 1973 en France. En 1978 en Grande-Bretagne, Louise Brown est le premier bébé né par fécondation *in vitro*. En France le premier bébé né par FIV s'appelle Amandine et voit le jour en 1982. En 1984, naît Zoé en Australie, le premier bébé né à la suite d'un transfert d'embryon congelé. La technique de l'ICSI a été mise au point à Bruxelles en 1992 et a révolutionné la prise en charge de l'infertilité masculine. Cette même année, naît Audrey, le premier bébé français né par ICSI. L'assistance médicale à la procréation (AMP) est le nom donné aux interventions médicales visant à aider les couples infertiles dans leur projet parental et leur désir d'enfant. L'assistance médicale à la procréation était appelée avant Procréation médicalement assistée (PMA). Les principales techniques sont l'insémination artificielle avec sperme de conjoint (IAC) ou avec sperme de donneur (IAD), la fécondation *in vitro* (FIV), l'*Intra Cytoplasmic Sperm Injection* (ICSI). Un glossaire est mis à la disposition du lecteur page 355 pour des définitions approfondies. Au Sénégal les nouvelles technologies de reproduction se sont développées à partir de 1989, mais nous retracerons cet historique dans la troisième partie de cette thèse.

Dans ce chapitre il s'agit de comprendre quel est le but des nouvelles technologies de reproduction. Dans quelle logique se placent les médecins qui pratiquent l'assistance médicale à la procréation ? Sont-ils dans la logique du système de genre ou sont-ils dans des logiques plus personnelles n'allant pas dans les intérêts de ce système ? Des médecins ont étudié le corps des femmes en tant qu'il est un « corps reproducteur » (Tain, 2023a). Ils ont questionné de même la « nature féminine ». À partir du XVIII^{ème} siècle, des médecins s'intéressent à l'accouchement, et développent par la suite des procédés permettant de modifier cette « nature » des femmes : pilule, avortement médicalisé et nouvelles technologies de reproduction. Les féministes, puis les chercheurs qui questionnent le genre, se sont penchés sur les intérêts de certains médecins pour le corps des femmes ainsi que sur leurs intérêts dans les nouvelles technologies de reproduction.

I - LA MEDECINE ET LE CORPS DES FEMMES

A - L'histoire des représentations des corps masculins et féminins en Occident

N. Oudshoorn (2000), en s'appuyant sur l'ouvrage de l'historien Thomas Laqueur, décrit le développement historique de la perception du corps féminin par rapport au corps masculin. Tout d'abord, des Grecs jusqu'au XVIIIème siècle, le corps masculin et féminin étaient vus comme similaires à la différence que les organes génitaux féminins étaient à l'intérieur du corps. Les femmes étaient cependant considérées comme la version diminuée du corps masculin. À partir du XVIIIème siècle, le discours biomédical a conceptualisé le corps féminin comme l'Autre, essentiellement différent du corps masculin. S'élabore alors un discours sur la différence où les corps féminins et masculins deviennent des corps opposés. Pour T. Laqueur c'est la découverte des organes reproducteurs au XVIIIème siècle qui a modifié la vision sur les sexes : « c'est au XVIIIe siècle que fut inventé le sexe tel que nous le connaissons. [...] les organes de la reproduction devinrent le fondement d'une incommensurable différence [...] » (Laqueur, 1992, P. 170). À la suite de ce déplacement, le corps féminin est devenu l'objet médical par excellence, soulignant le caractère sexuel unique de la femme. Au milieu du XIXème siècle, l'utérus devient le siège de la féminité, puis ce sont les ovaires. Enfin, au début du XXème siècle, l'« essence » de la féminité a été située non pas dans un organe, mais dans des substances chimiques, les hormones sexuelles et celles-ci deviennent les messagers chimiques de la féminité et de la masculinité.

La « nature » des femmes

À la fin des années 1970 et au début des années 1980, le corps a fait sa première apparition dans les écrits féministes (Oudshoorn, 2000). Celles-ci remettent en cause l'idée d'un corps naturel, comme dans la vision proposée par certains médecins qui voient la femme comme étant de « nature »⁶⁷ plus faible que l'homme en raison des menaces que fait peser sur elle son rôle spécifique dans la reproduction (Knibiehler, 1987). La sociologue Laurence Gavarini (1986b) démontre la responsabilité des médecins dans ce discours sur la nature des femmes. Elle explique que les féministes ont relevé comment l'ordre médical avait pu contribuer à l'édification d'idéologies et de savoirs en établissant un continuum entre féminité et maternité ou encore entre sexualité féminine et reproduction. Ainsi les féministes ont pris le pouvoir médical comme cible au début du féminisme (Gavarini, 1986b). Cependant le lien entre le féminisme et la médecine est ambigu, comme en témoigne cet extrait :

Les technologies médicales et les dispositifs de soins sont généralement considérés comme des citadelles qu'il faut combattre ou comme des instruments dont il est impératif de s'emparer. La vision féministe des techniques est d'abord instrumentale et

⁶⁷ Nous avons déjà évoqué cette idée de la nature féminine dans les deux premiers chapitres. Les femmes sont perçues socialement comme liées à la nature et les hommes liés à la culture. Ce qui justifierait la domination des deuxièmes sur les premières.

positive avant de proposer des approches plus critiques des sciences et des techniques qui s'insèrent dans les renouvellements plus généraux des études des sciences (Gardey, 2005, p. 135).

Pour l'historienne féministe Yvonne Knibiehler (1986), c'est pour sa fonction reproductrice que la femme intéresse les scientifiques médicaux. Avec M.-T. Coenen (2002), elles indiquent que le corps des femmes est le lieu où s'élabore la reproduction de l'espèce humaine et que c'est pour cette raison qu'il a éveillé très tôt l'intérêt de la médecine pour le soigner mais surtout pour le connaître et le comprendre. L'historien T. Laqueur précise que les chercheurs médicaux étudient seulement le corps des femmes, laissant de côté le corps masculin :

Je viens à de multiples occasions, dans ce livre, à un corps féminin problématique et instable, qui est soit une version du corps masculin généralement peu problématique et stable, soit un corps entièrement différent. Comme les chercheurs féministes l'ont démontré d'abondance, c'est *toujours* la sexualité de la femme qui est constituée ; la femme est la catégorie creuse. La femme seule semble posséder un « genre » puisque la catégorie elle-même se définit comme l'aspect des rapports sociaux fondé sur une différence entre les sexes, où l'homme a toujours été la norme. [...] Probablement est-il impossible d'écrire une histoire du corps de l'homme et de ses plaisirs parce que les archives historiques ont été créées dans une tradition culturelle où cette histoire n'était pas nécessaire (Laqueur, 1992, p. 38-39).

Ainsi seul le corps des femmes est étudié à la différence du corps des hommes. Même au XX^{ème} siècle, les représentations scientifiques concernant la reproduction humaine restent centrées sur la femme, en dépit de la connaissance de l'impact du rôle masculin. La sociologue Laurence Tain (2003) indique que les parcours d'assistance médicale à la procréation poursuivent cette même logique en s'occupant du « corps reproducteur au féminin » (p. 181). Par le processus de la maternité, le corps des femmes est différent de celui des hommes et il intéresse plus spécialement les chercheurs médicaux.

B - Les avancées médicales en matière de reproduction

Les démographes E. La Rochebrochard et H. Léridon (2008) dressent un historique de la pratique de l'accouchement en Europe. Dans la société traditionnelle européenne, la femme en couches était assistée par la matrone du village. Au cours du XVIII^{ème} siècle, les connaissances obstétricales se développent en Europe et les matrones sont remplacées par des jeunes femmes placées sous l'autorité du corps médical, les sages-femmes. Dans la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle, la présence de médecins, les « accoucheurs » apparaît en Europe et cette médicalisation de l'accouchement s'est poursuivie au XIX^{ème} et au XX^{ème} siècles. Ce processus de médicalisation de l'accouchement a eu pour objectif affiché la réduction de la mortalité maternelle et périnatale qui pesait lourdement sur la mortalité. Ainsi, selon eux : « Au-delà de l'accouchement, c'est l'ensemble de la grossesse qui est désormais médicalisée : les femmes effectuent en moyenne 8,9 visites médicales prénatales et 4,5 échographies durant leur grossesse [...] » (p. 34). Y.

Knibiehler (1987) considère que la mainmise des médecins sur la naissance et le petit enfant est une victoire du patriarcat et ce « patriarcat médical » dépouille le père d'une part plus en plus large de sa responsabilité.

En 1970, le Mouvement de Libération des Femmes fait de la libre disposition de son corps un de ses arguments premiers et s'engage dans la lutte pour une sexualité libérée de la procréation en militant pour le libre accès aux anticonceptionnels et la légalisation de l'avortement (Gardey, 2005). La « révolution procréative » a permis aux femmes de contrôler leur sexualité et de la distinguer de l'activité procréative (Bereni *et al.*, 2008). La pilule fut la possibilité pour les femmes de choisir quand avoir des enfants. La sociologue Françoise Laborie (1986a) déclare que « la maternité pouvait désormais apparaître non comme un destin subi passivement mais comme un acte volontaire » (p. 22). La diffusion de ces techniques de maîtrise de la fécondité a considérablement réduit la crainte de grossesses imprévues, contribuant à modifier le rapport des femmes à la sexualité. Cette maîtrise de la fécondité a constitué un élément essentiel de la transformation du statut social des femmes (Bereni *et al.*, 2008).

Pour Y. Knibiehler (1987), malgré l'avancée due à la contraception, le corps féminin est toujours sous l'emprise masculine : « [...] la contraception et l'avortement, en se médicalisant, sont restés sous contrôle masculin, puisque les médecins sont encore en majorité des hommes, surtout les chefs de service » (p. 261). Selon l'historienne et sociologue Delphine Gardey (2005), la médicalisation de la contraception est un processus d'intervention sur le corps féminin et plus particulièrement sur le corps reproducteur. Le contraceptif est destiné aux femmes, et par ce fait, il y a là une assimilation de la reproduction humaine et du corps féminin. De même des difficultés persistent pour envisager le corps masculin comme corps sexué et reproducteur. La fertilité masculine est souvent exclue. On peut penser que certaines féministes reprochent « aux médecins », conçu comme classe essentiellement masculine, de maintenir un pouvoir sur les corps féminins en excluant constamment les expérimentations sur les corps masculins, non conçu comme des « corps reproducteurs ». Il est intéressant de constater le décalage entre le fait que la pilule, inventée par les médecins, et qui permet une grande autonomie pour les femmes, soit valorisée par les féministes, alors qu'elles perçoivent les médecins comme les représentants du système patriarcal.

Le maniement des hormones de synthèse a été amélioré, ce qui a permis la mise en place des traitements de stimulation de l'ovaire. Ainsi l'assistance médicale à la procréation a acquis ses principaux outils au contact de deux champs de recherche : le secteur de la zootechnie et le secteur de la contraception hormonale (Gavarini, 2001).

Le corps des femmes en tant que reproducteur intéresse les chercheurs médicaux. Cependant ces corps féminins sont perçus comme fragiles et instables parfois et la médecine tente d'en comprendre les mécanismes pour les rendre plus maîtrisables. Le rapport des féministes à la médecine et aux médecins est paradoxal. D'un côté la médecine et les scientifiques médicaux ont apporté aux femmes les moyens, notamment avec la pilule contraceptive, de décider de leur procréation, et de l'autre côté, celles-ci les accusent d'être dans une logique patriarcale d'appropriation du corps des femmes.

II - QUE RECOUVRE LA NOTION DE STÉRILITÉ DANS L'AMP ?

A - La large définition de la stérilité

Pour la gynécologue Nicole Athéa (1990) la stérilité est un concept dont le sens varie en fonction des utilisateurs qui l'emploient. Elle définit la stérilité comme l'incapacité totale d'avoir un enfant et l'hypofertilité comme les chances plus ou moins diminuées de concevoir ou aussi comme une situation normale qui est pathologisée et médicalisée. Elle explique que le temps est fondamental dans la conception d'un enfant, de la même manière que l'est le délai d'attente dans la définition de la stérilité et dans l'évolution des chances de concevoir spontanément. Cependant dans les centres d'assistance médicale à la procréation, la majorité des couples pris en charge présentent une hypofertilité, voire une fertilité normale. Ainsi d'après elle, la demande d'enfant devient plus fréquemment une pathologie en soi et elle est devenue l'objet d'un activisme médical précoce et lourd. Elle explique aussi que, dans la même logique, le don d'ovocytes permet la réalisation de grossesses chez des femmes ménopausées. Cela contribue encore à l'élargissement de la notion de stérilité car « la prise en charge immédiate des femmes plus âgées montre que les techniques de reproduction artificielle constituent désormais un traitement de l'âge, et non de la stérilité » (p. 51). Pour la féministe H. Rouch (1991), l'élargissement de la notion de stérilité avantage les médecins car elle leur fournit une clientèle plus étendue.

La stérilité masculine

Dans le passé, seule la femme portait la responsabilité de la stérilité d'une union (Knibielher et Marand-Fouquet, 1981). L'impuissance du mari était la seule cause masculine admise de la stérilité d'un couple. L'historienne Y. Knibiehler (1987) affirme qu'avant les femmes recouraient à l'adultère pour remédier à la stérilité du mari et qu'à présent, les techniques médicales moralisent l'adultère par la technique de l'IAD⁶⁸ qui dissimule la stérilité du « père ». L'IAD a été médicalisée pour des raisons sociales, mais pose encore un souci pour l'identité de l'homme : « l'insémination artificielle peut en effet perturber l'équilibre du couple hétérosexuel, en portant atteinte au pouvoir symbolique de l'homme » (Löwy, 2006, p. 157). Ces chercheuses dénoncent le fait que l'homme soit plus protégé que sa femme dans le traitement de l'infertilité par les nouvelles technologies de reproduction.

Ces techniques de traitement de l'infertilité masculine induisent un problème. La gynécologue N. Athéa (1990) explique que les médecins effacent la stérilité masculine pour se retourner vers la femme. Selon H. Rouch (1991), ce sont les femmes que l'on soigne pour les infertilités masculines : « [...] les femmes, de par leurs particularités biologiques, paient de leur personne le « désir d'enfant du couple », au travers des interventions qu'elles subissent [...] » (p. 253). Selon Y. Knibiehler (1987), la lutte contre la stérilité prend les femmes comme cible et « ménage l'intégrité physique et narcissique du candidat à la paternité » (p. 306). La stérilité

⁶⁸ Insémination artificielle avec sperme de donneur.

masculine se transforme en un problème de couple. La philosophe des sciences Irma Van Der Ploeg (1999) démontre que la stérilité masculine est déniée : « Quel que soit le degré de sa stérilité [...] un homme n'est jamais réellement stérile si toutes les conditions externes c'est-à-dire d'autres corps permettent à son corps de fonctionner » (p. 114). Ces chercheuses reprochent donc aux médecins des NRT de protéger les hommes et leur virilité et d'accabler les femmes et leurs corps. Cette analyse faite par les chercheuses concernant le déni de la stérilité masculine nous intéresse car nous verrons qu'au Sénégal, nous retrouvons ce même phénomène de déni et de non acceptation de l'infertilité masculine. Il s'agira de comprendre pourquoi l'infertilité masculine est plus difficile à reconnaître que l'infertilité féminine et comment les femmes, de ce fait, portent à elles seules le fardeau de l'infertilité qui pèse sur le couple.

La « stérilité de couple »

Les praticiens ont instauré le concept de « stérilité de couple ». F. Laborie (1986b) explique qu'après avoir perçu l'infertilité comme étant d'origine féminine, les médecins sont passés à une stérilité de couple en oubliant systématiquement la stérilité masculine. Dans l'entre-deux-guerres, des tests, visant à vérifier la qualité des spermatozoïdes, furent progressivement intégrés dans les consultations pour stérilité, cependant les médecins éprouvaient toujours d'énormes difficultés pour annoncer la stérilité à un homme (Löwy et Marry, 2007). Actuellement, il existe des différences de parcours dans l'assistance médicale à la procréation pour les hommes et pour les femmes : « [...] combien d'exams gynécologiques les femmes doivent-elles subir dès que l'on parle de « stérilité » ; en revanche, l'examen clinique des hommes est une pratique bien peu répandue » (Athéa, 1990, p. 54).

Avec la technique de l'ICSI⁶⁹, les hommes infertiles peuvent avoir des enfants biologiques. Ainsi cette technique a mis fin à la grande majorité des infertilités masculines (Löwy et Marry, 2007). Cependant cette technique implique la médicalisation intensive sur une personne saine pour traiter la défaillance physiologique d'une autre personne. Selon I. Löwy et C. Marry : « La solution fût de créer un patient bicéphale – le couple infertile – puis de traiter la partie femelle de ce patient composite pour la défaillance du facteur masculin » (Löwy et Marry, 2007, p. 305). N. Athéa (1990) questionne l'éthique médicale qui privilégie la fécondité d'un couple sur la santé d'une femme. Les féministes reprochent aux médecins de tout mettre en place pour le confort des hommes, malgré les risques encourus pour la santé des femmes. Ainsi on se questionne sur le malaise des médecins face à la stérilité masculine et à la difficulté d'intégrer plus les hommes dans les parcours d'assistance médicale à la procréation. Les chercheuses reprochent aux médecins d'avoir inventé ce concept de stérilité de couple pour cacher la stérilité de l'homme.

⁶⁹ Intra Cytoplasmic Sperm Injection.

B - La stérilité est-elle une maladie ?

En Europe, l'infertilité n'est plus un pêché ou un ensorcellement comme dans les représentations du passé, mais elle est devenue un problème ayant une solution technique (Tain, 1999). Souvent la stérilité est renvoyée au champ de la maladie. Ainsi pour H. Rouch (1991) : « [...] si la présence d'un enfant est signe de santé pour un couple, l'absence d'enfant devient, si l'on n'y prend pas garde, « anormale » » (p. 245). Pour la sociologue L. Gavarini (1989), la stérilité est un rapport social à la procréation. Elle explique que c'est une construction sociale et psychique, « avant d'être une fatalité biologique, une maladie ou un état » (p. 133). Elle précise qu'en France peu de médecins ont étudié les causes de la stérilité ou se sont penchés sur la signification symbolique du non-enfantement. Ainsi pour elle : « c'est donc le mode de réponse et de gestion de la « maladie » par la médecine, l'objectivation de ces fameuses « difficultés » qui créent la maladie elle-même » (1989, p. 137). Cette question est vraiment fondamentale car en effet on comprend que la stérilité est traitée comme n'importe quelle autre maladie, alors qu'elle est justement différente des autres maladies (bien que pouvant être la conséquence d'une maladie). D'habitude les patients viennent pour se faire soigner, alors que dans le cas de l'AMP, les patients viennent pour demander un enfant. Dans ce cas, le mal à soigner peut être identifié comme l'absence d'enfant ou le manque d'un enfant. Si la stérilité n'est pas une maladie, alors qu'est-elle au juste ? C'est ce à quoi nous tenterons de répondre dans la deuxième partie concernant l'infertilité au Sénégal.

Déni de la stérilité et conception acharnée

Les chercheuses féministes ou étudiant le genre indiquent la volonté de la médecine de rationaliser la reproduction. Avec l'assistance médicale à la procréation, « La conception est devenu un projet volontariste s'inscrivant dans le cadre d'un processus qui se voudrait parfaitement maîtrisé et maîtrisable [...] » (Athéa, 1990, p. 38). Les stérilités psychogènes font l'objet du même traitement que les autres car seul le traitement compte (Athéa, 1990). Il existe un empressement à pratiquer l'assistance médicale à la procréation et le protocole de fécondation *in vitro*, qui au début n'était envisagé qu'après deux ans d'attente, est aujourd'hui réalisé avant les deux ans. Ces techniques sont lourdes et dangereuses, mais elles sont pratiquées rapidement et il y a une systématisation du traitement médicamenteux : « [...] la prescription systématique d'inducteurs de l'ovulation est devenue une pratique courante, et de plus en plus rares sont les femmes qui échappent à ces traitements dès lors qu'elles viennent consulter pour « stérilité » » (Athéa, 1990, p. 52). Dans ces processus d'AMP, seule la finalité compte :

Quand on est tellement excédé, tout est accepté dans la même indifférence, l'insémination artificielle par donneur comme la fécondation *in vitro*, et de façon équivalente. Le problème de l'origine génétique des gamètes est refoulé, dénié, comme s'il n'avait plus d'importance : seule comptait la fin, et plus les moyens (Athéa, 1990, p. 57).

La gynécologue N. Athéa (1990) indique que la stérilité est culpabilisante car le poids des schémas normatifs pèse lourdement sur les femmes et sur les hommes. Cette culpabilité induit une rapide acceptation des traitements. Selon elle, la stérilité engendre des dysfonctionnements de

nature sadomasochiste au sein des couples stériles. De même, elle explique que ces techniques peuvent être détournées par les couples et servir de prothèses sexuelles. Le fait de questionner la sexualité d'un couple est parfois oublié et l'assistance médicale à la procréation devient alors une réponse systématique à la demande d'enfant. Elle explique : « [...] les techniques de reproduction artificielles seraient aujourd'hui une réponse à toute demande d'enfant, quelle qu'en soit l'indication ou la contre-indication où l'indication repose sur une raison médicale objectivable ou pas » (p. 62). La prise en charge médicalisée pour infertilité engendre des dysfonctionnements sexuels qui altèrent les chances de conception car les traitements sont agressifs et ils interfèrent avec les désirs sexuels.

Ainsi la stérilité est une notion floue qui recouvre beaucoup de facteurs. Les médecins utilisent cette notion aussi bien pour inclure le traitement d'un dysfonctionnement biologique, qu'un problème de vieillesse, comme par exemple dans le cas des femmes qui deviennent femmes à l'âge de la ménopause⁷⁰. Pourquoi les médecins viennent répondre à cette demande d'enfant des couples infertiles ? C'est à cette question que des chercheurs ont tenté de répondre et nous allons analyser leurs propositions. Dans le traitement de l'infertilité, les chercheurs remarquent une asymétrie entre l'homme et la femme. Les hommes sont épargnés là où les femmes sont accaparées. Ainsi des féministes et des chercheurs du genre s'interrogent sur le fonctionnement de la profession médicale et estiment qu'elle s'inscrit dans une idéologie patriarcale.

III - CRITIQUES FEMINISTES FACE AUX MEDECINS DES NTR

A - L'effacement des corps féminins dans l'AMP et l'individualisation du fœtus

Les discours médicaux sur les nouvelles technologies de reproduction effacent la place de la femme dans la procréation (Oudshoorn, 2000). Cette idée est appuyée par la féministe H. Rouch : « Les femmes disparaissent devant les traitements de stimulation, les cycles, les grossesses. On trouve d'ailleurs rarement le terme de femme [...], plus souvent celui de patiente » (Rouch, 1991, p. 252). Selon la psychologue, spécialiste du langage M. Kail (1991), la femme disparaît au profit des parties, des fonctions ou des produits de son corps :

C'est l'une des caractéristiques du discours médical que d'être réducteur, et tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'identifier des patients (fussent-ils hommes ou femmes). En ce sens qu'il n'y aurait rien de bien nouveau à voir, dans ces publications, les femmes référées à la partie traitée de l'organisme et devenir des « organes sans corps », matériau expérimental anonyme. Mais ces descriptions ne sont pas seulement

⁷⁰ En Italie plusieurs femmes sont devenues mères à plus de soixante ans. Sur ce sujet voir l'article de l'Humanité.fr : <http://www.humanite.fr/node/251052>

réductrices ou instrumentalistes, elles basculent dans le non-sens (cf. « patientes au sperme normal »), alimentent les représentations fondées tantôt sur la confusion, tantôt sur la fascination « scientiste ». Au bout du compte, à son propre niveau, le discours scientifique spécialisé participe à l'éviction des femmes de la gestion du processus de reproduction (Kail, 1991, p. 262).

Face à cet effacement des corps féminins, le « bébé éprouvette » renvoie à l'image du bébé qui se développe indépendamment du corps de la femme (Bateman et Salem, 1999). Les nouvelles techniques de reproduction ont modifié les liens de la femme enceinte et de l'embryon. Elles amènent l'idée d'une individualisation de l'embryon, qui deviendrait une « entité différenciée, déconnectée du corps de la femme » (Akrich et Laborie, 1999). Pour Robert W. Higgins (1990), on assiste simultanément à une personnification précoce du fœtus que les techniques « sortent du ventre » et à une dépersonnalisation de la mère et des rapports mère-enfant. Cette individualisation du fœtus remet beaucoup de choses en question dont notamment la prééminence absolue des femmes sur les embryons et donc le lien biologique à leur corps (Bateman et Salem, 1999). Dans ce contexte, les femmes, comme les hommes, doivent créer un lien avec l'embryon, alors que jusqu'à présent la femme décidait seule du sort de l'embryon (Bateman et Salem, 1999).

La philosophe et spécialiste en bioéthique Mylène Botbol-Baum (2003) s'inquiète face à cette individualisation du fœtus car elle a peur qu'elle contribue à désapproprier les femmes du pouvoir qu'elles ont historiquement acquis sur leur propre corps. Elle explique que les décisions privées des femmes deviennent des dilemmes éthiques publics sans que les femmes soient considérées comme pouvant avoir une expertise pertinente sur leur propre corps ou leur désir d'enfant. Selon elle, les nouvelles technologies de reproduction enlèvent la place de la mère et déséquilibrent le rapport homme-femme dans la procréation en introduisant le fœtus et le couple comme deux personnages en compétition avec l'individualisation féminine. Ainsi, pour elle, les protagonistes ont changé car ils ne sont plus l'homme et la femme mais « le couple » et « l'embryon ». Selon F. Laborie (1986b), le contrôle social sur la reproduction n'est pas nouveau et se trouve relayé par la sphère médico-biologique. R. W. Higgins soutient cette idée :

Il est frappant que cette formidable manipulation des corps de femmes par les hommes qui se prépare [...] intervienne au moment où les femmes commençaient à secouer la domination masculine. L'homme-médecin n'aurait-il pas saisi le biais de la souffrance liée à la stérilité pour, en la transformant en maladie – ce qui veut dire « à soigner » -, se substituer à la mère, s'insérer entre la mère et l'enfant ? (Higgins, 1990, p. 318).

Le corps médical devient un « autre » de plus en plus important pour l'embryon qui prend le pouvoir de la femme sur son embryon :

[...] dans le contexte de la fécondation in vitro, des acteurs autres que la femme, spécialement le corps médical, ont plus de moyen de s'opposer à ses désirs, précisément parce qu'elle n'est pas encore enceinte : l'embryon se trouve en leur possession et non dans son corps. Cette situation conduit à s'interroger sur les limites des droits des femmes (Bateman et Salem, 1999, p. 65).

Nous voyons que les médecins, à travers les nouvelles technologies de reproduction, prennent une place de plus en plus importante pour les couples et pour le fœtus. Les féministes s'inquiètent de la place prise par les médecins dans la reproduction car leur pouvoir de décision sur les embryons augmente au détriment de celui de la mère. Cependant, les médecins des NTR, ne sont pas uniquement des hommes ; certaines femmes pratiquent aussi l'AMP. De plus, est-ce parce que les médecins interviennent au cœur du processus reproductif, que nous pouvons en conclure qu'ils sont dans une logique patriarcale d'appropriation du corps des femmes ?

B - La dangerosité des techniques d'AMP pour la santé des femmes

La sociologue L. Gavarini (1986a) énonce toutes les opérations faites sur le corps des femmes dans les parcours d'assistance médicale à la procréation : stimulation ovarienne hormonale, ponction ovocytaire, insémination artificielle, transplantation d'embryon, injections hormonales massives, prélèvements répétés pour dosages hormonaux, échographies, amniocentèse, etc. Des accidents d'hyperstimulation peuvent arriver et entraîner des risques vitaux immédiats, des lésions ovariennes ou des lésions tubaires et les traitements médicaux peuvent avoir des impacts néfastes sur la fécondité (Athéa, 1990 ; Laborie, 1990). La fécondation *in vitro* est une technique qui accroît les risques de grossesses extra-utérines, d'avortements spontanés et de grossesses multiples, lesquelles présentent des risques importants de prématurité et de handicaps potentiels pour les enfants (Athéa, 1990). Les opérations faites sur les femmes peuvent présenter des risques de mortalité dus par exemple à des arrêts cardiaques, à des complications lors de blessures artérielles ou organiques et à des péritonites. F. Laborie (1990) reproche aux médecins de cacher à leurs patients ces risques graves liés aux interventions chirurgicales. De plus, durant les parcours d'AMP, les patientes parlent souvent de douleurs abdominales, de maux de tête, de grandes fatigues, et, surtout avec l'usage des antagonistes, de sensation de dépression (Laborie, 1989). Dans les techniques d'AMP, il existe donc un énorme décalage entre le protocole de l'homme qui consiste en la collecte de spermatozoïdes et celui de la femme décrit ci-dessus (Löwy, 2006). Ces chercheuses insistent donc sur la lourdeur des traitements et des opérations infligées aux femmes dans les parcours d'AMP et sur les risques encourus pour celles-ci.

La femme cobaye

Certaines chercheuses pensent que les médecins des NTR font des expérimentations à partir des corps féminins. Pour ces féministes, certaines techniques d'assistance médicale à la procréation manquent d'expérimentations (Rouch, 1991). Pour M. Akrich et F. Laborie, « [...] dans le cas de l'ICSI, des professionnels élèvent la voix pour déplorer l'insuffisance des expérimentations animales avant le passage intensif à la clinique humaine, au regard des risques potentiels pour la descendance » (Akrich et Laborie, 1999, p. 6). Dans un article intitulé *À la recherche du cobaye idéal*, le biologiste français pionnier de l'assistance médicale à la procréation en France J. Testart explique en quoi l'expérimentation de certaines techniques, servant pour la pratique de l'AMP, est plus avantageuse si elle est réalisée sur le corps de patientes, plutôt que sur des animaux :

À partir de ces différents avantages de l'expérimentation humaine comparée à l'expérimentation animale, on conçoit que la tentation soit grande d'intervenir plutôt sur la modèle le plus commode, le moins onéreux et le plus gratifiant. Si cette possibilité reste interdite quand la recherche met clairement en péril la santé des sujets, elle est souvent accessible pour des protocoles estimés non dangereux. Pourtant, cette notion de dangerosité est ambiguë. D'abord, dans la plupart des cas, elle préjuge de la connaissance d'un risque dont l'expertise ne sera acquise qu'à l'issue de l'expérience elle-même (Testart, 1990).

L'autorisation d'expérimentation est demandée aux patientes, mais J. Testart (1990) remet en cause la notion de « consentement libre » dans le contexte de l'assistance médicale à la procréation car il explique que quand les patients sont demandeurs d'une assistance thérapeutique, ils sont très souvent disposés à consentir à une expérimentation ne comportant pas de risque apparent. Dans le cas des patientes infertiles, celles-ci se voient proposer de participer à une expérimentation par les mêmes médecins qu'elles sollicitent pour résoudre leur problème d'infertilité. Il se pose ainsi la question de savoir si les circonstances mêmes de leur présence à l'hôpital permettent de considérer que leur consentement comme un consentement « libre ».

Les chercheuses pensent que les médecins utilisent le corps des femmes comme fournisseur de matériaux. Ainsi argumente la sociologue féministe F. Laborie : « [...] les véritables instruments utilisés sont en réalité les corps des femmes sur lesquels ces essais sont effectués, et à partir desquelles on extrait les matières premières que sont les ovocytes » (Laborie, 1990, p. 93). Elles emploient l'image du « cobaye », reprise à J. Testart, pour qualifier la femme dans le parcours d'assistance médicale à la procréation :

L'institutionnalisation des pratiques concernant le corps féminin en une spécificité médicale transforme ce corps en un fournisseur facilement accessible de matériaux de recherche, en un cobaye commode pour les essais et en un marché organisé pour les produits de la science (Oudshoorn, 2000, p. 42).

Dans ces descriptions, les femmes deviennent en effet les objets de la science. Pour L. Gavarini et I. Löwy (2000), les nouvelles technologies de reproduction posent à l'évidence la question de l'utilisation du corps des femmes comme matériau.

C - La maîtrise de la reproduction

Rationalisation de la reproduction ?

Dans les nouvelles technologies de reproduction (NTR), le traitement de la stérilité est l'enjeu d'intérêts financiers considérables, notamment pour les industries pharmaceutiques, d'une part, et la volonté d'effectuer des recherches sur les embryons, d'autre part (Laborie, 1990). Les intérêts carriéristes sont aussi présents dans la pratique de l'assistance médicale à la procréation car elles constituent un secteur aux dimensions internationales, dans lequel il existe une grande

concurrence entre les équipes médicales car les retombées en termes de carrière, de profit et de notoriété sont grandes (Gavarini, 1986a).

Selon la sociologue L. Gavarini, les nouvelles technologies de reproduction amènent une « organisation scientifique de la reproduction » et une « rationalisation des choix procréatifs ». Selon elle (1989), le natalisme est resté un levier idéologique discret dans le développement des techniques de procréation assistée. L'assistance médicale à la procréation va dans le sens du désir patriarcal. Pour H. Rouch, le fait de soutenir la demande d'enfant des couples infertiles rentre dans la logique de l'idéologie patriarcale :

L'idéologie soutenant la « nécessité » de l'enfant est toujours la même : c'est une idéologie patriarcale pour laquelle une femme n'est une femme que si elle est mère, une idéologie droitière aux préoccupations naturalistes [...] ; une idéologie qui rencontre avec bonheur les intérêts scientifiques et pécuniaires de la profession médicale et de l'industrie pharmaceutique (Rouch, 1991, p. 246).

Selon la psychologue M. Kail (1991), les nouvelles technologies de la reproduction s'inscrivent dans des stratégies de contrôle de la reproduction. Elles vont de pair avec les normes du patriarcat. Pour la féministe M.-J. Dhavernas (1989) les nouveaux modes de procréation s'accompagnent d'un recentrage normatif autour du couple et de la famille et d'une remise en vigueur de la suprématie morale de l'hétérosexualité. D'après Y. Knibiehler (1986) les généticiens veulent parvenir à une reproduction de qualité en palliant les insuffisances de la maternité biologique.

Certaines chercheuses établissent un parallélisme entre production et reproduction concernant l'assistance médicale à la procréation. Ainsi pour la philosophe des sciences I. Van Der Ploeg (1986b), « La science, la technologie commencent à parcelliser les tâches dans le domaine de la reproduction, comme elles l'ont fait dans le domaine de la production » (p. 82). Il s'agirait d'organiser une reproduction de meilleure qualité. La sociologue L. Gavarini fait le rapprochement entre la division du travail et celle de la reproduction :

Par analogie avec le travail industriel, on voit se profiler une rationalisation de la reproduction : de l'artisanat maternel au travail scientifique reproductif organisé, contribuant à la normalisation de la production. En effet, l'un des buts poursuivis apparaît, entre autres, la réduction de tous les paramètres biologiques et humaines incertains entrant dans le processus de fabrication d'enfant, jusqu'ici matérialisés, grâce à la sélection de gamètes et/ou des embryons aux fins de permettre la perfection du produit (Gavarini, 1986a, p. 196).

Dans cette logique, les anthropologues J. Bestard et G. Orobitch (2009) affirment qu'à travers la médicalisation et la technologie, le corps devient un instrument de production. L'expérience des donneuses se restreindrait à un processus de production d'ovules. Selon eux, le don d'ovules représente la « fragmentation de l'expérience corporelle de la reproduction » (p. 286-287). D'après les témoignages des donneuses qu'ils ont recueillis, le don devient parfois un risque ou un travail. Selon eux, l'association à un « travail » transforme le corps en un espace de

production et d'extraction d'ovules. Pour J. Merchant (2009), la séparation des ovules et des utérus, proposé par la mise ne place des mères porteuses, ressemble à une « forme de taylorisation » (2009, p. 57). Les gamètes deviendraient alors des matériaux neutres. De même, Pierre Jouannet, ancien président de la fédération nationale des CECOS⁷¹ insiste sur la dépersonnalisation des gamètes par le fait de l'anonymisation des donneurs :

Considérer que le don est fait au CECOS, permet d'assumer l'anonymisation comme une véritable opération de « dépersonnalisation » des gamètes, selon le mot de Jean-Marie Kunstmann. Dépersonnaliser consiste à détacher un élément du corps qui l'a produit de façon que cet élément devienne un simple « matériau », et plus précisément un « matériau de reproduction interchangeable » (Jouannet, 2000 cité par Théry, 2010a, p. 120).

Pour les sociologues D. Chabaud-Rychter et D. Gardey (2002), les techniques contribuent à la fabrique du genre. Selon elles, les techniques ne sont pas neutres, mais instrumentalisées à des fins de pouvoirs : « [...] les techniques sont une manière parmi d'autres d'ordonner le monde, c'est-à-dire de contribuer à le façonner mais aussi à le « mettre en ordre » au sens strict » (p. 15).

Le désir d'enfantement des médecins

Certaines chercheuses pensent que le but des nouvelles technologies de reproduction est plus profond et plus inconscient que la simple volonté financière et carriériste. Pour la féministe Anne-Marie De Vilaine (1985, 1986b) les hommes envient aux femmes leurs capacités d'enfanter. Selon elle, l'activisme des chercheurs autour des nouvelles technologies de reproduction, dont elle situe le point le plus représentatif dans l'utérus artificiel, renvoie au besoin de concurrencer le pouvoir maternel, voire d'en déposséder les femmes. Selon la sociologue féministe F. Laborie, « [...] il s'agit pour les praticiens des NTR de pouvoir enfin prendre, à la place des femmes, la maîtrise sur leurs destinées procréatrices [...] » (Laborie, 1990, p. 104). La lutte contre la stérilité serait une façade pour les spécialistes des NTR :

[...] la lutte contre les maladies héréditaires liée au sexe ou contre la stérilité, ne servirait-elle pas d'alibi ? Alibi certes louable socialement, mais alibi néanmoins lié à des recherches qui pourraient bien viser à faire que le médecin ou le biologiste soit celui (l'homme, le papa) qui assure le développement complet de l'embryon in vitro, sous sa coupe [...] en mettant à mal la liaison jusque là incontournable : sexe féminin/production du vivant ? Des scientifiques en mal de maternité... (Laborie, 1986b, p. 186).

La médecine envisagerait dans cette optique de s'occuper de la fabrication des enfants (Rouch, 1991). Ainsi l'assistance médicale à la procréation renverrait à une « idéologie de la reproduction et une re-crédation de la fonction maternelle » (Botbol-Baum, 2003, p. 238) et

⁷¹ Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains.

pallierait les défaillances de la nature des femmes⁷². Elle prend ainsi le pouvoir de donner la vie hors du champ du seul corps des femmes sujet aux caprices de la nature. Elle rappelle aussi aux femmes leur passivité face à ce processus biologique qui les détermine, mais sur lequel elles sont incapables d'agir (Botbol-Baum, 2003). L. Gavarini (1986a) met d'ailleurs en avant l'engouement des médias pour les nouvelles technologies de reproduction qui consacrent les médecins et les biologistes de « nouveaux maîtres de la fécondité » (p. 193).

Ainsi, si les médecins des nouvelles technologies de reproduction parviennent à créer de plus en plus les enfants sans le support des corps féminins, alors les femmes se retrouveraient dépossédées de leur spécificité de la maternité. La question reste de savoir si la destruction de la spécificité maternelle entraînerait une diminution de la hiérarchie entre les sexes, un effacement du système de genre, ou au contraire une domination plus importante sur les femmes. Ainsi pour certaines féministes, les médecins des NTR poursuivent une idéologie patriarcale d'appropriation du corps des femmes. Nous allons comprendre par la suite que l'idéologie patriarcale et l'idéologie des NTR sont au contraire tout à fait divergentes.

Différents positionnements féministes sur l'AMP

P. Bataille écrit en 1993 une thèse sur le positionnement des féministes face aux procréations médicalement assistées. Comme leurs avis divergent sur cette question, il propose de les répartir en quatre groupes selon leurs pensées sur ce sujet.

Le premier groupe, « les opposantes », rejettent toutes les procédures de procréation médicalement assistée car elles y voient une nouvelle forme de domination masculine par le biais de la science passant par la manipulation du corps des femmes. L'assistance médicale à la procréation renverrait au désir des hommes (incarnés par les médecins) de s'approprier le pouvoir de maternité et d'en déposséder les femmes. Elles pensent que la maternité doit rester une particularité féminine qui relève de l'identité des femmes. Ensuite, « les réticentes » n'apprécient pas la manière dont les médecins traitent leurs patientes et leur corps. Elles ont peur que les femmes ne deviennent des corps pour les expériences médicales. Elles parlent d'« un acharnement procréatif » qu'elles ne supportent pas parce qu'il suppose le recours à des techniques lourdes, qui risquent, en outre, de provoquer le retour à « l'obligation de la fertilité des femmes ». Elles estiment que les femmes sont « toujours considérées comme seules responsables de la fertilité du couple par les scientifiques qui sont à la pointe de la lutte contre la stérilité [...] » (Bataille, 1993, p. 196).

« Les favorables » soutiennent, au contraire, les nouvelles technologies de reproduction car elles y voient l'arme de destruction de l'institution de la famille, qui représente pour elles le support de la domination masculine. Ces techniques élargissent le cadre de la famille et de

⁷² Cette idée de « re-création de la fonction maternelle » renvoie au phénomène que nous avons mentionné précédemment pour la société *baruya* (Godelier, 1982/1996a) dans le premier chapitre où les hommes viennent chercher les fils pour les re-procréer en les éloignant de leurs mères.

nouvelles structures familiales éclosent (famille homoparentale ou monoparentale). Elles se réjouissent que les femmes perdent le « monopole de la maternité » (Bataille, 1993, p. 165) et que naisse une égalité homme/femme devant la reproduction. D'après elles, la fin de ce monopole féminin provoquera la fin de la domination sociale des hommes sur les femmes. Pour elles, la procréation peut être séparée de la sexualité. Enfin, « les attentives » se rapprochent des « réticentes » sur plusieurs points, mais elles estiment que ces nouvelles techniques de reproduction ont le mérite d'améliorer les imperfections de la nature et elles permettent de dépasser les limites de la reproduction naturelle. Elles dénoncent la mise en place d'un système de valorisation des relations de couple qui irait à l'encontre des acquis du féminisme des années 1970.

Le sujet de l'AMP divise les féministes : certaines y voient un processus patriarcal d'appropriation de la spécificité féminine de la maternité et du corps des femmes ; d'autres y voient au contraire la possibilité d'une évolution des normes de genre basées sur l'hétérosexualité, ainsi qu'une ouverture à d'autres formes de parentalité.

IV - L'AMP COMME NOUVEAU MODE DE REPRODUCTION

A - Des médecins dans la reproduction

D'après la sociologue S. Novaes (1986), le couple n'est plus le « support social et physiologique indispensable à la fécondation » au profit des médecins (p. 179). La concertation avec le médecin devient une étape importante de la reproduction :

[...] lors d'une demande d'accès à une de ces techniques, le couple doit s'entendre avec les médecins qui détiennent la maîtrise technique des moyens et qui, de ce fait, déterminent la manière dont le couple devra procréer pour « faire » un enfant (Novaes, 1986, p. 178).

Le fait que la fécondation se passe en dehors du couple donne aux médecins une place différente. L. Gavarini analyse la place des gynécologues dans les nouvelles technologies de reproduction : « [...] les médecins et principalement les gynécologues font presque partie de la cellule conjugale reproductive. Ils sont la référence autorisée et autorisante » (Gavarini, 1986a, p. 203). Ces techniques multiplient les cadres sociaux pour l'enfantement. Selon S. Novaes (1986), le cadre de l'engendrement s'élargit et dépasse le couple reproducteur. La procréation peut se négocier à plusieurs entre ceux qui détiennent les moyens techniques et ceux qui engagent leurs produits et leurs capacités biologiques dans ces procédés.

Les médecins prennent une place de plus en plus importante, certes. Mais ils sont entièrement dépendants des couples qui viennent les solliciter et des donneurs qui leur fournissent les gamètes. Ainsi cette dépendance ne permet-elle pas de penser que leur pouvoir est limité ?

Séparation sexualité et procréation

Pour L. Tain (2003), la dissociation entre sexualité et reproduction amène les techniques à une procréation sans sexualité, donc à un mode de procréation indépendant de l'hétérosexualité. Selon elle, « [...] le déroulement des protocoles hospitaliers des techniques de reproduction tend à remettre en cause l'hétérosexualité conjugale comme fondement de l'acte reproductif au profit de l'intervention d'un tiers médical » (p. 183). Ainsi pour donner la vie il faut encore l'apport de personnes de sexe opposé, mais plus d'acte sexuel (Novaes, 1986). Avec les nouvelles technologies de reproduction, la procréation se passera de la sexualité : « il n'y a plus que des gamètes mis en contact par le truchement d'une technique hors corps, puis un ventre par lequel va transiter le futur enfant » (Gavarini, 2001, p. 241). L'apparition des médecins et de la médecine dans la reproduction fait que l'acte sexuel, qui a toujours été indispensable à la procréation, disparaît au profit d'un acte médical. Dès que cette dissociation apparaît, elle remet de fait en question le couple hétérosexuel comme base de la reproduction et l'hétérosexualité comme seul mode de sexualité pour la reproduction.

B - Des donneurs dans la reproduction

Dans les cas d'infertilités masculines ou féminines sévères, mais aussi dans les cas des couples de même sexe ou des célibataires, la présence d'un donneur est indispensable pour procréer, même si sa présence reste invisible. De même la mère-porteuse prend une place importante dans l'engendrement, dans le cas de stérilité féminine sévère ou pour les couples d'hommes. La sociologue I. Théry (2010a) choisit le terme d'engendrement à celui de procréation, car pour elle ce phénomène « n'est pas réductible à un ensemble d'actes biologiques » (p. 126). Elle parle ainsi d'« engendrement avec don » représenté par le tissu relationnel complexe impliqué dans ce phénomène. Le fait qu'il y ait des donneurs dans la reproduction amène quelque chose de nouveau :

Il y a quarante ans, la société a inventé deux sortes d'actions inédites et liées. D'une part, le don, que j'ai proposé de nommer « don d'engendrement » : procréer pour que d'autres engendrent. Même s'il s'inscrit dans la très longue histoire de la « procréation pour autrui » (on se souvient, par exemple que, dans l'Ancien Testament, Agar, servante de Sara, porte pour celle-ci un enfant d'Abraham : Ismaël), le don est nouveau quand il est organisé par l'institution médicale qui sépare sexualité et procréation, donneurs et receveurs, et refuse toute subordination des premiers aux seconds. D'autre part, l'« engendrement sans procréation » : la possibilité pour une personne, par hypothèse stérile (mais ce n'est nullement impératif, comme en témoigne dans d'autres pays l'accès à l'AMP des couples de même sexe), d'engendrer un enfant c'est-à-dire de contribuer directement à ce qu'un enfant puisse naître, mais sans pour autant procréer celui-ci. Et cela aussi, c'est nouveau (Théry, 2010a, p. 138-139).

Ainsi comme le souligne I. Théry, ce qui est nouveau ce n'est pas le don qui existait avant de manière parsemée et cachée, mais l'institutionnalisation du don introduite par la pratique de l'assistance médicale à la procréation. Cette institutionnalisation induit un changement dans la

filiation et permet à toutes les personnes stériles - et là nous entrons dans une définition très large de la stérilité car nous touchons à des « stérilités sociales » (Melh, 2008) comme l'homosexualité ou le célibat - de procréer.

La maternité scindée

Dans les nouvelles technologies de reproduction, la maternité devient un processus qu'il est possible, dans certains cas, de diviser en trois étapes : la donneuse d'ovocytes, la gestatrice, et la mère sociale et symbolique. Ainsi on peut se poser la question : « qui est la vraie mère ? » (Dhavernas, 1991, p. 273). Toucher à la maternité peut remettre les identités sexuelles en question :

[...] toucher au statut du maternel c'est intervenir dans une configuration où le maternel/féminin est associé au biologique, donc à la permanence, le paternel/masculin au social, donc au changement ; ce serait menacer la différence des sexes, et partant l'identité humaine. Ce serait en tout cas introduire une crise dans les rapports entre les sexes en remettant en question, au travers d'une possible équivalence des statuts paternel et maternel, la structure de la famille, pierre angulaire de la domination masculine (Rouch, 1995, p. 266).

Pour H. Rouch (1995), les mères de substitution sont la figure du clivage entre maternité biologique et maternité symbolique. Cette rupture dans la maternité remet la féminité en question. H. Rouch explique : « Qu'on choisisse de mettre la gestation du côté de la féminité ou de la paternité, ce qui est mis en question c'est la preuve de la féminité par la maternité » (Rouch, 1995, p. 265). Ainsi scinder la maternité remet la féminité et le féminin en question et ainsi que toute l'idéologie de la Nature défendue dans le système de genre. Dans l'AMP avec don, les femmes perdent de plus en plus leur naturalité. I. Théry soutient cette idée :

On aperçoit alors que le trouble dans la filiation renvoie à un autre trouble, plus secret, celui de nos représentations de l'engendrement lui-même. La fin de la grande opposition entre maternité « naturelle » et paternité « sociale » a destabilisé des repères ancestraux. Qu'est-ce qui fait la mère au sens de la filiation ? L'engagement ; voilà qui est simple. Mais qu'est-ce qui fait la mère au sens de l'engendrement ? Est-ce le fait de porter l'enfant et d'accoucher, comme le pensent les femmes qui ont eu recours à une donneuse d'ovocytes ? Ou bien est-ce le fait de confier son embryon à une autre femme qui le portera, comme le pensent les femmes qui ont eu recours à la gestation pour autrui ? À ces questions, la vaste société internationale dont nous participons a déjà répondu : les unes et les autres ont raison. Cette double « vérité » ne surprendra pas les anthropologues, qui savent que le corps n'est jamais une dernière instance mais qu'il est lui-même constitué de relations, d'intentions et de significations. Mais sa possibilité trouble à l'évidence des représentations collectives de la procréation profondément ancrées dans notre culture (Théry, 2010a, p. 296).

Du fait de toucher au statut maternel, à la spécificité féminine, les nouvelles technologies de reproduction sont en train de bouleverser le système de genre en tant que tel, et tel que nous l'avons décrit dans les deux précédents chapitres. C'est une fracture dans les définitions du masculin et du féminin qui est en train de se dessiner, ainsi qu'un coup porté à la « nature

féminine ». De même, le fait de séparer sexualité et procréation est aussi une remise en question du couple hétérosexuel comme modèle unique de la reproduction et l'hétérosexualité comme seul mode de procréation. Les nouvelles technologies de reproduction constituent donc bien un nouveau mode de reproduction et présentent clairement une cassure avec le système de genre. Elles ne sont donc pas dans une idéologie patriarcale d'appropriation du corps des femmes.

C - Une procréation plus égalitaire ?

Le fait que la femme, par les techniques de reproduction assistée, perde son monopole amène certains chercheurs à penser que la procréation deviendrait plus égalitaire. Dans cette vision, les femmes seraient dégagées du travail reproductif, dit « naturel », grâce aux techniques de procréation artificielle et ainsi serait scellée l'égalité des hommes et des femmes. Pour le philosophe et historien des sciences Michel Serres (1985), les nouvelles technologies de reproduction pourraient réconcilier la parenté biologique et la parenté sociale :

Nous avançons lentement vers la célébration de deux noces en une : celles du mâle, réduit par la nature à l'engendrement culturel, et de la femme, longuement condamnée par quelques cultures à se contenter du travail dit naturel. Nous avançons vers leur égalité par des processus en train de s'unifier (p. 24).

Pour H. Rouch (1995) les nouvelles technologies de reproduction brouillent les repères, mais elles viennent brouiller ce qui l'était déjà à cause de l'asymétrie des sexes de la reproduction. Cependant, elle pense que ces technologies de reproduction, dans leurs conséquences prévisibles, devraient établir une symétrie dans une reproduction où hommes et femmes n'interviendraient plus que comme producteurs de gamètes (p. 262). Elle explique que même si les nouvelles technologies de reproduction se passent de la sexualité et ne se servent que des gamètes humains, elles nécessitent encore une partie du corps des femmes avec l'utérus pour la gestation et l'ovocyte pour le développement embryonnaire.

Pour la sociologue L. Gavarini les raisonnements qui voient les nouvelles technologies de reproduction comme annonceuses de la fin de la hiérarchie entre les sexes sont faux. Pour elle, les techniques de reproduction assistée ne peuvent pas solutionner les conflits entre les hommes et les femmes :

[...] on a glissé progressivement de la contestation des modèles sociaux coercitifs pour les femmes et dénoncés par elles (leur assignation sociale à la maternité et au travail domestique qui impliquait l'obligation morale de la sexualité féminine soit reproductive, c'est-à-dire hétérosexuelle [...]) à la croyance en la capacité toute puissante de la science et des techniques bio-médicales pour solutionner magiquement, non plus tant les rapports sociaux de sexes, incriminés oppressifs par les femmes, mais la biologie des femmes (elle-même peut être à l'origine de cette oppression séculaire) (Gavarini, 1986a, p. 199).

Pour elle, le gynécologue, le biologiste et leurs savoirs ne peuvent pas constituer une médiation entre les sexes car ils ne sont pas neutres (Gavarini, 1985). Ainsi la reproduction, même à travers les nouvelles technologies de reproduction, resterait un enjeu des rapports de sexe.

Il convient cependant de garder cette idée en tête car elle sera importante pour la construction de cette thèse. L'idée est la suivante : les nouvelles technologies de reproduction peuvent-elles faire basculer le système de genre en détruisant certains de ces piliers représentés par l'hétérosexualité et le couple hétérosexuel comme base de la reproduction ? Peuvent-elles faire basculer le système de genre en touchant à la maternité et en introduisant des donneurs dans le processus de reproduction ?



Les féministes sont divisées sur la question de l'AMP. Certaines d'entre elles critiquent les nouvelles technologies de reproduction, les percevant comme étant dans le prolongement de l'idéologie patriarcale. Les médecins des NTR d'une part se servent du corps des femmes dans les parcours d'AMP en faisant des expérimentations et en s'appropriant les produits de ce corps comme avec des ovocytes surnuméraires par exemple. D'autre part, ils nient la place des femmes dans leurs discours et prennent, quant à eux, une place de plus en plus importante dans la reproduction et dans les décisions concernant les embryons.

Les médecins des NTR sont-ils dans une idéologie patriarcale ? Il est vrai que les spécialistes de l'AMP semblent vouloir maîtriser les corps féminins, mais non dans une logique patriarcale, mais plutôt dans une logique d'avancée médicale sur la reproduction (rendre la reproduction plus maîtrisable, diminuer les maladies génétiques, etc.). C'est ce que pensent d'autres féministes. Pour elles, les nouvelles technologies de reproduction bousculent le système de genre (que certaines chercheuses nomment patriarcat) car elles redéfinissent les modèles de filiation en faisant intervenir de nouvelles personnes dans la reproduction (médecins, donneurs). En redéfinissant ce modèle de filiation, elles remettent en question le système de genre basé sur l'hétérosexualité et le couple hétérosexuel reproducteur car l'AMP permet à des couples homosexuels ou à de personnes seules de procréer. Ainsi elles cassent l'association, si chère à l'idéologie patriarcale, entre la femme et la nature et l'homme et la culture en recréant à partir des gamètes un nouveau mode de reproduction.

Sur le but des médecins dans les NTR, nous finirons avec cette citation du biologiste J. Testart dans la préface de l'ouvrage de L. Gavarini :

Ma véritable contribution n'a rien démontré, contrairement aux usages scientifiques, elle se ramène seulement à une intuition. Mais une intuition « pionnière », comme on qualifie les premières médicales, une intuition énorme d'évidences et de menaces qui me poursuit depuis bientôt vingt ans : on ne s'est pas donné tout ce mal pour disposer l'œuf hors du corps de la femme dans le seul but de permettre à quelques milliers de couples stériles d'avoir des enfants. [...] Ce qu'elle va bouleverser c'est notre capacité à choisir l'humanité, ou du moins la structure biologique des humains, encore soumise

au pouvoir magique d'une « loterie génétique » qu'il faut revisiter (Testart, 2001, p. 13-14).

À travers cet extrait on peut penser que la stérilité est effectivement un alibi pour cette médecine de la reproduction. L'intérêt des gynécologues et des biologistes semblerait plutôt se porter vers une reproduction plus maîtrisable. Les nouvelles technologies de reproduction sont donc ambivalentes. Elles sont d'une part dans une logique patriarcale et nataliste, en donnant des enfants « à tout prix » (Delaisi De Parseval et Janaud, 1983) aux couples stériles malgré la souffrance des femmes et les risques encourus pour leur santé. Elles vont cependant en même temps à l'encontre du système de genre en introduisant une rupture entre sexualité et procréation, remettant en cause par là même le mythe du couple hétérosexuel comme base de la procréation, et donc le mythe de l'hétérosexualité. De même, l'introduction des donneurs fonde une procréation à plusieurs qui dépasse le cadre du couple hétérosexuel.

CONCLUSION

La maternité est une fonction spécifique des femmes. Cependant est-ce un avantage ou un désavantage ? F. Héritier-Augé (1978) souligne que la maternité est ambiguë et amène force et faiblesse aux femmes : « [...] du fait de la nature du pouvoir féminin, sa fécondité, qui est aussi sa faiblesse. Pouvoir que les hommes aimeraient bien avoir [...] mais aussi la faiblesse parce qu'il immobilise, qu'il est subi » (p. 401). Selon elle, les hommes ont dû s'appropriier les femmes pour obtenir leur « pouvoir de fécondité » (Héritier, 1996, p. 231) ou « pouvoir maternel » (De Vilaine, 1986a, p.19). Le revers de la médaille est la subordination engendrée par ce « pouvoir ». Le « corps-reproducteur féminin » (Tain, 1999) apparaît ainsi comme l'enjeu de toute cette organisation politique de la reproduction, de ces systèmes de genre.

Toutes les féministes semblent penser que c'est à cause de cette spécificité féminine qu'existe la domination masculine. C'est aussi le point de vues de certains anthropologues (Godelier, 2004 ; Héritier, 1996 ; Mathieu, 1973 ; Meillasoux, 1975/2005 ; Tabet, 1998, 2004). Cependant, alors que certaines féministes pensent que c'est en détruisant cette spécificité que finira la domination masculine, d'autres pensent qu'il faut au contraire maintenir cette spécificité et les spécificités « masculines » et « féminines », mais abolir la domination masculine.

Toujours dans ce questionnement sur la spécificité féminine, les nouvelles technologies de reproduction se posent clairement au cœur de ce débat féministe. Certaines féministes y voient un risque visant à anéantir la spécificité féminine de la reproduction au bénéfice des médecins qui tentent de se l'approprier, alors que les autres y voient la possibilité d'aller vers l'égalité des sexes devant la reproduction et d'ouvrir ce processus reproductif à d'autres parentalités détachées du couple hétérosexuel reproducteur.

Ainsi cette première partie nous a permis de penser la question du genre à travers l'opposition des sexes, la différence des sexes. Les sexes sont-ils divisés par la nature ou à des fins idéologiques et politiques ? La maternité est-elle au cœur de cette division ? Est-ce par cette spécificité ou à cause de cette spécificité que les femmes sont dominées ? En se séparant de cette spécificité (possibilité donnée par l'AMP) l'égalité entre hommes et femmes peut-elle être scellée ?

Le genre s'imposait dans cette recherche en tant qu'il est au centre de l'organisation de la reproduction humaine et central aussi dans les nouvelles technologies de reproduction. Dans l'organisation de la reproduction des sociétés lignagères, les femmes (le plus souvent) sont échangées à des fins d'alliances. Dans l'AMP, les corps féminins sont cette fois-ci au centre du processus médical et accaparent l'attention des médecins, au détriment des corps masculins, protégés ou oubliés.

La spécificité féminine de la grossesse peut-elle disparaître au profit d'une médecine de pointe ? Cette redistribution du travail reproductif peut-elle solutionner l'assignation des femmes à la reproduction ?

Nous allons à présent étudier le système de genre au Sénégal à travers les normes de genre autour du mariage et de la procréation et analyser la situation des couples infertiles au Sénégal. L'intérêt de cette deuxième partie est de comprendre en quoi la stérilité est au cœur de la logique du système de genre, rompant l'organisation de la reproduction.

PARTIE II. LA STERILITE AU SENEGAL : DETTE GENERATIONNELLE ET AMBIVALENCE SEXUELLE

En Afrique, si tu n'as pas d'enfant, tu es la risée de tout le monde. C'est pour ça qu'on se donne corps et âme pour en avoir.

Madame P. 39 ans, Sénégalaise, Catholique

[...] la reproduction sexuée est souvent invoquée, dans la logique de sens commun, pour infirmer ou critiquer la dénaturalisation de la bi-catégorisation sexuelle (mâle/femelle, masculin/féminin, homme/femme) : la nature de la reproduction nous rappellerait à un ordre des choses immémorial, selon lequel un homme est un homme et une femme est une femme, car il faut un homme et une femme pour faire un enfant. Est-ce à dire qu'un individu qui ne veut ou ne peut pas se reproduire n'est ni une femme ni un homme ?

Dorlin et Fassin, E., 2010, p. 9



Rues de Dakar, 2011.



Mosquée, Liberté 6 Extension, Dakar, 2012.



Centre-ville de Dakar, 2012



Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec, Dakar, 2012.



Hôpital Général de Grand-Yoff, Dakar, 2012.

CHAPITRE 4.

RELATIONS D'AUTORITE ET REGLES CONJUGALES AU SENEGAL

Après avoir exposé dans la première partie le sens que nous donnions au système de genre et démontré en quoi il contribuait à l'organisation de la reproduction, nous allons à présent examiner comment il s'exerce au Sénégal. Comprendre les normes de genre de la société sénégalaise nous permettra d'analyser la situation des couples infertiles dans ce pays.

Au Sénégal, les rapports asymétriques et hiérarchiques au sein des couples se trouvent traversés par d'autres rapports de pouvoir, notamment dus à l'âge. Les générations antérieures ont un droit de contrôle sur les générations postérieures. Ainsi, les parents et la famille ont une grande importance au sein des unions. Par exemple, dans le cadre de l'infertilité, les familles - dont les représentants sont les parents - peuvent décider de mettre fin à l'union ou d'orienter le mari vers la polygamie. L'autorité familiale a donc ici toute son importance. Dans ce système d'autorité familiale doublé d'un système de genre, les femmes se trouvent réfrénées dans leur autonomie car elles sont doublement contrôlées par leur époux et par leur belle-famille.

À travers les unions, les familles cherchent à se perpétuer. Elles désirent plus que tout l'« enfant », le symbole de leur prospérité. Ainsi la stérilité est une malédiction pour les familles car elle réduit leur descendance. Au Sénégal, comme dans beaucoup d'autres pays, la femme est perçue comme la responsable de la stérilité du couple. La stérilité masculine est plus méconnue et elle est restée déniée individuellement et socialement. L'épouse doit faire la preuve de sa fécondité et, si l'enfant tarde à venir, des solutions seront trouvées par les familles pour pallier ce problème conjugal.

I - L'AUTORITE DES MARIS ET LA SOUMISSION DES EPOUSES

A - L'image des femmes au Sénégal

Les femmes menaçantes

Au Sénégal, les hommes sont socialement dans une position d'autorité par rapport aux femmes et adoptent une attitude de méfiance par rapport à elles. Selon la sociologue Binetou Dial⁷³, les hommes sénégalais sont conservateurs et « *ils ont un discours hermétique et dur par rapport aux femmes. Ils voient les femmes comme responsables de tous les maux de la société* ». Elle explique que les femmes sont souvent perçues, dans les représentations sénégalaises, comme déviantes et influençant les hommes sur le chemin de la déviance. Docteur P., médecin interne d'un hôpital de Dakar, partage cette opinion, mais applique cette pensée à l'ensemble des sociétés africaines : « *Dans les sociétés traditionnalistes, s'il y a un problème, c'est la femme !* ». Dans ces propos rapportés du terrain, les femmes sont renvoyées vers une image négative et sont perçues comme les responsables de la déviance masculine et des maux sociaux. Ces témoignages se retrouvent dans la littérature scientifique. L'anthropologue M. Lecarme-Frassy (2000) explique que l'instabilité sexuelle potentielle des femmes sénégalaises est ressentie comme une menace sociale. Elle précise que dans les représentations sénégalaises, les femmes sont associées à ce qu'elle nomme la « sorcellerie anthropophage » (p. 182), laquelle confisque la puissance sexuelle masculine. Elle analyse la logique masculine face à cette menace : « Les femmes seraient dangereuses par nature, donc à soumettre. Elles le seraient aussi par effet social, vu leur maintien en état de subordination. Il faudrait donc les contrôler, vu les risques de rébellion, fantasmés ou réels. » (p. 181). Elle précise cependant que cette menace s'atténue avec l'âge : « Les coutumes les définissent [les femmes] comme des incapables mineures, c'est-à-dire sans personnalité juridique. Mais passé l'âge de la ménopause, leurs droits augmentent. Femmes fécondes, femmes dangereuses ? » (p. 177).

Cette méfiance à l'égard des femmes sénégalaises se retrouve dans d'autres pays africains. J.-F. Vincent (1999) explique que dans les récits mythiques de deux sociétés du Cameroun, les *Mofu* et les *Beti*, la femme est perçue comme « la perturbatrice, la destructrice, celle par qui viennent le désordre et la difficulté » (p. 199). Les hommes de ces sociétés la placent du côté du mal et l'associent à la sorcellerie. Chez les *Tikar* du Cameroun, J. A. Ngoundoung (1999) écrit que la femme représente pour tous l'instabilité et la confusion : « Par son sexe, elle génère les éléments du cosmos et à travers sa fécondité, elle assure le lien entre le monde des vivants et celui des esprits » (p. 226). D. Bonnet (1988) fait elle aussi allusion à l'aspect binaire de la femme :

Les caractéristiques de la femme sont inquiétantes mais elles lui confèrent, par le fait même, un pouvoir situé dans les régions du surnaturel (féminité inaccessible). La femme se voit alors octroyer le pouvoir de communiquer avec les puissances surnaturelles (divination) mais elle devient, par là même, soumise et à la merci de ces

⁷³ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

puissances surnaturelles (folie). La femme est alors porteuse de deux valeurs antinomiques : l'une bénéfique de fécondité, l'autre maléfique de sorcellerie. Le pouvoir de procréation engendrant un désir de représailles par ingestion (mère-ogresse) ; dans la plupart de ces croyances, la mère n'est, en effet, jamais très éloignée de la sorcière (p. 34).

Ainsi les femmes possèdent une force associée à la sorcellerie, notamment lors de certains moments de leur vie comme pendant leurs menstrues, leur grossesse, leur accouchement. C'est dans le cadre de tout ce qui a trait à leur féminité/fécondité que les femmes inquiètent les hommes. Ici se trouverait la puissance féminine, en contact avec les forces de la nature et du surnaturel. Les femmes sont pensées à la frontière entre nature et culture :

La valence féminine que l'on attribue souvent à la sorcellerie semble être liée à la position ambiguë de la femme à la charnière entre la nature et la culture, entre la vie privée et la vie publique. L'ambiguïté de la femme tient au fait qu'elle engendre des incirconcis ; en elle le passage de la nature à la culture n'est pas assuré, fait toujours problème (Ortigues, M. C. et E., 1973, p. 249-250).

Les femmes sont aussi accusées de causer les maladies. L'anthropologue M. Egrot (2004), qui a étudié les représentations autour de la maladie au Burkina Faso, indique que les femmes sont perçues « comme des êtres sur-naturels, capables de maîtriser, par la procréation, les différentes forces de la création » (p. 62). Selon lui, dans le contexte de la maladie, les femmes sont souvent accusées de sorcellerie, ou d'avoir commis une faute qui aurait fait surgir une maladie. Elles sont systématiquement incriminées en cas de maladie infantile et le sont très souvent dans les maladies affectant les adultes. Les regards se tournent donc en premier vers les femmes lorsqu'un désordre biologique ou social arrive. Pour ces raisons, il existe parfois une séparation des espaces masculins et féminins :

Malgré cette séparation, la puissance des femmes inquiète toujours. Une femme qui a ses règles ne doit plus approcher la case de son mari ni aucun lieu sacré, car elle a alors le pouvoir de détruire la puissance des amulettes et des fétiches (Egrot, 2004, p. 66).

Le lien entre femmes et maladies infantiles se retrouve au Sénégal. Celles-ci sont accusées dans ces cas d'avoir rompu un interdit sexuel, de mal nourrir leur enfant ou de sevrage précoce (Desclaux, 1996).

La volonté de soumission des femmes au Sénégal s'inscrit donc dans cette logique : contrôler les femmes pour ne pas se trouver submergé par leur pouvoir et esquiver leur caractère déviant. Être femme au Sénégal consisterait donc à construire une identité, soit en se soumettant à l'injonction sociale de contraintes et de valeurs, soit en transgressant et en étant de ce fait marginalisée (Lecarme, 1999).

La sacralisation de la mère

À l'opposé de cette image de femme déviante influencée par les forces de la nature, se trouve l'image de la bonne mère soumise à son mari. Au Sénégal, la soumission des épouses et la

valorisation du statut de mère sont légitimées par des dictons populaires. Par exemple, l'adage *ligueeyn ndey anoup doom*⁷⁴ promet à la femme qui se soumet à l'autorité de son mari, un bon avenir pour ses enfants. Pour P. Mbow (2001), cet adage a été longtemps l'expression de la domination de l'homme sur la femme au Sénégal. Selon elle, l'avenir de l'enfant a toujours été mis en avant : « pour faire endurer à la femme les injustices au sein du ménage et face à la belle-famille » (p. 209). Selon les anthropologues S. Fainzang et O. Journet (1988) ce type de pensée favorise la hiérarchie entre les sexes au Sénégal :

La soumission comme pratique sociale est ainsi étayée par des représentations qui légitiment les rapports sociaux entre les sexes dont elle participe. Dès lors, la domination masculine est fondée en nature puisqu'elle est la condition nécessaire à la bonne formation de l'enfant et à la protection de sa destinée. La reproduction des rapports sociaux entre les sexes est donc rendue possible par un système de représentations en vertu duquel une femme doit être mère pour exister socialement et doit se soumettre à son mari pour assurer le bien-être et l'avenir de ses enfants (p. 160).

Ainsi au Sénégal l'épouse qui ne se soumet pas à son mari prend le risque de gâcher l'avenir de ses enfants. Être une bonne épouse devient indissociable d'être une bonne mère. Même s'il s'agit là d'un adage local sénégalais, l'idée sous-jacente est de contraindre les épouses à la soumission et à leur rôle de mère. Cette même volonté de soumission à l'époux se retrouve dans la religion islamique. A.-C. Dero (1999) explique que pour une femme : « devenir épouse et mère représente, selon l'islam l'accomplissement de son destin de femme » (p. 78). C. Pezeril (2007) précise que ces dictons populaires sont repris par des communautés religieuses du Sénégal, comme les *Baay Faal*⁷⁵ qui adulent les mères des marabouts, en tant que mères d'un saint et épouses modèles. Selon l'auteur : « La figure maternelle est idéalisée, sacralisée, presque intouchable » (Sect. *Une anthropologue en déroute face à la domination masculine*, para. 2). B. Dial (2007) précise que cette décision de soumission des femmes serait d'origine divine :

Différents versets et *hadiths* montrent combien est importante l'obéissance de la femme à son mari et légitiment ainsi l'inégalité des rapports femmes et hommes. La religion invite la femme à être soumise et dévouée ; et, symétriquement, elle autorise l'homme, en tant que principal pourvoyeur des ressources financières du ménage, à exercer son autorité et à marquer sa supériorité sur sa femme (p. 359).

L'islam, à travers des organisations religieuses, cherche ainsi à moraliser l'espace urbain sénégalais. Les filles sont visées par des critiques portant sur leurs mœurs légères, leurs vêtements dénudés, la mauvaise éducation qu'elles donnent à leurs enfants (Samson, 2006). Plusieurs pays musulmans dont le Sénégal ont ratifié la convention des Nations Unies pour l'élimination des discriminations envers les femmes, mais l'ont souvent assortie de réserves concernant l'autorité de l'homme dans la famille car cette question est importante dans la pensée juridique musulmane

⁷⁴ « Le travail de la mère est le déjeuner de l'enfant » traduction donnée par B. F. Dial, 2007.

⁷⁵ Les *Baay Faal* constituent une branche de la confrérie Mourides fondée par Cheikh Ibrahima Fall. Sur le wite : http://fr.wikipedia.org/wiki/Baye_Fall

(Fortier, 2010). Le contrôle des mœurs sexuelles est fondamental pour la religion islamique comme l'explique C. Chafiq (2011) : « La gestion de la sexualité joue un rôle déterminant dans la constitution et la préservation de l'ordre communautaire projeté dans la *charia* qui fonde la gestion de la cité islamique » (p. 27).

Les femmes, dépendantes financières ?

Selon B. Dial (2007), la femme est, « partout et toujours subordonnée à un homme » (p. 360), quand elle est fille, mère et épouse. Elle précise qu'autrefois, l'autorité de l'homme sur l'épouse était légitimée par la prise en charge financière de celle-ci, mais aujourd'hui beaucoup de femmes contribuent aux revenus nécessaires du ménage. Malgré cette participation à l'économie du ménage, leur statut n'évolue pas. Elles doivent obéir au mari, ainsi qu'aux parents de celui-ci car leur non-obéissance peut entraîner un divorce. B. Dial⁷⁶ insiste sur le paradoxe de la société sénégalaise qui demande, d'un côté à la femme d'être soumise et de rester à la maison et, d'un autre côté, de sortir de la sphère familiale pour travailler. Selon elle, ce paradoxe est dû à la religion islamique. En effet, elle explique (2008) que l'islam s'oppose au travail des femmes et souhaite leur dévotion à leur rôle familial, alors que « les traditions africaines ont toujours accordé aux femmes une large autonomie dans la gestion de leurs activités et la reconnaissance de leur droit de gérer les bénéfices » (p. 89).

Lors de l'enquête démographique de santé (EDS-MICS 2010-11), 40 % des femmes enquêtées exercent une activité. Le pourcentage de femmes qui travaillent au moment de l'enquête augmente régulièrement avec l'âge, passant d'un minimum de 20 % à 15-19 ans à un maximum de 63 % à 45-49 ans. Les femmes en rupture d'union sont les plus nombreuses à exercer une activité et leur nombre augmente en fonction du nombre d'enfants qu'elles ont. Les femmes des ménages les plus riches sont plus fréquemment occupées que celles des ménages les plus pauvres. 79 % des hommes exercent une activité au moment de l'enquête. Le pourcentage d'hommes qui travaillent augmente régulièrement avec l'âge, passant de 53 % à 15-19 ans à 97 % à 35-39 ans et à 95 % à 40-49 ans (Gueye et Diakhaté, 2012).

La littérature commente l'arrivée des femmes sur le marché de l'emploi. Selon M. Brossier (2007), suite à la crise économique de 1980 au Sénégal et au désengagement de l'État, les femmes ont progressivement fait leur entrée sur le marché du travail informel ; ce qui leur a permis d'acquérir une certaine indépendance économique. Les structures familiales n'ont, quant à elles, pas évolué. Dans un article publié en 1979, C. Le Cour Grandmaison relate l'importance du travail des femmes à Dakar. Elle explique que l'argent qu'elles gagnent est leur bien et ne va pas dans l'économie familiale. Lorsqu'elles gagnent peu d'argent, celui-ci contribue aux dépenses quotidiennes, mais dès qu'elles en gagnent beaucoup, elles peuvent s'offrir des biens personnels ou économiser pour un investissement futur. L'auteure insiste sur les contrats entre époux qui ressemblent à ceux entre patrons et salariés ; l'époux devenant, dans certains cas, le salarié de sa femme comme dans l'exemple des vendeuses de poisson qui possèdent leur pirogue et qui y

⁷⁶ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

emploient leur mari comme pêcheur. Pour l'auteure, ce type de contrat entre époux, ainsi que la séparation de leurs biens, symbolisent l'indépendance et le pouvoir de certaines femmes au sein de leur union.

M. Lecarme-Frassy (2000) explique qu'en milieu rural le mari fournit la céréale de base et son épouse complète avec les légumes, les condiments et le poisson à partir de ce qu'elle produit, vend ou troque, ou à partir de l'argent journalier que son mari lui a donné. En milieu urbain l'épouse complète l'apport financier de son mari à l'aide d'un micro-commerce qui lui apporte un petit revenu journalier. L'auteur souligne que la place économique des femmes au Sénégal a été, et est toujours, sous-évaluée par leurs proches ainsi que par elles-mêmes, alors qu'elles jouent pourtant un rôle important dans l'approvisionnement des quartiers et dans l'achat de produits de subsistance au quotidien pour leur famille (Lecarme, 1999). Ce travail des femmes est aussi sous-évalué sur un plan social. Elle explique que « la fatigue » est liée au féminin et désigne « une lassitude physique et morale, une charge mentale et psychologique » (2009, p. 255). Elle associe cette fatigue au travail domestique et extra-domestique, à la procréation, au rapport avec les coépouses et la belle-famille. Selon elle, la valorisation morale du courage des femmes faite par les hommes induit une dévaluation de l'économique pour éviter de mettre en péril la hiérarchie entre les sexes. Le travail des femmes, bien qu'il ait une existence réelle, n'est pas reconnu car sa reconnaissance menacerait la hiérarchie conjugale et permettrait à l'épouse de mieux s'imposer dans son ménage :

Sous l'effet du vieillissement du mari, des rigueurs du marché du travail ou de l'enrichissement personnel de l'épouse, il peut se produire une modification des rapports économiques prescrits entre époux. Cependant, d'après mes observations, la responsabilité financière des femmes reste sans effet sur les rapports de pouvoir dans le cadre domestique (Lecarme, 1992, p. 315).

Ainsi, l'argent des femmes n'est « pas source de pouvoir dans les rapports conjugaux » (Lecarme, 1992, p. 317). La circulation des fillettes, gratuite lorsqu'elle est intra-familiale et rémunérée lorsqu'elle est extra-familiale, est la condition première de l'activité marchande des femmes. Le travail domestique de ces cadettes permet aux femmes d'assurer leur rôle de mère et d'épouse grâce au temps libéré par celles-ci (Lecarme, 1992). Ce rapport de subordination est essentiel pour l'activité marchande des femmes adultes. B. Dial (2008) explique que l'accès du travail aux femmes est difficile car soumis à la volonté du mari. Certains maris s'inquiètent de l'autonomie donnée aux femmes par le travail car le pouvoir économique que les femmes acquièrent en travaillant peut être converti en pouvoir décisionnel.

M. Abdoul (2001) explique qu'à Santhiaba, près de Thiaroye-sur-Mer, les femmes sont impliquées dans des activités d'économie populaire ; elles gèrent les bornes-fontaines du quartier, vendent les produits de la pêches, commercialisent les produits maraîchers, font de la restauration et pratiquent des tontines. Elles sont aussi majoritaires dans les adhésions aux mutuelles d'épargne et de crédit. L'auteur note ainsi qu'elles sont très dynamiques sur le plan économique et qu'elles participent activement aux revenus de leur ménage. Le travail des femmes pallie souvent les difficultés financières des époux (chômage, retraite). Pour commencer une activité rémunératrice,

la femme doit avoir l'aval de son époux ; de même elle devra trouver quelqu'un pour la remplacer dans ses tâches domestiques (filles, servantes, cousines, etc.) car « la préservation du statut d'épouse et de femme d'Untel prime sur toutes les autres considérations » (p. 189). L'auteur explique que l'activité des femmes soulève la question de l'intégration du modèle de famille « traditionnelle » dans l'environnement urbain et selon lui il y a « une crise des rôles masculins, même si l'autorité des hommes n'est pas fondamentalement remise en question » (p. 190). Il précise que ce travail féminin est entré dans les mœurs et qualifie cette activité des femmes comme d'un « *empowerment* » qui permet aux femmes de subvenir à leurs besoins et d'acquérir des biens personnels. Il explique que cet *empowerment* économique des femmes a permis une relative autonomie notamment par rapport à la gestion de leur budget. À travers la religion, les femmes investissent aussi un nouveau secteur qui leur permet parfois une émancipation économique. Elles créent par exemple, autour du pèlerinage à La Mecque, des tontines à vocation religieuse et deviennent des pèlerines-commerçantes multipliant ainsi leur capital économique (Hardy et Semin, 2009).

Dans un contexte d'émigration, les femmes parviennent à se défaire de l'autorité de leur mari. C. A. Babou (2013) décrit l'activité des Sénégalais partis s'installer aux États-Unis. L'activité des tresseuses est très développée dans ce pays. Ce métier est un métier de femmes et celles qui sont installées aux États-Unis ont su en tirer profit et gagnent très bien leur vie, pouvant même investir dans une maison, sans l'aide de leur mari. Elles assument toutes les dépenses quotidiennes (loyer, charges, courses, etc.). De même, le mari est souvent employé par sa femme dans le salon de coiffure. L'auteur note qu'il s'agit là d'une inversion totale des rôles de genre, même si le mari conserve une autorité sur sa femme. Le fait qu'il n'ait plus de puissance économique, fait que son épouse a plus de liberté, notamment en matière de décision :

[...] on peut parler d'une inversion des rôles de genre : de nombreux maris sont employés par leurs femmes, ils aident à gérer le salon de coiffure, font les courses, s'occupent des enfants, et servent de chauffeurs. [...] Le progrès de l'aisance et des contributions financières des femmes influence progressivement la distribution du pouvoir et de l'autorité au sein du foyer. De nombreuses femmes sont devenues décisionnaires en matière de reproduction, et définissent les priorités d'investissement et d'emploi du temps. Elles sont de plus en plus mobiles et susceptibles de s'éloigner de leur mari pour trouver de meilleures perspectives professionnelles. Les femmes [...] disent ne pas remettre en question les hiérarchies « traditionnelles » au sein du foyer, et affirment leur attachement aux valeurs musulmanes et wolof de respect de leur mari et de soumission à son autorité. Pourtant leurs mentalités et leurs pratiques, dans les faits, sont loin de concorder avec leurs déclarations (p. 291).

L'auteur explique que les hommes acceptent mal cette situation et reprochent à leur épouse le manque d'attention à leur égard. Cela conduit à des divorces qui augmentent considérablement chez ces migrants sénégalais installés aux États-Unis. Il explique :

[...] les maris incapables de construire une maison se sentent frustrés et émasculés par la réussite de leur femme. Ils sont nombreux à tenter de réaffirmer leur masculinité en se tournant vers une polygamie élargie et en se mariant avec des femmes plus jeunes

vivant au Sénégal, qui sont plus dépendantes d'eux et moins susceptibles de les remettre en cause. Le fait que les hommes soient incapables de remplir leur rôle idéalisé de soutien de famille et de constructeur de maison sape leur statut et leur identité (p. 292-293).

On peut noter que l'activité économique apporte une relative autonomie des femmes sénégalaises, sans remettre cependant en question les valeurs traditionnelles concernant leur statut. Les femmes sont plus à même de combler leurs besoins et ceux de leurs enfants lorsque leur mari ne parvient pas à prendre en charge ces dépenses matérielles. Dans le contexte migratoire, notamment aux États-Unis, la situation est radicalement différente, car les femmes, en gagnant très bien leur vie, se défont complètement de l'autorité de leur mari, mais ne l'assument pas encore totalement, notamment sur le plan discursif. Ce contexte migratoire renvoie par un effet de miroir aux normes rigides et incontournables du Sénégal concernant le genre et la reproduction.

B - Asymétrie dans le couple

Asymétrie conjugale et islam

Le Coran contient des points en faveur de la polygamie, de la répudiation, des droits inférieurs des femmes en matière d'héritage ou de témoignage (Fahmy, 2004). Le prophète Muhammad donna cependant aux femmes certains droits, notamment à une part de l'héritage. Ainsi elles peuvent hériter de la moitié de ce qu'hérite un homme (Fahmy, 2004). La veuve, elle, hérite du quart de la fortune de son mari s'il est sans ascendance et d'un huitième dans le cas contraire (Nawal, 1980). Selon A.-C. Dero (1999), le Prophète « octroie à la femme toute la responsabilité dévolue au croyant. Elle, comme lui [le croyant] sera jugée en fonction de ses actes. Hommes et femmes sont donc égaux devant la récompense et le châtement ultimes. » (p. 74). Elle précise cependant que l'autorité et la supériorité des hommes sont justifiées par « un caprice divin » (p. 76), car Dieu préfère l'homme à la femme, et par un facteur économique, la dot. Dans beaucoup de pays musulmans, concernant les privilèges dévolus aux hommes, certaines femmes musulmanes réclament un réajustement de la *charia*, notamment sur la polygamie et la répudiation (Fahmy, 2004). Au Sénégal, des chercheuses demandent un réajustement des textes islamiques en fonction du contexte historique et politique en vigueur dans les pays (Mbow, 2010).

Dans l'islam, la femme doit être fidèle et obéir à son mari concernant les rapports sexuels en échange de sa protection nourricière et vestimentaire, d'un logement meublé, d'accessoires de toilette et de soins en cas de maladie. La femme n'a pas le droit de sortir la nuit sans la permission du mari (Fahmy, 2004). Selon G. Ascha (1987), l'islam a conscience des besoins sexuels du mari. Le Coran dit : « Vos femmes sont un champ de labour pour vous. Venez à votre champ de labour comme vous voulez ! » (Coran, « La Génisse » II, 223 (Blachère), cité par Ascha, 1987, p. 56). L'auteur précise que la femme qui se refuse au mari est perçue comme indocile et doit être châtiée. L'obéissance à l'époux est concomitante de l'obéissance à Dieu ; ainsi désobéir au mari revient à désobéir à Dieu.

L'autorité des maris implique parfois de la violence. Lecarme-Frassy (2000) indique que cette violence est tacitement admise, bien que les femmes la remettent de plus en plus en cause. Cette violence fait partie intégrante du rapport conjugal et sert à confirmer l'autorité légitime des maris. Elle précise que la dureté des maris est peut-être due à la polygamie, car le mari doit affirmer très fortement son pouvoir pour ne pas être pris à parti ou dominé par ses épouses. Le mari est l'autorité de la famille et il exerce son pouvoir sur son épouse autant que sur ses enfants. Cette violence est approuvée par l'islam. M. Fahmy (2004) explique que le mari a le droit de corriger sa femme en lui portant des coups de manière raisonnée et il précise : « l'islamisme considère à cet égard la femme comme un enfant et le mari comme un père, qui peut, dans certaines conditions, corriger les caprices de son fils en lui infligeant des corrections corporelles non abusives » (p. 103). Au sujet de la violence conjugale, l'enquête Démographique et de Santé (EDS-MICS 2010-11) rend compte que la violence des hommes est tolérée chez beaucoup de femmes : six femmes sur dix pensent qu'un homme peut battre sa femme si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ou quand elle discute les opinions de son mari. L'enquête démontre que les hommes sont moins nombreux que les femmes (25 % contre 60 %) à penser qu'il est justifié de battre sa femme (Camara, 2012).

En matière de divorce musulman, les hommes sont beaucoup plus avantagés que les femmes. La répudiation permet aux hommes de divorcer facilement de leur épouse ; ils peuvent répudier leur femme devant deux témoins masculins adultes et n'ont pas à justifier leur acte (Dial, 2008). Il existe deux formes de répudiation : la répudiation révocable et la répudiation irrévocable et immédiate. Les épouses peuvent demander aussi à divorcer, mais seul l'époux peut en décider. Lorsque la femme prend la décision de partir, l'union ne sera pas rompue, tant que l'époux n'aura pas prononcé la formule de répudiation. La femme peut envoyer ses tuteurs pour que le mari la répudie devant des témoins (Dial, 2008). Le divorce par *Khul'* permet à la femme musulmane de divorcer mais il n'est pas comparable au droit de répudiation de l'homme car il est plus contraignant. La femme doit rembourser sa dot au mari ; elle doit « racheter sa liberté » (Fortier, 2010b, para. 27). De plus, il arrive que la femme doive rendre à son mari les cadeaux qu'il lui a offerts pendant leurs années de mariage (Fortier, 2010b).

La polygamie

La polygamie est légale au Sénégal et elle est beaucoup pratiquée. Les unions polygamiques concernent 35 % des femmes en union et la proportion des femmes vivant en polygamie est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain (Bahoum, 2012). P. Antoine et J. Nanitelamio (1995) précisent que la polygamie est reconnue dans la législation sénégalaise : « le code sénégalais de famille offre trois options matrimoniales : le régime de monogamie, le régime de limitation de la polygamie et le régime de la polygamie, auquel cas l'homme peut avoir simultanément plus de quatre épouses. » (p. 11). Selon A.-B. Diop (1985), la polygamie permet d'élargir la parenté et les réseaux de solidarité. Il explique que sur un plan productif, en augmentant le nombre d'enfants, elle augmente l'accroissement de la production et des biens.

Selon P. Antoine et P. Bocquier (2009), la polygamie à Dakar est due à la précocité de l'âge au mariage et au remariage rapide après le divorce. Ils précisent que les hommes, quel que

soit leur niveau d'éducation, adhèrent majoritairement à cette pratique, alors que les femmes adoptent plusieurs attitudes face à cela : résignation, hostilité ou réalisme, mais sont plutôt majoritairement opposées à cette pratique. Le mari peut prendre une autre femme dès que ses moyens financiers le lui permettent. Il faudra qu'il ait payé entièrement la dot de sa première épouse et il doit avertir celle-ci de son projet. S'il ne le fait pas, celle-ci a le droit de demander le divorce (Foladé, 1960). La polygamie augmente le nombre d'enfants des ménages, allant jusqu'à tripler le nombre d'enfants d'un ménage monogame (Gomila, 1969). Le nombre d'enfants d'un homme augmente son pouvoir. S. Lardoux et E. Van De Walle (2003) expliquent l'accentuation de la hiérarchie entre les époux du fait de la différence d'âge :

Bien que les nombres d'hommes et de femmes d'âge fécond soient à peu près égaux dans la plupart des populations humaines, la pratique de la polygamie est rendue possible par une forte différence d'âge entre les époux et par le remariage rapide des veuves et des divorcées (p. 808).

Ils expliquent que la pratique du lévirat facilite le remariage des femmes même âgées ou en charge d'enfants. La plupart des couples rencontrés à Dakar lors de nos enquêtes ont dix ans d'écart, si ce n'est plus dans le cas d'unions polygamiques. Cette différence d'âge entretient l'asymétrie dans les couples sénégalais, comme l'explique la sociologue B. Dial :

Il y a souvent un écart d'âge moyen de dix ans. Ce qui renforce le pouvoir du mari car le droit d'aînesse s'ajoute au pouvoir de sexe. La femme est complètement sous son contrôle du fait de la différence d'âge (*Binetou Dial, sociologue*).

La démographe T. Locoh (1995) rejoint cette idée en considérant que l'écart d'âge joue un rôle important « dans la définition des pouvoirs au sein des couples » (p. 31). Ainsi la polygamie, dans sa structure même, favorise la hiérarchie de sexe ; il constitue un moyen de valorisation pour les hommes et un signe d'aisance (Dial, 2007). Selon P. Antoine et J. Nanitelamio (1995), la polygamie est populaire auprès des hommes car elle est « un privilège qu'ils peuvent s'octroyer, une ambition permettant d'afficher leur réussite sociale, un moyen de contrôle et de domination sur les femmes [...] » (p. 26-27). Ainsi la polygamie semble être un privilège masculin qui assure le respect et accentue le statut social d'un homme.

Les unions polygamiques sénégalaises se basent sur l'opposition des femmes entre elles. S. Fainzang et O. Journet (1988) précisent que la compétition est féroce entre les coépouses dans les unions polygamiques car les épouses pensent assurer leur position de favorite en donnant le plus d'enfants à l'époux. Ce désir induit une grande rivalité des coépouses. Cette rivalité permet l'autorité du mari car le déséquilibre entre coépouses empêche la solidarité des femmes en leur assignant des positions inégales. Ces rivalités et la hiérarchie instaurées entre les femmes par le système polygamique rendent possible l'acceptation de la hiérarchie entre les sexes. Elles expliquent que la sollicitation à la compétition reproductive sert la reproduction des rapports sociaux entre les sexes dans la mesure où elle éloigne les femmes de la vie publique, du savoir et du pouvoir. Au sein des unions polygamiques, les femmes stériles se trouvent exclues de la compétition et se font réprimander par leurs coépouses. Même si la femme stérile est la première épouse, elle devra servir sa coépouse qui a un statut privilégié du fait de ses maternités.

La prise de décision au sein du couple

Les prises de décisions conjugales semblent être majoritairement du fait de l'époux. Madame C., une Sénégalaise rencontrée lors de l'enquête, évoque le fait que, dans les couples sénégalais, concernant les prises de décision, la femme n'a jamais le mot final. Cette idée se retrouve dans la littérature. Selon M. Lecarme-Frassy (2000), la légitimité du « pouvoir politique domestique » (p. 194) de l'époux est due au fait que la charge de fonder le foyer conjugal lui revient. En effet, l'enquête démographique de santé (EDS-MICS 2010-11) relève une prise de décision très largement masculine. Pour les soins de santé et les achats importants pour le ménage, par exemple, les décisions sont prises principalement par l'époux. Dans seulement 13 % des cas, la femme décide pour ses propres soins de santé et dans 8 % des cas pour les achats importants pour le ménage. De même, l'augmentation du nombre d'enfants dans le foyer fait augmenter l'importance de la prise de décision masculine. La fréquence de la participation des hommes évolue avec le nombre d'enfants vivants, passant de 64 % chez les hommes sans enfant à 88 % chez les hommes vivant avec au moins cinq enfants (Camara, 2012). Le pouvoir de l'homme augmente donc par rapport au nombre d'enfants dont il est le père. Ainsi plus un homme a d'enfants, plus il a de pouvoir. Les décisions conjugales sont aussi très différentes en milieu rural et urbain (Randall et Legrand, 2003).

B. Dial⁷⁷ considère que certaines femmes peuvent s'imposer dans leur couple, mais que l'homme reste l'autorité sociale du couple. De même, d'après S. Fainzang et O. Journet (1988), la femme possède certaines armes pour faire infléchir son époux sur des décisions. Elles parlent dans ce cas de résistance féminine, mais en montrent aussi les limites :

Or la résistance des femmes à la volonté de leur mari passe par l'utilisation d'une arme qui est celle de leur sexe ; ce faisant, elles reproduisent le rôle qui leur est assigné, mais aussi la définition sociale dont elles sont l'objet, en tant que femmes. Car plus une femme est prisée pour son sexe, plus son pouvoir est grand auprès du mari, mais aussi plus elle s'enferme dans une image, une définition de la féminité faisant d'elle un objet sexuel : une force reproductive latente (p. 161).

L'idée amenée par ces anthropologues renforce celle développée par l'anthropologue féministe P. Tabet (2004) pour qui les femmes recourent à leur sexe comme moyen d'échange contre des subsistances à travers ce qu'elle nomme l'échange économique-sexuel⁷⁸. Ici la femme se sert de son sexe pour conquérir le mari et bénéficier d'avantages mais se trouve prise au piège de n'être considérée qu'en tant qu'objet sexuel et reproductif (Echard, 1985). De même, dans les couples, la jalousie est à sens unique. Un homme peut être jaloux, contrôler les activités et les sorties de sa femme ; l'inverse n'est pas possible (Dial, 2008).

⁷⁷ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

⁷⁸ Nous avons développé cette idée dans la première partie.

C - Quelle émancipation pour les femmes ?

Célibat, divorce, veuvage et autonomie

Selon N'D. A. Benga (1997), les femmes manifestent de plus en plus un désir d'autonomisation et notamment le fait de vivre en location et non chez leur belle-famille. Ainsi selon lui « elles séparent logiques familiales et ambitions propres et cherchent à s'affirmer comme acteurs individuels responsables de leurs pratiques et de leur devenir. » (p. 302). Selon B. Dial⁷⁹, la majorité des mariages au Sénégal sont des mariages d'amour, mais parfois, les choix des femmes en matière de mariage sont raisonnés. Selon elle, certaines femmes qui ont fait beaucoup d'études et qui souhaitent privilégier leur carrière choisissent de préférence un mariage polygamique à un mariage monogamique pour avoir plus de temps à consacrer à leur travail. Elles se conforment cependant à la règle du mariage. Elle explique :

Certaines femmes font une relecture de l'institution [la polygamie] qui leur permet d'avoir à la fois un mari et un statut valorisé, tout en disposant d'une certaine autonomie. Elles prétendent négocier les conditions matérielles du contrat polygamique à leur profit. La forme de polygamie sans cohabitation semble être une formule plus confortable pour les femmes engagées dans ce type d'union. Cette formule permet d'éviter certains inconvénients de la vie polygame (2008, p. 63).

Si ces femmes privilégient le mariage polygamique au célibat, c'est parce que ce dernier est très mal perçu au Sénégal. B. Ferry (1978) explique que les jeunes filles sont préparées au mariage dès leur enfance car une femme non mariée est un poids pour sa famille, voire une honte. Il écrit : « Le célibat continue à être considéré comme une situation anormale ; à 25 ans presque toutes les jeunes filles sont mariées, à 35 ans elles le sont toutes » (p. 106). Ce constat fait par B. Ferry dans les années 70 est toujours d'actualité. B. Dial⁸⁰ explique que l'âge au mariage recule à Dakar et se situe entre 26 et 27 ans, cependant dès que les femmes ont vingt-cinq ans, leur entourage leur parle régulièrement de mariage. Selon P. Antoine, B. Laplante et M. Djire (1995), les femmes qui étudient se marient plus tardivement que les femmes qui travaillent ou que les femmes inactives. De même, l'appartenance à une classe sociale moyenne ou aisée retarde l'âge au mariage. Selon A. Adjamagbo, K. P. Aguessy et l'équipe ECAF (2013), à trente-cinq ans, il n'y a presque plus de femmes célibataires. En effet, d'après l'enquête démographique de santé (EDS-MICS 2010-11), les femmes célibataires passent de 75 % à 15-19 ans, à 17 % à 25-29 ans, à 4 % à 35-44 ans (Bahoum, 2012). Les femmes adoptent même des stratégies pour éviter le célibat, comme en témoigne cet extrait proposé par P. Antoine et J. Nanitelamio (1995) :

Le mariage demeure indispensable à cause de la religion, des pressions familiales et sociales et des avantages matériels attribués à cette union. Lorsque l'attente se prolonge, elle est vécue avec angoisse, amenant même à une sorte de « révision à la

⁷⁹ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

⁸⁰ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

baisse » des prétentions matrimoniales de certaines célibataires, qui préfèrent être dans un ménage polygame plutôt que de ne pas être mariées du tout (p. 21-22).

Le célibat est donc stigmatisant car il est envisagé socialement comme une remise en cause de la norme du pays. Il remet en question les fondements essentiels de l'institution familiale que constituent le mariage et la maternité. Cependant, une fois qu'elles ont été mariées une première fois, les femmes qui se retrouvent dans une situation de célibat, en tirent profit : « les femmes des catégories riches et intermédiaires se remarient moins rapidement que les pauvres. Certainement déçues par leur précédent mariage, elles préfèrent séjourner plus longtemps sur le marché matrimonial afin de mieux choisir leur futur conjoint. » (Dial, 2008, p. 152). Ces femmes se retrouvent dans des situations d'autonomie car elles sont moins surveillées par leur famille. B. Dial⁸¹ explique que certaines femmes peuvent habiter seules si elles sont indépendantes économiquement du fait de l'évolution des mentalités. Cependant il existe certaines limites à cette autonomie car les femmes chefs de ménage (veuves, divorcées, célibataires ou dont le mari est immigré) souffrent d'une grande vulnérabilité et d'une grande précarité car elles sont faiblement intégrées au marché du travail sénégalais (Charbit et Kebe, 2007).

Pour B. Dial (2007), le cadre familial est le premier lieu de discrimination envers les femmes. Ainsi le divorce apparaît souvent comme une solution pour les femmes : « Dans certaines situations, le divorce semble donner aux femmes, libérées de la tutelle de leur mari, l'opportunité d'une émancipation économique et sociale » (p. 358). Selon P. Antoine et P. Bocquier (2009), le taux de divorce est élevé à Dakar, mais il est rapidement suivi d'un remariage. Ils analysent les facteurs qui favorisent le divorce de la première épouse : la précarité du mari (chômage ou manque de logement) et la venue d'une seconde épouse. Selon l'enquête démographique de santé (EDS-MICS 2010-11), moins de 4% des femmes et moins de 2 % des hommes sont divorcés ou séparés. Pour B. Dial (2008), ces chiffres du divorce peu élevés masquent l'ampleur de ce phénomène au Sénégal, car les divorces sont suivis d'un remariage rapide, ce qui explique que peu d'hommes et de femmes gardent ce statut de divorcés. Elle explique que contrairement au mariage chrétien qui est un sacrement possible une seule fois, le mariage musulman est flexible car il « relève plus du contrat scellé par un don » (p. 29).

Selon A. Adjamagbo et P. Antoine (2007), le veuvage est une « voie royale » de l'autonomie féminine à Dakar. Il est cependant assez rare : 1 % des femmes et 0,4 % des hommes sont veufs (Bahoum, 2012). L'intervalle qui se constitue entre deux mariages crée un espace de liberté pour les femmes qui prennent leur temps avant de se remarier. Cependant, comme le souligne B. Dial (2008), l'absence de reconnaissance sociale du statut de célibataire incite les femmes veuves et divorcées à se remarier. Contrairement au premier mariage, qui relevait plus d'une imposition de la famille, le remariage relève, lui, plus souvent d'un choix personnel des femmes. Seules les femmes ménopausées ne sont plus soumises à une pression familiale et sociale

⁸¹ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

pour se remarier, n'étant plus supposées avoir besoin d'activités sexuelles (Dial, 2008) et n'offrant plus d'enfants à la belle-famille.

On peut donc retenir que les femmes sont dans des situations d'autonomie quand elles ne sont plus mariées (divorce, veuvage), alors que dans le cadre du mariage, elles sont soumises à diverses contraintes qui réduisent leur autonomie, notamment beaucoup de surveillance familiale. Ainsi le mariage ne serait pas un lieu d'épanouissement pour les femmes, mais de soumission et de contrainte, comme nous l'avons développé dans la première partie. Les femmes s'arrangent au maximum pour gagner leur autonomie au sein de ces normes de genre qui leur sont défavorables.

II - L'AUTORITE DE LA FAMILLE

A - Organisation domestique et productive en Afrique subsaharienne

Les modèles familiaux africains

D'après T. Locoh (1995), les familles africaines résident souvent en « familles élargies » parce qu'elles sont à la fois des unités de reproduction biologique et sociale et des unités de production jouant un rôle économique pour tous leurs membres. Les familles sont des lieux de production et de répartition du revenu. Selon elle, la pièce maîtresse des institutions familiales africaines est le respect des anciens. Les personnes âgées sont prises en charge au sein des familles lorsqu'elles sont trop âgées pour participer à la production et elles gardent un pouvoir réel au sein de la famille. Les nouveaux modèles familiaux, tels celui de la famille nucléaire, restent minoritaires en Afrique sub-saharienne. Elle explique que les familles africaines jouent un rôle important à plusieurs niveaux : démographique à travers les alliances matrimoniales, les aspirations de descendances, les stratégies migratoires, économique en créant des emplois, en formant les jeunes et enfin dans le contrôle social en transmettant des normes. Selon elle :

Les aspirations individuelles, et de couples éventuellement, étaient et restent toujours secondes par rapport aux impératifs de la solidarité du groupe familial. Les solidarités à l'égard de la famille d'origine sont plus valorisées que celles qui lient un individu à son conjoint (p. 24).

Les couples ont donc du mal à affirmer leurs décisions face aux familles élargies qui conservent beaucoup d'autorité.

La domination générationnelle

Selon C. Meillassoux (1975/2005), la communauté domestique agricole africaine repose sur les systèmes de parenté. Les rapports de parenté sont imposés à la naissance ; ils sont statutaires et intangibles. Par ces rapports, sont définies les positions dans les rapports de production et de reproduction des individus aux différents moments de leur existence. Les individus sont soumis aux normes de la reproduction sociale, dans les limites de leur groupe d'origine et l'appartenance

sociale « se communique de génération en génération » (p. 37). Il existe donc dans la communauté domestique agricole un rapport de dépendance de l'individu à l'égard des générations antérieures. Dans les villages agricoles il existe des « rapports de filiation et d'antériorité » (p. 60). L'accès à la terre est elle-même « subordonnée à l'existence ou à la création de rapports sociaux préalables – filiation ou affinité – par lesquels s'obtiennent ces matières » (p. 61). La communauté domestique fait travailler ses membres à la terre pour accumuler des biens vivriers et les redistribuer de manière délibérée.

La hiérarchie qui prévaut dans les sociétés agricoles repose sur « la notion d'antériorité » (p. 70). Les aînés sont ceux à qui la subsistance et les semences sont dues. L'aîné rassemble et emmagasine les produits et il assure la gestion de la reproduction en veillant à la circulation des femmes pubères et en équilibrant leurs capacités de fécondité à travers la communauté ou les communautés. Les femmes pubères appartiennent donc à l'aîné et restent disponibles en tant qu'objet de transaction. La famille devient la gardienne « d'une idéologie et de rites où dominant le respect de l'âge, le culte des ancêtres, de la fécondité, célébrant sous diverse formes la continuité du groupe et réaffermissant sa hiérarchie » (p. 78). Il s'agit, selon lui, d'une « idéologie de l'aïnesse » (p. 92). La société agricole, en produisant des producteurs, leur permet de créer un surplus qui permet la vie des improductifs. La société agricole se base ainsi sur un mode d'échange qui permet :

[...] d'épargner sur une longue durée par la transformation du produit agricole périssable en une valeur durable et rééchangeable à terme - comme la monnaie par exemple -, l'avenir ne peut s'investir que dans la production et la reproduction de la force de travail des dépendants immédiats, dans la constitution et la reconstitution de la cellule productive domestique (p. 92-93).

Dans les sociétés agricoles, les femmes sont convoitées pour leurs capacités de reproductrices. Pour C. Meillassoux, les femmes dans ces sociétés sont soumises à deux exploitations : exploitation de leur travail, puisqu'il est remis par son mari à l'aîné, et de ses capacités de reproductrice, parce que la filiation s'établit entre les hommes ; elle perd donc ses droits sur sa progéniture. La femme sert aussi aux aînés d'instrument de domination sur les cadets. Dans ces sociétés, les hommes ne peuvent s'accomplir qu'en ayant une épouse et une progéniture et cette règle est déterminée par les aînés :

Dans la société domestique, les aînés ne sont tels que pour avoir investi et restitué leur énergie dans la production des cadets voués au même cycle d'avances et de restitutions. Ils ne se perpétuent qu'en accordant aux cadets les moyens de la reproduction, c'est-à-dire une épouse. Par là s'atténue en même temps la dépendance des cadets à l'égard des aînés puisqu'ils acquièrent la possibilité de devenir « père » à leur tour et de jouir avec le temps d'une autorité grandissante. En profitant successivement, par contre, du produit du travail de leurs mères, puis de leurs épouses, les cadets se situent par rapport aux femmes comme les associés de leurs aînés (p. 123-124).

Selon la théorie de C. Meillassoux, les femmes sont exploitées par les hommes dans les sociétés domestiques africaines. L'aîné se sert de l'épouse pour faire travailler le cadet à son

compte. Une fois que le cadet devient père, il devient aîné à son tour. Ainsi Meillassoux refuse de parler de classe sociale concernant les aînés car c'est un cycle mouvant où l'exploité devient à son tour exploiteur.

L'échange des femmes

C. Lévi-Strauss (1949) dans son ouvrage *Les structures élémentaires de la parenté*, place l'interdit de l'inceste comme fondement de base des sociétés. C'est l'interdit de l'inceste qui amène l'alliance des groupes. Ces groupes, en refusant leurs sœurs et leurs filles, les offrent à d'autres hommes et obtiennent en échange des épouses. Les chefs, quant à eux, reçoivent plusieurs femmes de la part du groupe et en échange ils les protègent du danger. Ainsi l'interdit de l'inceste et l'obligation d'échanges et d'alliances amènent le phénomène de l'échange des femmes :

[...] la prohibition de l'inceste a d'abord, logiquement, pour but de « geler » les femmes au sein de la famille, afin que la répartition des femmes, ou la compétition pour les femmes, se fasse dans le groupe et sous le contrôle du groupe, et non sous un régime privé (p. 52).

Cette prohibition est le symbole de la prééminence du social sur l'individuel. C. Lévi-Strauss précise qu'elle n'est pas seulement une interdiction, mais elle ordonne aussi la société par une « règle de réciprocité » (p. 60). Cette prohibition est à la base d'un échange entre les individus et elle le garantit dans le temps.

Selon M. Godelier (1996b), C. Lévi-Strauss perçoit la vie sociale comme un mouvement d'échanges perpétuels de femmes, de bien, de mots. Il cherchait à comprendre l'origine inconsciente de ce mouvement d'échanges entre les humains. M. Godelier précise que, contrairement à ce qu'affirme C. Lévi-Strauss, ce ne sont pas uniquement les femmes qui sont échangées. Les hommes peuvent l'être aussi, comme chez les *Tetum* d'Indonésie ou chez les *Jorai* du Vietnam. De même d'autres sociétés, comme les sociétés européennes, échangent indifféremment les femmes et les hommes. Il explique que le don n'est pas un mécanisme pour faire circuler des biens et des personnes et assurer par là leur répartition dans la société, mais qu'il est « la condition de production et de reproduction des rapports sociaux qui constituent l'armature spécifique d'une société et caractérisent les liens qui se tissent entre les individus et les groupes » (p. 69).

La dette générationnelle

La vie des cadets consiste donc à se soumettre aux règles des anciens ; ils ne jouissent pas directement du produit de leur travail et ne peuvent accumuler à leur profit. Par exemple, chez les *Sereer* au Sénégal l'accès à la terre se fait lors du mariage pour les filles et lors de l'initiation (circoncision) pour les garçons. Cependant les crises agricoles retardent l'accès des cadets à la terre, ce qui retarde leur mariage et leur autonomie (Adjamagbo, Delaunay, Lévi et Ndiaye, 2006). De même, ils n'ont pas le choix de leur conjointe.

A. Marie (1997) explique qu'en Afrique, la personne est pensée comme plurale, composée de principes spirituels, hérités et déterminés du dehors. La socialisation de l'enfant lui apprend dès le bas âge le sens du partage, de la collectivité, les règles de respect, d'évitement, de parenté. Il

parle ici d'un « habitus communautaire, structuré par les principes de la solidarité, de la hiérarchie, de l'identité collective et de la répression corrélative des pulsions individualistes [...] » (p. 70). Selon lui, le noyau de la reproduction de la société communautaire est « l'enchaînement continu d'avances et de restitutions » (p. 76) :

[...] ceux qui donnent l'avance, sont nécessairement en position d'antériorité temporelle, donc de supériorité hiérarchique, par rapport aux donataires. De ce fait, les ascendants et les aînés sont nécessairement les créanciers de leurs descendants et de leurs cadets, qui sont vis-à-vis d'eux dans la position de débiteurs endettés : les premiers leur ont donné la vie, ils les ont nourris, élevés, éduqués, initiés, plus tard, ils ont donné à leurs fils leurs premières épouses et un droit d'exploiter leur propre parcelle sur les terres du lignage, ce qui permet de continuer à payer la dette dont ils ont commencé de s'acquitter, jeunes hommes, en travaillant pour leurs pères, et dont ils continueront à s'acquitter jusqu'à la mort des aînés, et même au-delà, quand ils honoreront leur mânes par des dépenses sacrificielles, mais dont ils sentiront moins le poids au fur et à mesure qu'ils deviendront à leur tour créanciers de leur progéniture et que celle-ci arrivera en âge de payer ses dettes à leur égard (p. 76).

L'auteur explique que le symbole de la dette est aussi présent dans la tradition par le culte des ancêtres ou héros civilisateurs et fondateurs de la société. Selon G. Balandier (2004), le culte des ancêtres est le support du pouvoir. Les aînés s'en servent pour retenir les « revendications d'indépendance » des cadets (p. 137). B. Malinowski (1927/1971) explique que les générations doivent constamment coopérer. La plus vieille qui transmet la tradition, et la plus jeune qui la reçoit. Pour lui, la continuité de la tradition dépend de l'organisation familiale. Ainsi nous sommes devant un système qui repose, comme le dit C. Meillassoux, sur l'idéologie de l'aïnesse. Les aînés assurent leur survie post-productive en exploitant dès la naissance les cadets. La mise en place de plusieurs institutions permet cette exploitation : classes d'âge, initiations, organisation familiale, figure du père, culte des ancêtres, monopole des épouses.

Selon P. Antoine (2007a), dans les pays africains, la crise économique a conforté la dépendance des cadets envers les aînés. Il explique : « les jeunes contractent une dette envers leurs parents dont ils devront s'acquitter à l'âge adulte » (p. 9). K. Vignikin (2007) explique que la notion de « relation intergénérationnelle » englobe des relations qui vont dans les deux sens : envers les enfants (confiage, prise en charge des orphelins, tutorat scolaire) et envers les personnes âgées (accueils et hébergement, prise en charge des frais de subsistance et de santé, aide financière ponctuelle ou systématique envoyée à distance). L'auteur note que les solidarités familiales s'estompent du fait de l'indépendance croissante des individus par rapport à leur groupe d'origine, de la crise économique, de la pandémie du Sida. Les États ne peuvent cependant pallier ce désengagement des familles, ne pouvant ni assurer l'avenir des jeunes, ni la sécurité sanitaire et sociale des personnes âgées.

Les risques induits par la dette : le rapport conflictuel père/fils

Selon M. Abélès et C. Collard (1985), « L'institutionnalisation des rapports d'aïnesse n'assure pas seulement la reproduction harmonieuse de la société ; elle exprime une domination et

porte en germe des conflits » (p. 10). Les auteurs emploient la notion d'« aïnesse sociale » et de « rapports entre générations » pour qualifier ce fait (p. 10). Ces conflits se trouvent matérialisés en premier lieu dans la relation entre père et fils, car leurs deux pouvoirs ne peuvent coexister.

J. Rabain (1979) explique que la ressemblance entre un enfant et son père est menaçante pour les *Wolof* du Sénégal. L'enfant qui ressemble à son père sera isolé et éduqué hors de sa famille car il est perçu comme celui qui veut prendre la place de son père. Cette ressemblance est jugée menaçante car il y a trop peu d'écart d'âge entre un père et son fils ; ils doivent donc être séparés spatialement. Au contraire, le fait que l'enfant ressemble à son grand-père est bien perçu car il doit effectivement le remplacer très prochainement. Cette pensée se retrouve dans d'autres pays africains. C. Collard (1985) explique que chez les *Guidar* du Cameroun, les pères se méfient de leur fils aîné car ils ont le sentiment que celui-ci veut leur mort afin de leur succéder au plus vite, car chez les *Guidar*, le fils aîné hérite de la plupart des biens de son père et parfois des femmes de celui-ci et il devient le tuteur des jeunes enfants. La relation est aussi tendue entre père et fils aîné chez les *Mossi* du Burkina Faso. M.-E. Gruénais (1985) explique qu'après la circoncision, le jeune homme cesse de résider dans la cour paternelle pour se construire une case à quelques mètres de la maison paternelle où il habitera. La relation devient de plus en plus froide entre les deux au fur et à mesure que le fils grandit. Le fils ne peut pas avoir d'indépendance économique et sociale reconnue tant que son père vit. Ainsi les conflits avec le père s'accroissent car la tutelle devient pesante pour le fils. Ce fils doit passer par les aînés pour se marier et obtiendra sa première épouse environ vers l'âge de vingt-huit ans. La mort du père est un événement important pour les *Mossi*. Les fils mariés accèdent à l'indépendance économique. Les épouses du défunt seront réparties entre les frères du défunt et ses fils et l'aîné prend la place du père. Il accède à la majeure partie de l'héritage et de la maison paternelle et devient le responsable d'un rituel du groupe des frères. De plus, il devient un aîné de la lignée à la différence de ses frères cadets. D. Bonnet (1988) explique que le père représente chez les *Mossi* la parole de l'ancêtre et qu'il légitime par cette parole l'autorité du groupe :

Dans ce système, la place et l'importance du père ne dépendent pas de sa réalité biologique. Elles proviennent du pouvoir reconnu à sa parole, à la loi dont il est un des dépositaires hiérarchiques, et au nom qu'il porte (p. 28).

Ainsi le père serait le représentant de l'autorité lignagère. À sa mort, le fils accède à une autonomie plus complète. La mort du père amène alors un changement de statut pour le fils.

B - L'importance du mariage pour les familles

Le mariage comme point central : le croisement entre les sexes et les générations

Dans cette organisation domestique et productive d'Afrique subsaharienne, le mariage est le point de basculement entre les générations, permettant au cadet de changer de statut en obtenant une épouse qui lui permettra de devenir père à son tour :

Le mariage est un moment fort dans l'expression des rapports entre générations, parce qu'il exprime l'interface intergénérationnelle à plusieurs niveaux : d'une part, en

signifiant le basculement d'un âge social, de dépendance personnelle, à un autre investi de responsabilités à l'égard des communautés d'appartenance ; d'autre part, parce que ce biais intergénérationnel se fait dans la confrontation de générations différentes, les anciennes qui valident et consentent, à terme, à leur remplacement, et les jeunes générations sujets de la promotion statutaire. En se mariant on passe de la génération des « jeunes » à celle des « adultes » en étant officiellement investi par les « aînés » et redevable de leur confiance. Le mariage véhicule ainsi des significations et des enjeux multiples. Au niveau individuel, très généralement, il signifie d'abord l'accès à une vie sexuelle, conjugale et reproductive socialement reconnue, mais véhicule aussi bien d'autres aspects en terme d'accès à des ressources matérielles et symboliques collectives (accès aux terres, participation aux lieux de décision...) comme en terme de statut et de reconnaissance sociale. Au niveau collectif, de même, les enjeux ne relèvent pas seulement de la filiation et de l'alliance, mais s'élargissent sur le champ politique, économique... Enfin, parce qu'il fait circuler des individus, des ressources et des droits, le mariage est un instrument de pouvoir et un lieu d'expression de rapports d'inégalité et de domination (Hertrich et Lesclingand, 2007, p. 143).

Il est le signe de l'articulation entre les sexes, se faisant sous une forme hiérarchique, car la femme arrive au mariage dans une position de débitrice par rapport à son futur époux :

Le mariage exige des hommes un effort si considérable qu'ils en éprouvent de la rancœur à l'égard de leur épouse, rancœur exprimée dans les mythes, dans les opinions sur les femmes, dans les rôles sociaux mineurs que la société leur réserve, et aussi très directement dans le discours. La jeune femme arrive ainsi dans son lignage d'alliance sous le signe de la dette : dette qu'elle n'a même pas elle-même contractée, dont elle n'a que très partiellement bénéficié, mais dont le remboursement lui échoit. Elle ne s'en acquittera qu'après plusieurs décennies d'un travail acharné qui aura permis à son mari d'acquérir d'autres épouses. La femme peut alors se retirer de l'entreprise de production conjugale, elle a obtenu le droit de se consacrer exclusivement à son propre champ et d'en vivre si elle le peut (Dacher, 1992, p. 66).

M. Dacher (1992) explique qu'une femme rapporte de l'argent chaque année à son mari et qu'en vingt ans environ elle rembourse sa compensation matrimoniale. L'acquisition d'une femme revient très chère aux hommes « en argent, en travail, en dépendance vis-à-vis des aînés qui ont bien voulu y contribuer » (Dacher, 1992, p. 70). Selon elle, « le coût élevé de la compensation matrimoniale est au cœur des mécanismes permettant l'instauration et la reproduction des rapports de descendance, aussi bien ceux des cadets face à leurs aînés que ceux des femmes vis-à-vis de leur mari » (p. 71). Ainsi on comprend la complexité de l'imbrication des hiérarchies à travers le mariage. Le futur mari, dominé par ses aînés, ne peut évoluer qu'à travers de nombreux efforts pour réussir à se marier (travaux pour les aînés, argent pour la compensation matrimoniale). Après tous ces efforts, son mariage est consenti par les aînés qui lui procurent une épouse ; laquelle devra rembourser à son mari l'argent de la compensation matrimoniale que celui-ci a versé pour elle.

Au Sénégal le mariage est l'institution qui assure le passage à l'âge adulte et la possibilité de procréer dans un cadre socialement reconnu. B. Dial⁸² appuie cette position car selon elle, « *le mariage, c'est un rite de passage. Il est fortement ancré dans la société sénégalaise. Pour avoir la majorité sociale, il faut être marié* ». De plus, il est une institution sociale et il est la « seule source légitime de formation d'une famille. » (Dial, 2007, p. 358). Ainsi, pour qu'un individu commence à avoir une autorité au sein de sa famille et de la société, il doit être marié ; sinon, il ne sera ni écouté, ni respecté. P. Antoine et A. Adjamagbo (2009) indiquent qu'au Sénégal le mariage s'accompagne d'une mise sous tutelle de l'épouse par son mari. Il existe trois types de mariage au Sénégal : le mariage coutumier, le mariage religieux et le mariage civil. L'enquête Démographique et de Santé (EDS-MICS 2010-11) relève que 99 % des couples sont mariés (mariage coutumier, religieux ou civil) et que 0,7 % des femmes et 0,4 % des hommes vivent avec un conjoint sans être mariés (Bahoum, 2012).

Le mariage coutumier

Selon S. Guinchard (1978), le mariage coutumier peut être célébré sous la présence d'un officier de l'état civil. Celui-ci vérifie les identités des futurs mariés, leur consentement et pose des questions relatives à la dot et au régime matrimonial (monogamie ou polygamie). Le mariage non constaté par un officier d'état civil a aussi une validité devant l'État ; pour cela il doit être confirmé par trois témoins du mariage traditionnel. Dans les années 1960, les jeunes filles n'étaient pas concertées pour leur mariage, notamment chez les *Toucouleur* et les *Wolof*. Ce premier mariage des jeunes filles était souvent un mariage de convention car il était très souvent suivi par un divorce auquel les parents étaient préparés (Thoré, 1964). Aujourd'hui le mariage coutumier est prononcé en présence de la famille, du chef de quartier et des notables (Lecarme-Frassy, 2000). B. Dial décrit le déroulement habituel de la mise en place du mariage traditionnel :

Selon la coutume sénégalaise, les formalités du mariage se limitent à une demande faite par le père du prétendant auprès du père ou de l'oncle maternel de la jeune fille. Le plus souvent on offre un présent. L'acceptation du cadeau signifie que la demande est agréée. La non-acceptation implique un refus (2008, p. 54).

Ce type de mariage implique le versement d'une dot à la famille de la mariée. Souvent le futur marié offre un bœuf au père de la fiancée et une vache à la mère, ainsi que d'autres cadeaux à la famille de la fiancée.

Le mariage religieux

L'islam, religion majoritaire au Sénégal, recommande le mariage et condamne le célibat. Madame H., une Ivoirienne mariée à un Sénégalais et vivant au Sénégal donne son point de vue sur le mariage au Sénégal :

Au Sénégal, on ne conçoit pas l'évolution d'une femme sans le mariage. La femme non mariée est mal vue. [...] Les gens se marient très tôt et pas pour les bonnes raisons.

⁸² Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

C'est à cause de l'islam et ensuite de la société sénégalaise (*Madame H., 34 ans, Ivoirienne, Musulmane*)

Ainsi, si l'on en croit cette femme, qui vit au Sénégal mais originaire de Côte d'Ivoire, la contrainte au mariage est forte au Sénégal et elle est due en premier à l'islam et ensuite à la société sénégalaise. Elle signifie ainsi que la situation est différente dans les autres pays africains, et notamment en Côte d'Ivoire. En effet, B. Dial⁸³ indique l'importance du mariage religieux au Sénégal. Pour l'islam, le mariage est prescrit, mais n'est pas obligatoire. Dans ce mariage religieux, l'homme a trois préceptes à respecter : loger sa femme, la nourrir et remplir son devoir conjugal (Dial, 2007, p. 360). Selon M. Fahmy (2004), un progrès réalisé par l'islamisme est la possibilité qu'a une femme d'accepter ou de refuser son mari. En effet le prophète Muhammad déclara nul le mariage d'une femme contre son gré. Cependant il existe une distinction entre la fille « capable » et celle qui est « incapable » en raison de son bas âge ou de ses capacités mentales. Dans ce second cas, elle peut être contrainte à se marier. La femme jugée « capable » peut faire annuler son mariage.

M. Fahmy explique que le mariage s'établit au moyen de la dot, remise par le mari à l'épouse ou au père de l'épouse. Selon B. Dial (2008), « les étapes du mariage consistent dans la fixation publique de la dot, en présence de témoins et, chez les musulmans, d'un marabout » (p. 57). Elle explique qu'au plan juridique, elle constitue « la somme versée pour la conclusion du mariage » (p. 57). L'acquittement de la dot qui valide le mariage. C. Fortier (2010a) explique que dans le droit musulman, le cou désigne le droit de tutelle de l'époux exercé sur sa femme. Dans ce sens que la dot sert à acquérir le cou d'une femme. Le cou renvoie aussi, dans la tradition musulmane, à la relation entre un esclave et son maître. Le fait d'utiliser le même mot pour ces deux situations signifie que le mariage est une servitude pour la femme. Le cou de la femme qui est attaché lors du mariage se trouve libéré lors du divorce.

Le mariage islamique se base sur deux opérations : la convention de mariage et un contrat par lequel les futurs conjoints échangent leur volonté de se prendre pour époux, lequel exclut les femmes car celles-ci sont considérées comme des mineures et devant être représentées par un homme désigné par la loi (Nawal, 1980). Ce représentant légal, *wali*, est le parent mâle le plus proche : fils, père, tuteur testamentaire, grand-père paternel, cousin germain. Tout mariage ne peut être contracté sans l'accord du *wali*. A.-C. Dero (1999), écrit :

Selon les usages locaux, le juge traditionnel, un imâm ou une autorité du lieu, présidera donc la cérémonie et récitera un prône de circonstance (*khutba*). Le fiancé prononcera la demande formelle (*khitba*). Lui et le tuteur légal de la fiancée fixeront le montant du douaire, la part de celui-ci à verser immédiatement et la somme prévue en cas de dissolution du mariage. Le contrat se fera obligatoirement devant deux témoins musulmans, capables, pubères, libres, sains d'esprit et de sexe masculin (p. 79).

⁸³ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

Ensuite le *qali* enregistrera l'acte et en fera parvenir une copie à la mariée car « la femme, éternelle mineure légale, ne peut pas donner, de son propre chef, un consentement valide. Elle passe de l'autorité de son père ou tuteur à celle de son époux. » (Dero, 1999, p. 80). B. Dial⁸⁴ précise qu'à la mosquée, il existe un registre des mariages qui est transféré à l'état civil.

Le mariage civil

Selon M. Lecarme-Frassy (2000), la validité du mariage civil dépend, aux yeux de la loi sénégalaise, de la présence et du consentement de la future mariée. Elle précise que la loi s'oriente vers la responsabilité individuelle et non vers les familles. La monogamie et la polygamie ont un caractère irrévocable ; l'épouse doit demander lors du mariage à l'époux de préciser son choix. B. Dial⁸⁵ indique que les mariages civils sont rares et concernent les populations instruites.

Comme l'État sénégalais reconnaît la légitimité des mariages religieux et coutumiers, il est très difficile d'obtenir des chiffres sur le mariage civil seul. Même dans les enquêtes démographiques les trois mariages sont amalgamés, étudiés sans distinction. L'enquête de terrain menée à Dakar et la bibliographie consultée relèvent cependant une préférence des Sénégalais pour les mariages religieux et coutumiers que pour le mariage civil. B. Dial (2008) de son côté explique : « Tant chez les hommes que chez les femmes, nous constatons, d'une génération à l'autre, une désaffection pour le mariage civil » (p. 58). Elle fait le constat à partir de l'enquête biographique IRD-IFAN de 2001 que seules les populations les plus instruites possèdent un certificat de mariage. De même, ce sont les anciennes générations qui accordent le plus d'importance au mariage civil. Elle explique ce renoncement au mariage civil comme étant dû au fait que les hommes le trouvent contraignant, car réduisant leurs avantages ; de même en cas de divorce, ils perdent souvent la garde des enfants et sont contraints de verser une pension alimentaire. Selon B. Dial (2008), les divorces civils annulent la répudiation dont disposent les maris dans la religion musulmane et les deux époux ont les mêmes possibilités à demander le divorce. Cependant elle explique que les couples mariés civilement recourent très peu à la justice pour divorcer, préférant régler cela à l'amiable.

C - L'influence des familles dans la vie conjugale

L'implication des familles dans les mariages

Les mariages constituent un outil indispensable pour les familles qui tiennent un rôle essentiel dans leur mise en place. Les mariés sont tenus de contribuer à l'agrandissement de leurs familles et de leurs lignées. Ainsi l'explique la démographe Christine Tichit (2009) : « aujourd'hui encore en Afrique, la fécondité des femmes est le principal enjeu de la formation du couple et au-delà, du rapprochement des familles impliquées dans l'union. La reproduction et la perpétuation du lignage reste l'enjeu de l'institution du mariage » (p. 263). Cette conception du mariage laisse peu

⁸⁴ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

⁸⁵ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

de place aux désirs individuels, mais privilégie des stratégies familiales et lignagères. Par exemple, au Sénégal, la sexualité et la maternité hors mariage sont réprimées par les familles. Lors d'une grossesse hors mariage, la famille de la femme exerce des pressions sur celle-ci pour qu'elle désigne le géniteur et que celui-ci prenne ses responsabilités en reconnaissant l'enfant. A. Adjamagbo, K. P. Aguessy et Equipe ECAF (2013) analysent les relations de pouvoir entre l'individu, le couple et la famille/entourage. Ils expliquent qu'autour de cette grossesse imprévue les différents acteurs négocient et ils ont chacun des intérêts divergents.

Au Sénégal, les familles des époux ont une grande importance à travers les mariages et la vie conjugale. Leurs décisions influent souvent sur l'évolution d'un couple. Par exemple, lors des mariages, les parents peuvent choisir l'époux ou l'épouse. Quand ils ne choisissent pas, leur consentement est très important. Ils ont un droit de regard sur le choix du conjoint ou de la conjointe et sur le vécu du couple et l'évolution du mariage. Pour S. Foladé (1960) : « le choix du conjoint, qu'il s'agisse d'une jeune fille aussi bien que d'un jeune homme qui prend femme pour la première fois, est l'affaire des parents » (p. 210). De même, après le mariage, la famille garde une place importante au sein de l'union matrimoniale. Monsieur F., Sénégalais, explique : « *Quand tu te maries, tu te maries avec ta belle-famille* ». Madame C., Sénégalaise, partage cette opinion : « *En Afrique, on n'est pas seulement mari et femme, on est marié avec la famille, la belle-famille* ». Nous comprenons par ces deux citations extraites des entretiens que les couples ne se marient pas seulement avec un conjoint/une conjointe, mais « épousent » en même temps une belle-famille qui aura du poids dans les décisions conjugales et à qui ils devront des comptes. Lors des enquêtes de terrain, nous avons effectivement constaté la place très importante des beaux-parents et leurs décisions pesant très lourdement sur la vie des couples. Nous pouvons en donner une illustration à travers l'histoire de monsieur W. et celle de monsieur R, rencontrés dans un hôpital public de Dakar.

Monsieur W.

Monsieur W., Sénégalais musulman âgé de vingt-neuf ans, commerçant, et son épouse, Sénégalaise musulmane âgée de vingt-cinq ans, ménagère, se marient en 2002.

En 2011, un ami de monsieur W., qui a eu un problème d'infertilité, lui conseille d'envoyer son épouse consulter un gynécologue. Son épouse fait des analyses chez un gynécologue qui ne révèlent rien d'anormal. Le gynécologue adresse monsieur W. à un urologue. Monsieur W. consulte l'urologue N. qui lui prescrit un spermogramme. À la suite des résultats du spermogramme, le docteur N. lui prescrit un traitement. Selon monsieur W., « *les analyses sont bonnes* ». Monsieur W. n'a pas consulté d'autres médecins avant le docteur N., mais a consulté des guérisseurs et des marabouts.

Comme le couple vit chez les parents de monsieur W. et ceux-ci sont au courant des démarches que le couple entreprend. Les beaux-parents de monsieur W. sont également informés et ont dit à leur fille qu'il fallait que son mari accepte de suivre son traitement, sinon ils demanderaient le divorce.

Monsieur et madame W. sont mariés depuis neuf ans. Monsieur W. semble confus dans ses explications et, peut-être, est-ce significatif de son malaise face à son infertilité. Dans cet exemple, on aperçoit le poids de la belle-famille du mari qui se tient prête à demander le divorce si le mari ne va pas se faire soigner. Ainsi cette décision de la belle-famille incite le mari à bien se rendre aux consultations et à prendre les traitements prescrits par l'urologue. Ici, c'est l'homme qui est familialement accusé de stérilité, cependant cette accusation et ces pressions de la belle-famille apparaissent neuf ans après le mariage, ce qui est relativement tard pour le Sénégal, comme nous le verrons par la suite. Si l'époux est accusé d'infertilité c'est sûrement parce que la famille donne beaucoup de poids au diagnostic du gynécologue et en arrive à la conclusion que le problème d'infertilité provient de leur gendre. Puisque les membres de la famille de l'épouse en ont la certitude médicale, alors ils peuvent menacer l'époux. Sans cette preuve médicale, il aurait été impossible de menacer l'époux, car la femme aurait été l'unique responsable.

Monsieur R.

Monsieur R., Sénégalais âgé de trente-deux ans et son épouse, Sénégalaise âgée de vingt-trois ans, se marient en 2005. Aucun d'eux n'exerce d'activité professionnelle.

De 2005 à 2008, monsieur R. vit à Dakar avec son épouse. Il part au Mali en 2008 pour être près de son père peu de temps avant sa mort. Après le décès de son père en 2011, il rejoint son épouse à Dakar.

Monsieur R. consulte l'urologue N. depuis 2008 et devait se faire opérer à cette époque. À cause de l'état de santé de son père, il a préféré reporter cette opération. La belle-famille de monsieur R. menace à présent de séparer le couple car madame R. est toujours vierge après six ans de mariage. Monsieur R. n'a pas parlé de son problème à sa famille. Maintenant, les membres des deux familles sont au courant et ils sont tous en conflit avec lui.

Monsieur R. s'est fait opérer peu de temps avant notre entretien et les familles attendent les résultats de l'opération. La belle-famille attend des résultats positifs, sinon elle demande le divorce. Nous demandons à la sœur de monsieur R., venue du Mali pour aider son frère dans son parcours médical et qui est

présente à l'entretien, ce qui se passera si l'opération échoue et s'il pourra se remarier. Celle-ci répond : « *si Dieu fait que ça ne réussit pas, alors il n'est pas un homme et ça sera difficile pour le remarier* ».

Ici encore, les familles interviennent dans la conjugalité des époux. Mariés depuis six ans, l'épouse est encore vierge. On sent ici le poids de l'autorité de l'époux car l'épouse a attendu six ans avant d'avertir sa propre famille de sa situation. Dans le contexte sénégalais, ce n'est qu'avec le soutien et l'accord de sa famille que cette affaire pourra être résolue ; l'épouse ne pouvant décider seule du divorce. Suite à cette annonce faite par l'épouse à sa famille, la famille du mari a été convoquée, des médecins ont été consultés, une opération a eu lieu et une décision sera prise en fonction de la réussite ou non de l'opération. Dans ce cas, l'époux était au courant de sa maladie puisqu'il consultait un urologue depuis 2008 et qu'il devait faire une opération à cette date. Son père étant mourant, il est parti au Mali pendant plusieurs années en laissant sa femme à Dakar. Il l'a laissée seule à Dakar sachant qu'il était la cause de leur problème conjugal et qu'elle ne pourrait rien entreprendre sans lui. Cependant, à l'heure actuelle, l'époux n'est plus seul à décider pour son couple. Sa sœur est venue du Mali pour gérer la situation et l'accompagner aux visites médicales et ainsi traduire les entretiens avec les médecins puisque monsieur R. ne parle que *sarakolé*. Maintenant le choix sur l'avenir du couple n'appartient plus à l'époux comme c'était le cas avant, mais à la belle-famille qui choisira un autre mari pour sa fille si l'opération échoue. De même, si l'opération échoue, l'avenir de monsieur R. est compromis car cela signifiera qu'« il n'est pas un homme » et il sera difficile pour sa famille de le marier de nouveau. Nous analyserons ces représentations autour du masculin et du féminin dans le chapitre 6.

Les désirs familiaux en matière de reproduction

La procréation n'est pas toujours un désir individuel, mais elle est parfois une contrainte sociale et familiale intériorisée. Ainsi le pensent monsieur et madame E. : « *Chez nous ça n'existe pas un couple qui ne veut pas d'enfant. Il faut laisser quelque chose pour la postérité* ». Selon V. Hörbst (2009), au Mali, vouloir des enfants n'est pas un désir personnel, mais un désir familial. Vivre sans enfant n'est pas désirable et n'est pas acceptable pour les Maliens. Avoir des enfants est même, pour une femme, un devoir envers sa belle-famille : “Apart from their personal desire, for many Malian, women and men having children represents the fulfillment of a duty toward the husband's relatives, as children are recognized as belonging to the father's family.” (p. 4). Mettre au monde un enfant serait ainsi une dette de vie envers son propre lignage et une dette d'alliance envers le lignage de l'époux. Ainsi le désir d'enfant serait un besoin de reconnaissance sociale devenant vital ; les couples se positionnant dans un « besoin d'enfant » (Bessoles, 2001, p. 103). Dans cette logique, au Sénégal, ne pas désirer un enfant n'est pas admissible. Ainsi en témoigne cet extrait de madame P. :

Un couple sans enfant n'a pas sa place au Sénégal. Il y a des gens sans enfant plus heureux que des gens avec enfants. Tu as des enfants qui deviennent quelqu'un et d'autres qui sont des vagabonds. Certains parents regrettent d'avoir mis tel enfant au monde (*Madame P., 39 ans, Sénégalaise, Catholique*).

Madame P. indique ici que certains couples peuvent vivre heureux sans enfant, alors que d'autres qui ont des enfants peuvent être malheureux à cause de ceux-ci. Pourtant elle précise que ce questionnement est rarement posé au Sénégal. De plus, madame P. dit n'avoir jamais rencontré de couple qui ne désirait pas d'enfant au Sénégal.

Certains couples ne désirent pas d'enfant aussitôt après leur mariage. Le mari de madame C., par exemple, voulait attendre deux ans après leur mariage pour avoir un enfant, alors qu'elle voulait en avoir un aussitôt. Cependant, ne pas avoir d'enfant les trois premières années après leur mariage ne l'a pas dérangé car elle pouvait beaucoup voyager avec son mari. Après ces trois années, ce sujet est alors devenu une obsession pour elle en raison de son âge. Elle se sentait bien avec son mari, mais leur environnement social et familial n'était pas bon : « *C'est déstabilisant ; ça déstabilise un couple, une vie. Même si un couple ne veut pas d'enfant, ça va lui pourrir la vie* ». À travers cette déclaration, on comprend que l'absence d'enfant pèse sur le couple surtout du fait des pressions exercées par l'entourage. De même, on comprend que faire le choix de ne pas avoir d'enfant est très difficile au Sénégal. Le couple a ainsi du mal à s'affirmer face aux demandes familiales. D'après madame H. : « *un couple sans enfant et qui n'en veut pas, c'est très rare et ils doivent se cacher* ». L'interdiction sociale est très forte concernant le non-désir d'enfant. Si un couple ne veut pas d'enfant, il ne pourra pas l'assumer et devra cacher son non-désir d'enfant. Derrière le silence de certains couples qui ne désirent pas d'enfant se trouve l'injonction des familles à la reproduction. La décision de procréer n'appartient pas aux couples mais aux familles, car l'enfant est une dette que les couples doivent aux familles.

D - Le rôle des familles dans les divorces et la polygamie

Dans ce contexte social très fortement nataliste, les couples souffrent énormément des situations d'infertilité. Ainsi, beaucoup de couples ne la surmontent pas. Lorsque le couple se connaît peu, comme dans les cas de mariages arrangés, l'infertilité de l'un des partenaires est un motif sérieux de séparation. Madame H. décrit cette situation :

Avec l'islam, les gens se marient tôt, mais divorcent facilement. Les époux se découvrent une fois mariés. Souvent ils ne se connaissent pas avant le mariage ou très peu. Cette découverte à travers le mariage est fragilisée par l'infertilité. Le lien n'est pas suffisamment fort pour résister à la pression. Il n'y a aucune patience. Il en va différemment pour un couple qui se connaît depuis longtemps et qui fait l'effort de se battre (*Madame H., 34 ans, Ivoirienne, Musulmane*).

Ainsi dans le cadre des mariages arrangés, les deux époux ont peu d'intérêt à être soudés puisqu'ils ne se sont pas choisis mutuellement mais ont été imposés par les familles. Ces propos de madame H. se retrouvent dans la littérature :

Les couples constitués selon la volonté des parents semblent plus exposés à la rupture. Dans une situation où les conjoints se découvrent au mariage, le début de la mise en couple est souvent difficile. Le manque d'amour est parfois la première raison de séparation évoquée, bien que l'arrivée des enfants puisse freiner le risque de divorce dans les couples non amoureux (Dial, 2008, p. 118-119).

À partir du moment où les époux s'aiment, ils trouvent la force de lutter ensemble contre leur entourage. Et il s'agit effectivement de lutter contre l'entourage, et en premier contre la famille, car celle-ci refuse cette situation d'infertilité conjugale et cherche à détruire le couple. Dans les entretiens menés, les personnes interrogées expliquent que quand la femme est infertile le mari divorce pour épouser une autre femme ou épouse une deuxième femme. F. Sow et Bop (2004) analysent la situation de la femme infertile en Afrique :

Trop souvent, elle ne bénéficie ni de la présence physique, ni de l'aide morale ou matérielle du mari, ni de sa solidarité. Au contraire, ce dernier n'a comme solution à leur problème commun que la polygamie qu'il s'empresse d'adopter en épousant une ou plusieurs femmes (p. 165).

Nous avons compris lors des enquêtes de terrain que les couples ne souhaitent pas parler de leur infertilité aux familles car la belle-famille brandit souvent la menace de la deuxième épouse, même si l'époux ne veut pas de seconde épouse. Cette menace met beaucoup de tensions dans la relation conjugale et aussi entre le couple et la famille du mari. Par exemple, la belle-famille de madame M. lui a dit qu'elle voulait la remplacer par une autre femme car elle ne tombait pas enceinte. Par ces déclarations on comprend que la place de l'épouse n'est pas stable tant qu'elle n'est pas enceinte. La famille n'hésite pas à user de son autorité pour faire pression sur l'époux et l'inciter à divorcer ou à épouser une autre femme. Ces propos sont relayés par la littérature :

[...] la ou les belles-mères, les belles-sœurs et les beaux-frères peuvent influencer négativement sur les relations du couple, surtout lorsqu'ils partagent la même maison. La femme devra « bien se conduire », se montrer gentille, ouverte et respectueuse envers toute sa belle-famille mais surtout avec sa belle-mère, aussi difficile qu'elle puisse être (Dial, 2008, p. 117).

Les familles prennent aussi appui sur la polygamie pour servir leurs intérêts. La division des coépouses semble être une stratégie payante pour arriver à leurs fins :

Belle-mère, beau-frère et belles-sœurs peuvent attiser la rivalité entre les deux épouses par leurs prises de positions ou l'affichage de préférences. Les belles-sœurs peuvent, par exemple, rechercher des affinités avec la seconde épouse au détriment de la première. La nouvelle élue peut recevoir beaucoup plus de marques de considération de sa belle-famille [...]. (Dial, 2008, p. 122-123).

Ainsi l'arrivée d'une coépouse, met fin au règne de la première épouse et rompt l'harmonie du couple (Dial, 2008). Madame H. aborde le paradoxe existant au sein des couples confrontés à un problème d'infertilité :

Quand c'est une femme qui est avec un homme infertile, elle reste par amour. Mais dans la situation inverse, l'homme prend une autre épouse. La femme va accepter la polygamie pour ne pas divorcer, car au Sénégal, une femme divorcée sans enfant est très mal vue (*Madame H., 34 ans, Ivoirienne, Musulmane*).

Elle explique qu'en Côte d'Ivoire, les femmes célibataires existent et qu'elles adoptent souvent un enfant de la famille. De même, elle précise qu'en Côte d'Ivoire, le mari n'épousera pas

une autre femme, mais aura une maîtresse. Les femmes qui ont intégré les normes de genre de la société sénégalaise acceptent la polygamie de manière résignée. Parfois elles accepteront facilement la polygamie car elles veulent que leur époux puisse avoir des enfants. Selon V. Hörbst (2010), la polygamie est la solution idéale au Mali : “the ideal solution for many extended families is seen in polygyny. [...] Thus men living in (yet) childless marriages are urged by members of their patrilineage to marry a second wife in order to find a solution” (p. 24). Elle explique que les hommes préfèrent recourir à la polygamie plutôt que de faire des examens médicaux de leur côté :

On one hand, many men have internalized the public narrative to such a degree that they simply don't imagine they really could be the cause for marital childlessness, on the other hand, many seem to avoid diagnostics because they are afraid and they don't want to know it for sure. For some of these men as well as those whose wives are diagnosed as sub- or infertile, polygyny might become a realistic loophole in the end (Hörbst, 2010, p. 24).

Ce qu'explique V. Hörbst pour le Mali est aussi vrai pour le Sénégal. Ainsi la polygamie, solution souvent proposée par la famille du mari, serait une solution facile pour les hommes dont l'épouse est infertile. Les exemples de madame K. et de monsieur G. sont éclairants à ce sujet.

Madame K.

Madame K., Guinéenne musulmane âgée de vingt-six ans, couturière, et son époux, Guinéen musulman âgé de quarante ans, vendeur, se marient en 1999. Alors qu'elle vit actuellement au Sénégal depuis une année, son mari est parti au Congo pour faire du commerce.

Monsieur et madame K. sont venus au Sénégal uniquement dans le but de recourir aux technologies de reproduction. Madame K. a été conseillée par sa tante pour le choix du Sénégal, car celle-ci a pu être enceinte après quatorze années d'infertilité grâce à l'AMP. Le couple veut faire une FIV car ils entendent parler autour d'eux. Madame K. a des kystes ovariens qui causent son infertilité. Elle a subi plusieurs opérations chirurgicales, mais tous n'ont pu être retirés. En Guinée, les médecins lui prescrivait des traitements médicamenteux, mais elle ne les prenait pas à cause des absences répétées de son mari dues à son travail.

Monsieur K. part au Congo pour son travail et revient au Sénégal tous les trois mois pour une durée de trois mois. Lorsqu'il est au Sénégal, il accompagne son épouse en consultation, sinon elle s'y rend seule. Madame K. n'a pas consulté de guérisseur, ni de marabout pendant son parcours d'AMP, mais explique qu'elle fait de l'automédication à base de médecine traditionnelle pour « *nettoyer son ventre et enlever les kystes* ». En 2011, Madame K. fait une première fécondation *in vitro* au laboratoire V., qui échoue. Elle exprime son

découragement. Le docteur A. ne comprend pas les causes de l'échec et lui demande de refaire une tentative qu'ils reprogrammeront au retour du mari.

Les sœurs de madame K. ont des enfants. Toute sa famille n'est pas d'accord sur son parcours thérapeutique : une de ses sœurs lui a conseillé de rentrer en Guinée pour consulter des guérisseurs, ses autres sœurs lui disent de rester à Dakar pour continuer son traitement à l'hôpital. Bien qu'elle se sente soutenue par sa famille, elle a parfois envie d'arrêter ces démarches d'AMP, mais elle se reprend parce que son mari paie les soins. Elle s'estime chanceuse car son mari paie les traitements et il fait tous les examens demandés par le médecin.

La famille de monsieur K. l'a incité à prendre une seconde épouse et il s'est marié avec une autre femme en 2010. Cette seconde épouse vit en Guinée et ils n'ont pas d'enfant. Madame K. explique : « *En Guinée, beaucoup de gens sont infertiles ; dans ce cas l'homme va se mettre en polygamie. Si tu n'as pas d'enfant, il y a beaucoup d'hommes qui te laissent. Mais c'est le bon Dieu qui te donne des enfants. Un homme sans enfant ça n'est pas bon* ». De son côté, madame K. ne se considère pas comme responsable de l'infertilité de son couple, car elle pense que c'est Dieu qui décide en matière de procréation.

Elle restera à Dakar le temps de sa grossesse si elle est enceinte, mais rentrera en Guinée dans le cas contraire. Les familles savent qu'elle est là pour traiter son infertilité. Elle sera donc très triste de rentrer en Guinée sans enfant.

Madame K. s'est mariée à quatorze ans et a une différence d'âge de quatorze ans avec son mari. Comme les femmes sénégalaises, elle se retrouve dans une position de cadette sociale par rapport à son époux. Le mari est souvent absent du foyer à cause de son métier. C'est l'épouse qui a un problème d'infertilité, mais les absences répétées du mari constituent certainement aussi un frein à la procréation. Par exemple en Guinée, un traitement de stimulation ovarienne avait été donné à madame K., mais il ne pouvait pas être efficace puisqu'il n'y avait aucun rapport sexuel entre les époux. De même, elle attend actuellement le retour de son mari pour faire une autre FIV. Le mari prend en charge tous les soins, ce qui lui donne le pouvoir de décider des démarches à entreprendre ou non. Madame K. nous dit qu'elle désire arrêter les soins mais qu'elle ne peut pas car c'est son mari qui paie et donc qui décide. Le mari a accepté la proposition de polygamie faite par sa famille. L'autre épouse vit en Guinée et ils n'ont pas encore d'enfant. Madame K. est triste de sa situation, mais elle est tout de même reconnaissante à son mari car il ne l'a pas quittée et s'investit au mieux dans les traitements.

Monsieur et Madame G.

Monsieur G., Sénégalais musulman qui travaille dans une banque et son épouse, Sénégalaise musulmane, se marient en 1995.

Madame G. fait plusieurs fausses couches les trois premières années qui suivent leur mariage. En 1998, elle suit des séances de curetage à l'Hôpital Général de Grand Yoff. Un des médecins qui la suit décèle la présence d'une infection et de kystes ovariens et lui conseille de se faire opérer pour les enlever. Elle suit trois interventions chirurgicales dont la dernière est pratiquée par la gynécologue M. en 2009. Cependant, la docteure M. préfère interrompre l'opération prétendant des risques de conséquences irréversibles au niveau de l'utérus.

Le couple envisageait une FIV, ce qui n'est plus réalisable en raison de leur situation médicale. La docteure M. devait déterminer un traitement thérapeutique après le résultat d'analyses biologiques, mais monsieur G. n'a pas donné suite pour le moment à l'examen médical.

Une fois dans la rue, après l'entretien, monsieur G. nous dit qu'il préfère ne pas parler de l'infertilité de son épouse à son entourage car sa mère peut lui conseiller de prendre une deuxième épouse. Il précise que les discussions entre sa femme et lui sont difficiles.

Madame G. a plusieurs problèmes de santé dont des kystes ovariens, des fibromes. Cependant monsieur G. n'a encore fait aucun examen le concernant, ce qui signifie qu'il est persuadé qu'il ne peut pas être infertile et que seule sa femme est infertile. Hors, il arrive parfois que les deux membres du couple aient des problèmes d'infertilité. En tout cas, monsieur G. semble réticent à faire des examens de son côté. De même, il ne vient jamais aux consultations avec son épouse. Madame G. n'a pas participé à l'entretien. La gynécologue qu'elle consulte nous a signalé qu'elle ne parlait peut-être pas le français et cette supposition pourrait expliquer le fait qu'elle n'ait pas répondu aux questions. Mais pendant l'entretien, elle est venue faire sa prière sur un tapis juste derrière le canapé où nous nous trouvions pour faire l'entretien. Nous avons le sentiment que la prière qu'elle adressait à son dieu rejoignait le sujet de l'entretien et que c'était sa manière à elle de participer à cet entretien, en priant pour avoir un enfant. Après l'entretien, en dehors de la maison, monsieur G. nous parle de l'entourage et de sa mère qui pourrait lui conseiller de prendre une deuxième femme. De plus, il affirme que même au sein de son couple ce sujet est difficile à aborder. Nous notons qu'il a attendu d'être dehors, sans sa femme, pour parler de cela. Ainsi nous pouvons supposer que même si madame G. ne parle pas le français, elle le comprend.

Les différents positionnements religieux

Il semble que cette menace des familles soit moins présente chez les couples chrétiens du Sénégal. Deux femmes chrétiennes interrogées lors de l'enquête estiment que les Musulmans sont plus pressants par rapport à la naissance d'un enfant que les Chrétiens. Selon madame C. :

Chez les Musulmans la pression pour avoir des enfants est plus grande que chez les Chrétiens. Au Sénégal, il y a 1 % de Chrétiens. Donc les Musulmans influencent la façon de penser des Sénégalais. Chez les Musulmans, les enfants c'est obligatoire (*Madame C., 37 ans, Sénégalaise, Catholique*).

Elle prétend que certains couples chrétiens vivent très bien leur infertilité, alors que chez les Musulmans, cette situation est beaucoup plus stressante. Madame P. partage ce point de vue :

Chez les Musulmans, au bout de deux ans, la famille exige du mari de prendre une deuxième femme. Chez les Chrétiens, il y a plus de tolérance. Si ça doit venir, ça viendra. Je ne passe pas tout mon temps à réfléchir là-dessus. Les deux familles sont chrétiennes et acceptent ça mieux aussi (*Madame P., 39 ans, Sénégalaise, Catholique*).

Ainsi la religion musulmane serait plus exigeante au sujet de la descendance que la religion catholique. Il est aussi possible que le fait que la polygamie, reconnue par l'islam, soit une solution à l'infertilité, rende les familles moins patientes quand l'enfant tarde à venir. Alors que pour la religion catholique, qui ne reconnaît ni le divorce, ni la polygamie, la stérilité doit être acceptée.

La relation belle-mère/belle-fille

B. Dial⁸⁶ indique que la belle-mère tient une place très importante dans le mariage et dans la vie de son fils. Souvent elle est « souveraine » et elle exerce une autorité sur son fils. B. Dial décrit les attitudes des beaux-parents : « *Le beau-père est discret. La maîtresse de maison c'est la femme. La belle-mère il faut la prendre en compte dans ton mariage* ». Éloignons-nous quelques instants du Sénégal pour constater la situation autour des mariages en Algérie, pays musulman comme le Sénégal. Z. Ouadah-Bedidi (2009) explique que dans le contexte algérien, la place de la mère est, là aussi, très importante dans le choix de la mariée :

Traditionnellement la mission du choix, notamment de la mariée, incombe à la mère du garçon. Cette dernière y déploie une série de stratégies ayant toutes pour principal objectif de ramener une fille de bonne famille [...]. Non seulement la mère choisit une femme pour son fils, mais elle se choisit aussi ou même surtout une bru pour elle-même (p. 186).

Au Sénégal, les mères ont beaucoup de pouvoir sur leur fils, notamment lors des mariages. Les rapports entre la belle-mère et la belle-fille sont souvent tendus, surtout lorsque le fils a choisi seul son épouse, car une relation de rivalité et de jalousie se crée entre les deux femmes. Dans les cas d'infertilité, les enquêtes menées à Dakar ont révélé que la belle-mère prend appui sur ce

⁸⁶ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

problème pour séparer les époux et proposer une seconde épouse, choisie par elle-même et la famille, à son fils. En effet, nous avons compris que c'est souvent la famille du mari qui propose ou impose une seconde épouse, plus qu'un choix venant du mari lui-même. Selon A.-B. Diop (1985), la mère et ses enfants constituent la « cellule sociale de base » (p. 52) car le père polygame est souvent pris par ses différents ménages. Les enfants aident très tôt leur mère dans ses travaux et ses fils la prendront en charge une fois qu'ils seront adultes. Ainsi, il existe une relation très forte entre la mère et ses fils au Sénégal.

Résister à la famille

Lorsque le couple s'entend bien, le mari et la femme restent soudés autour du problème d'infertilité et le surmontent ensemble. Par exemple, madame P. prétend que dans son couple, ils se soutiennent beaucoup et qu'ils ne tiennent pas compte de l'entourage. Selon elle, le problème d'infertilité n'a pas affecté les rapports au sein de son couple : « *Notre couple marche à merveille. Il n'y a pas de problème !* ». Madame N. affirme aussi que l'infertilité n'a rien changé dans leurs rapports de couple. D'autres couples sont au contraire submergés par les remontrances de leur entourage. Par exemple, monsieur B. nous a parlé de son oncle qui n'a pas d'enfant et les deux familles ne se parlent plus. Chaque famille accuse l'enfant de l'autre famille d'être infertile. Le couple reste soudé, mais ils ne voient plus leurs familles. Ainsi deux possibilités s'offrent aux couples vivant au Sénégal : écouter les familles et agir en divorçant ou en choisissant la polygamie et dans ce cas opter pour la paix sociale, ou ne pas écouter toutes ces personnes et attendre patiemment que l'enfant vienne et dans ce cas c'est opter pour un choix d'affrontement de l'entourage au quotidien, mais d'entraide conjugale. Selon B. Dial (2008) :

Les conflits entre l'épouse et sa belle-famille n'influent pas directement sur la bonne marche du couple, à condition que le mari soit du côté de son épouse. Cette alliance sécurise la femme et lui donne confiance. La belle-famille du mari joue un rôle prépondérant dans le couple. La femme mariée doit négocier avec elle pour réussir son mariage. Les problèmes avec la belle-famille sont régulièrement évoqués comme cause de divorce par toutes les femmes, instruites ou non (p. 117).

Nous comprenons que les familles, et notamment les parents, tiennent une place très importante dans les mariages et les décisions conjugales. Les époux ont le sentiment d'être mariés à leur belle-famille et savent en tout cas qu'ils doivent lui rendre des comptes. Le plus grand point de tension est la progéniture du couple car elle constitue le prolongement de la famille et du lignage.

III - L'ENFANT : LE PILIER DE LA FAMILLE

A - L'enfant comme richesse symbolique

Selon B. Dial⁸⁷, comme le mariage est très important au Sénégal, les enfants occupent une place centrale. L'enfant assure la descendance et consolide le mariage. En fait, la vie du ménage est en très large mesure déterminée par la présence des enfants (Ferry, 1978). Monsieur G. partage cette opinion : « *Au Sénégal, le lien conjugal est un lien recherché dans le but d'avoir une progéniture ; c'est ça qui sous-tend la société* ». Ainsi l'union conjugale et le mariage n'auraient que pour fonction la procréation, laquelle serait en fait une demande sociale permettant la perpétuation de la société. À travers les entretiens, nous avons majoritairement constaté que pour les couples le désir d'enfant est une évidence qu'ils ne remettent absolument pas en question. L'enfant devient alors un symbole social, comme l'expliquent F. Sow et Bop (2004) : « Les sociétés africaines sont restées profondément natalistes, et l'enfant continue d'y être considéré comme une valeur et un symbole. » (p. 109). Parmi toutes les personnes interrogées pendant les enquêtes de terrain, autant les couples que les médecins, ont conscience de la valeur de l'enfant comme en témoigne cet extrait :

Il faut faire un enfant pour stabiliser toute la famille. C'est l'enfant qui donne corps au mariage. Un homme de famille ne peut pas se permettre de ne pas avoir un enfant. Si on te donne le choix entre des milliards et un enfant, tu prends l'enfant. L'enfant n'a pas de valeur ! (*Étudiant en gynécologie*).

Si l'on suit cette citation, la valeur de l'enfant dépasse celle de l'argent car il est le pilier de la famille, du couple et du mariage. Sans lui, toutes ces institutions perdent leur fonction et toutes les valeurs sociales s'effondrent. Cette idée rejoint un développement proposé par C. Meillassoux (1975/2005) :

Quand bien même l'or, les pagnes, les ivoires, les manilles, le métal, le bétail séduisent, quand bien même ils acquièrent les apparences de trésors, ils ne sont pas aptes à produire et à reproduire les richesses que s'ils parviennent à se reconvertir en instruments de la vie. Les capacités d'un contrôle social qui s'exercerait par leur truchement sont donc toujours renvoyées aux richesses réelles qu'ils représentent : les subsistances, les femmes procréatrices et leur progéniture (p. 112).

Ainsi, dans ce raisonnement, l'enfant est une richesse et a plus de valeur que les richesses matérielles car il est une richesse symbolique. Au Sénégal il existe l'idée que l'enfant fait l'union du couple. Madame N. présente les stratégies conjugales en matière de procréation :

Mieux souder le couple avec plusieurs enfants. Plus il y a d'enfants ; mieux c'est pour le couple. [...] Avoir un seul enfant ce n'est pas bien vu. Les gens vous rappellent

⁸⁷ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

toujours qu'il faut lui faire un petit frère ou une petite sœur. Les enfants soudent un couple (*Madame N., 41 ans, Sénégalaise, Musulmane*).

La pression des familles à la fécondité des couples se poursuit au-delà du premier enfant. La famille sénégalaise oriente les couples vers une descendance nombreuse. L'enquête démographique de santé (EDS-MICS 2010-11), mentionne d'ailleurs une grande fécondité pour les couples ; les femmes donnent naissance en moyenne à cinq enfants (Dieme, 2012). Les femmes en union aspirent à une famille nombreuse d'environ cinq enfants, alors que pour les hommes, le nombre moyen idéal d'enfants est de huit (Fall, 2012).

Selon S. Boye (2008), les femmes utilisent d'avantage l'image de l'enfant comme faisant le lien pour le couple que les hommes. En effet les femmes ont intérêt à avoir des enfants car leur place dans le ménage est très incertaine et le mariage peut être facilement rompu par la seule volonté du mari (Lemarie, 1967). Ainsi les femmes cherchent rapidement à consolider les liens qui la garantissent contre la désaffection du mari, en ayant des enfants. D. Paulme (1960) précise que la naissance du premier enfant est encore plus importante que le mariage car elle marque l'accession des parents à une classe d'âge plus élevée. M. Dupire (1960) précise que chez les *Peuls wodabe* du Niger, la naissance du premier enfant est capitale pour un homme car elle lui procure non seulement un héritier, mais aussi son indépendance car c'est lors de cette naissance qu'il se sépare de son père pour s'installer avec son troupeau.

B - L'enfant lignager

L'enfant-ancêtre

Dans les sociétés d'Afrique de l'Ouest, l'enfant est souvent considéré comme le retour d'un ancêtre (Lallemand, 2004). J. Rabain (1979) explique que les *Wolof* croient en la réincarnation d'un ancêtre dans le jeune enfant. À travers l'enfant, les géniteurs ont un rapport à leurs ascendants. Cet ancêtre est perçu comme animé de bonnes et de mauvaises intentions : « La réincarnation fait de l'enfant le reflet d'une image paterno-ancestrale elle-même ambivalente et entraîne à la limite, la menace d'une inversion des positions respectives de l'engendré et du géniteur » (p. 171). Elle explique que chez les *Wolof*, les vieux sont au sommet de la hiérarchie et ils détiennent toutes les connaissances. Ils sont proches du monde des morts et communiquent avec eux. Au contraire, l'enfant ne sait rien et se situe au bas de l'échelle sociale. Les *Wolof* possèdent des croyances et des pratiques ayant trait aux rapports d'identité et de substitution entre l'enfant et un ascendant mort ou vivant. Le comportement et le caractère d'un enfant ou ses traits physiques peuvent devenir des signes d'un « retour » (p. 166) d'un ancêtre. L'utilisation du nom de l'ancêtre par l'enfant pose « le problème de la double existence nominale du vieillard et de l'enfant et, d'une manière plus générale, celui des rapports entre deux êtres qui sont conçus comme le double l'un de l'autre » (p. 168). M. Dupire (1982) explique que chez les *Serer Ndout* du Sénégal, le devin doit découvrir quel ancêtre, à travers les rides du front du nouveau-né, est revenu dans le nouveau-né et sous quel nom car chaque ancêtre en possède plusieurs et il est important de choisir celui désiré par l'ancêtre. Le nom de l'ancêtre donné à l'enfant ne doit pas être prononcé avant son sevrage car celui-ci pourrait

décider de repartir dans le monde d'où il vient. Il arrive aussi que le nouveau-né ressemble à un grand-parent encore vivant ; ceci menace alors la vie du grand-parent.

M. Teixeira (2001) explique que chez les *Manjak*, le nourrisson a « une entité flottante » et n'est pas encore considéré comme un humain (p. 15). Les enfants souffrant de malformations graves, les albinos, les jumeaux, les enfants nés par les pieds ou dont les premières dents étaient des incisives supérieures étaient considérés comme non-humains et dangereux et abandonnés près d'une termitière ou à marée basse au bord d'une rivière. Le petit enfant est considéré comme clairvoyant jusqu'à cinq ans environ car il a une double vision entre le monde visible et invisible. Les devins doivent alors protéger l'enfant de cette double vision pour le protéger des autres et de lui-même et qu'il n'aille pas rejoindre ses amis de l'invisible. S'il meurt, on considérera qu'il a décidé de ne pas rester sur terre. Lorsque plusieurs enfants du même couple meurent à leur naissance ou en bas âge, on considère que c'est le même ancêtre qui vient et repart. L'enfant qui naît après plusieurs enfants mort-nés porte un nom négatif (« sans utilité », « fosse de cadavre », etc.) pour éloigner la mort de lui. D. Bonnet (1988) explique que chez les *Mossi* du Burkina Faso, il existe un autre monde, celui du « regard retourné ». Ce monde représente le monde d'où viennent les enfants et où partent les vieillards une fois qu'ils décèdent et qu'ils deviennent ancêtres.

Le confiage

Le confiage semble suivre le même objectif que l'échange des femmes : consolider les alliances. Selon S. Lallemand (1993) : « Dans la perspective de la primauté du lien construit sur le lien biologique, la mobilité infantine apparaît comme lieu d'échange entre deux partenaires sociaux, mode de communication entre individus, forme de don » (p. 33). Elle explique que le prêt ou la cession d'enfants est souvent perçue dans la littérature anthropologique sur ce sujet comme une forme d'échange, des alliances, et les auteurs rapprochent la circulation des enfants de celle de la circulation des femmes. S. Lallemand propose donc, à partir de son ouvrage, de montrer l'articulation de ces deux phénomènes : transfert d'enfants et phénomènes matrimoniaux. Selon elle, ces déplacements d'enfants peuvent entraîner ultérieurement des mariages, figurer dans les clauses du mariage à titre d'obligation ou de dédommagement lorsque le contrat n'est pas respecté et ils peuvent enfin se substituer au mariage. Elle explique :

Apparemment, entre partenaires échangistes, entre « décideurs » du mariage, la circulation infantine semble tenir deux rôles opposés : tantôt elle se surajoute au mariage, contribue à déterminer, intensifie dans ses obligations échangistes. Tantôt elle se présente comme un garde-fou, une protection des donateurs contre les carences éventuelles des récipiendaires, bref comme une sécurité élémentaire, voire l'ultime recours pour ceux qui consentent au départ d'un membre féminin du groupe (p. 171-172).

Elle détaille les causes de déplacement des enfants confiés : les transferts vitaux (l'enfant va chez des personnes isolées ou en difficulté pour survivre, comme chez les personnes âgées), la recherche d'un enfant d'un sexe donné, donner un enfant à un couple infertile, le désir d'un enfant de rejoindre l'un de ses frères confiés, remplacer un enfant mort, transfert d'enfant dû à un

remariage, raffermir un lien avec la famille élargie. Selon elle, l'adoption-fostering et mariage répondent aux mêmes attentes :

[...] ils étoffent une communauté, un sous-groupe familial, dont initialement ils ne relevaient pas et, fréquemment, leur venue à chacun peut être aussi l'annonce de l'extension numérique de la famille d'accueil, par le biais d'une procréation cette fois directement intégrée à celle de leurs hôtes (p. 115).

Selon S. Lallemand (2009) : « se montrer généreux vis-à-vis de son groupe d'appartenance, et manifester de la solidarité à l'égard des siens par le don d'un enfant est en effet l'une des principales fonctions de l'adoption » (p. 186).

D. Bonnet (1988) distingue deux formes de circulation enfantine : une circulation qui se soumet au droit d'adoption et qui consiste à redistribuer les descendants entre les coépouses d'une maison et une circulation par captation, où les enfants sont pris, par les lignages utérins et extérieurs, aux femmes les plus fécondes et envoyés chez celles qui ne sont plus dans un cycle de reproduction (femmes âgées), aux femmes moins fécondes, des femmes les moins riches aux plus riches et des nouvelles épouses aux anciennes épouses. Selon C. Meillassoux (2005), la circulation par captation consiste à redistribuer des dépendants afin de répartir l'énergie humaine entre les cellules reproductives et de recréer un équilibre entre individu productif et improductif. S. Lallemand (2004) explique que dans le cadre de la famille étendue ou même du réseau relationnel, différents membres ayant ou non des liens de sang avec un enfant, peuvent solliciter sa présence pour l'éduquer, le faire travailler. Elle distingue deux pratiques, l'adoption et le gardiennage ou fostering :

Le premier à un caractère officiel, il peut impliquer le secret des origines, est censé être durable, non réversible, et priver les géniteurs de leurs droits et devoirs relatifs à l'enfant au profit des tuteurs. En revanche le second a un caractère momentané, il s'adapte aux circonstances puisqu'il suppose le partage ou l'alternance des prérogatives parentales aux ascendants directs et gardiens. La plupart des contrées disposent de ces deux formes de captation mais n'en font pas un usage égal (p. 24).

Selon C. Vandermeersch (2009), la pratique des enfants confiés au Sénégal est souvent motivée par un besoin de faire face à une situation de crise, notamment une rupture d'union ou une naissance hors mariage. Selon elle, les familles tentent par ce biais, soit de faciliter l'accès à l'instruction surtout pour les garçons, soit de placer l'enfant tôt sur le marché du travail, surtout pour les filles. Elle explique que cette pratique est en perte de vitesse, mais persiste dans certains cas :

Même s'il semble que de plus en plus les parents deviennent réticents à confier leurs jeunes enfants, car ils souhaitent leur transmettre leurs propres valeurs, la pression familiale qu'exercent les anciens pour en accueillir peut s'opérer sans grande résistance dans le cas des conceptions hors mariage. En de telles circonstances, une jeune mère ne peut guère refuser ce qu'une aînée lui demande, les grands-parents ont plus de facilité à activer leurs droits, surtout si le père n'a pas reconnu l'enfant (p. 74).

Le confiage ou l'adoption permettent aux personnes âgées de bénéficier d'une assistance dans leurs vieux jours, étant donné qu'il n'y a aucun système de sécurité sociale dans les pays africains (Vandermeersch, 2002). Ce sont souvent les femmes en rupture d'union ou les femmes célibataires qui sont le plus amenées à placer leurs enfants, que les mères mariées. Selon T. Locoh (1995), la prise en charge des enfants confiés peut être aussi « un moyen pour les adultes de s'approprier une main-d'œuvre enfantine à peu de frais » (p. 24). Cette idée est aussi celle que soutient M. Jacquemin (2012, 2013).

C - L'enfant gardien de l'héritage familial

L'enfant est aussi important pour gérer les héritages familiaux. Madame N. raconte que son mari adore les enfants et qu'il veut un héritier. Le couple a déjà une fille, mais l'infertilité secondaire du mari les empêche d'avoir un second enfant. Pour son mari, le fait de ne pas avoir de fils avec elle lui donne l'impression d'être toujours plus lié à sa précédente épouse, avec qui il a eu trois enfants dont deux garçons :

C'est l'enfant qui soude le couple. On était très soudés avant d'avoir un enfant, mais on a toujours envie de laisser des héritiers. Un enfant soude le couple, mais plus il y a d'enfants, plus le couple est soudé. Une femme qui a trois enfants va réfléchir longuement avant de divorcer (*Madame N., 41 ans, Sénégalaise, Musulmane*).

Une autre femme, madame D., une Camerounaise qui a eu un bébé suite à une fécondation *in vitro*, affirme qu'elle ne voulait pas être trop vieille pour avoir un enfant car selon elle : « *l'enfant est là pour gérer les héritages* ». Pour le gynécologue C., les problèmes d'héritage sont liés à la polygamie car plus une femme a d'enfants, plus l'héritage de ses enfants est conséquent. Cela induit une concurrence entre les coépouses. Ainsi l'enfant hérite de ses parents, mais aussi de sa famille. Cet héritage est aussi bien matériel que symbolique :

On considère que l'enfant est le prolongement de ses parents sur terre. C'est à lui que sont légués le nom et les richesses de la famille, c'est également grâce à lui que la famille peut se perpétuer. Sur le plan socio-économique, l'enfant était et reste encore dans certains milieux traditionnels une richesse pour ses parents. La fortune d'un homme se mesurait en partie au nombre de ses enfants qui constituaient une main-d'œuvre appréciable pour les travaux agricoles et domestiques. En outre, jusqu'à nos jours, les enfants sont considérés comme un gage pour l'avenir, une sorte d'assurance vieillesse pour les parents. Ainsi, pour les Africains dans leur ensemble, il y a comme une nécessité de mettre au monde un nombre élevé d'enfants pour résoudre les problèmes qui se posent à eux. De ce fait, des attitudes fortement pro-natalistes se sont développées, et la procréation est devenue une donnée capitale et incontournable de la vie du couple africain. La famille africaine n'a pas d'existence en dehors de l'enfant qui est en fait le but premier du mariage (Sow et Bop, 2004, p. 164).

Cette citation révèle que l'enfant recouvre une multitude de significations et de projections. Il est un symbole de réussite sociale et d'assurance pour l'avenir, mais est surtout le socle de la

famille qui disparaît sans lui. Les familles dépendent de la naissance d'enfants. Le mariage n'a d'existence que pour perpétuer la famille à travers les enfants. Dans cette logique, D. Bonnet, C. Rollet et C.-E. de Suremain (2012) expliquent que l'enfant « peut être à la fois un capital symbolique, un « objet » d'échanges (dans le « confiage » ou dans les jeux d'alliances matrimoniales), une force de travail, un coût social comme un « objet » d'amour... » (p. 240). Ainsi face à cette multitude de symboles que recouvre l'enfant, nous comprenons mieux pourquoi il est un bien convoité qu'il faut savoir protéger.

Savoir protéger l'enfant

L'enfant est un bien inestimable et un gage sur l'avenir. Il faut savoir le protéger notamment contre les personnes jalouses et les coépouses. Monsieur E. et madame E., un couple de Mauritanien, attendent un bébé, mais ils ne diront rien avant trois mois de grossesse car selon eux au Sénégal, « *il faut se méfier des gens* ». Madame V. explique qu'en Europe, au bout d'une semaine les femmes annoncent leur grossesse, alors qu'au Sénégal les femmes ne disent rien jusqu'à ce que cela se voit. Elle donne l'exemple de sa sœur qui n'a rien dit jusqu'à cinq mois de grossesse. S. Foladé (1960) explicite ce comportement :

Une fois mariée, la jeune femme espère la prompt venue d'un enfant ; elle attend chaque mois l'arrêt de ses règles. C'est à sa mère seule qu'elle confiera la nouvelle, elle ne dira rien à son mari, qui devra constater lui-même qu'un changement s'opère chez sa femme. En général la famille feint d'ignorer la grossesse. Jamais on n'en parlera directement. [...] si elle le tait le plus longtemps possible, c'est qu'aucune allusion directe ne doit être faite concernant cette grossesse : ce serait attirer le mauvais sort (p. 213).

L'enfant semble être une richesse qui attire la convoitise et des personnes peuvent désirer sa mort. Les femmes doivent ainsi cacher leur grossesse. Cette situation se retrouve dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest où la femme enceinte doit cacher son état pour que les génies ne la lui reprennent pas (Bonnet, 1988).

D - L'infertilité comme dette

L'enfant permet de faire le lien entre différentes générations, ainsi le désir d'enfant est plus un désir de reconnaissance sociale qu'un désir de possession. Selon F. Héritier-Augé (1985d), le désir d'enfant en Afrique est en fait un désir d'accomplissement social :

[...] il [l'enfant] n'est pas voulu comme objet de pur désir et d'appropriation, comme bien de consommation et d'investissement affectif du couple ou de l'individu, même s'il constitue un capital économique et comme on a pu l'écrire, une assurance-vie. Il semble qu'on puisse parler davantage d'un désir de descendance et d'un désir d'accomplissement plutôt que d'un désir d'enfant, et de la nécessité d'accomplir un devoir envers soi-même et la collectivité plutôt que la revendication d'un droit à posséder. Désir et devoir de descendance. Ne pas transmettre la vie c'est arrêter là une

chaîne dont nul n'est l'aboutissement ultime, et c'est par ailleurs s'interdire l'accès au statut d'ancêtre (p. 242-243).

D'après elle, c'est en procréant qu'un individu accède au statut d'ancêtre et au respect des vivants. Ainsi, le mariage et la procréation sont des devoirs envers ceux qui nous ont précédé dans l'existence (Héritier-Augé, 1985a). Refuser de procréer est perçu comme une attitude affligeante :

Si, ce disant, on postule que la non-existence vaut existence, alors le pas n'est pas grand à franchir qui rend criminelle l'attitude de celui qui se refuse à la procréation. C'est d'ailleurs le cas des sociétés où célibat et stérilité sont infamants. Mais ils le sont dans ces sociétés, en raison d'une idée de la personne et de l'individu qui est radicalement opposée à celle qui s'exprime dans nos droits de l'homme : l'individu n'y est rien et la lignée est tout. C'est parce qu'il est au service de la lignée que l'individu doit procréer (Héritier-Augé, 1985b, p. 5).

C'est bien une « dette » envers les parents et les ancêtres que certains auteurs mettent en avant : « Se pose alors la question de l'acquittement d'une dette transgénérationnelle, celle que l'on doit à ceux qui nous ont donné la vie. La dette de vie, qui lie entre elles les générations [...] » (Cailleau, 2006, p. 92). Il s'agirait donc pour chaque individu de rendre la vie qui lui a été donnée en mettant un enfant au monde. Ainsi chacun doit s'acquitter de sa dette pour vivre en paix dans la société :

L'expression « tu me dois la vie » illustre cette dette ancestrale (originelle) comme signe d'affiliation et d'appartenance. [...] Payer son entrée dans la filiation s'entend donc comme un processus de pacification (pacifier et payer ont d'ailleurs la même étymologie) à l'histoire dont tout un chacun s'origine (Bessoles, 2001, p. 111)

Selon G. Delaisi et P. Verdier (1994), la souffrance majeure des couples qui n'arrivent pas à procréer est de ne pouvoir s'acquitter d'une dette transgénérationnelle. G. Delaisi de Parseval (2008) explique :

[...] avoir un enfant est bien souvent moins un désir qu'un devoir, devoir de donner des petits-enfants à ses parents, de les rendre grands-parents. Devoir aussi de perpétuer la lignée familiale. Devoir enfin vis-à-vis de l'espèce, c'est-à-dire du genre humain ; mettre des enfants au monde c'est en somme s'acquitter la dette qu'on a contractée en naissant (on a reçu la vie, il faut la donner à son tour) (p. 43).

Ainsi l'enfant rentre dans la logique du cycle des échanges entre groupes familiaux et lignagers (confiage, mariage). Les couples infertiles se coupent du cycle des échanges et sont donc en endettement symbolique par rapport à leurs familles, mais aussi par rapport à la société dans son entier. La logique du don rejoint le système de genre : l'organisation de la reproduction (système de genre) nécessite le système de don (l'engendrement).

Au sein des couples sénégalais, l'autorité est très majoritairement masculine et légitimée par les représentations populaires et par l'islam. L'écart d'âge, la polygamie et la religion musulmane renforcent l'autorité des maris. Les femmes ont une image négative dans les représentations sénégalaises, sauf dans leur rôle d'épouse soumise à l'autorité du mari et de mère attentive à l'éducation de leurs enfants. Les femmes gagnent une légère autonomie en travaillant ; autonomie financière, mais en aucun cas décisionnelle. C'est seulement dans le contexte d'émigration, lorsqu'elles vivent loin de leur famille et qu'elles assument la totalité de leurs besoins financiers, qu'elles peuvent totalement s'émanciper de l'autorité de leur mari. Le divorce apparaît aussi être une source d'émancipation mais les normes de genre sénégalaises incitent à un remariage rapide. Les femmes ont cependant plus de choix au second mariage, qu'elles n'en avaient au premier.

Ce chapitre nous éclaire aussi sur le rôle important tenu par la famille, et notamment les parents, dans les mariages et par la suite dans la vie conjugale. Les couples doivent rendre des comptes à leurs familles dans les cas de dysfonctionnement conjugaux, comme par exemple pour une infertilité ; l'enfant constituant un contre-don symbolique dû à la famille dans le cycle des échanges. Ainsi, plusieurs dominations se croisent au Sénégal : une relation hiérarchique de genre entre les époux et une relation hiérarchique générationnelle entre les parents et leurs enfants.

La question du don est omniprésente dans l'infertilité. L'infertilité représente une dette que les couples doivent porter car ils ne rendent pas la vie qu'ils ont reçue. De plus, dans les pays africains, l'enfant se place dans le cycle des échanges familiaux ou lignagers (confiage, mariage). Ainsi c'est toute la famille et non un couple seul qui perd un enfant.

CHAPITRE 5.

PRISE EN CHARGE FAMILIALE DE L'INFERTILITE ET DE L'INFECONDITE

Comme nous l'avons compris dans le chapitre précédent, les familles menacent ou agissent en séparant les couples infertiles. Elles les accompagnent aussi dans le traitement de l'infertilité, notamment dans les consultations avec les guérisseurs et les marabouts. Ce chapitre va nous éclairer sur le sens à donner à l'infertilité. Dans la première partie de cette thèse nous nous sommes posé la question de savoir ce qu'était la stérilité et si c'était une maladie. Nous avons conclu qu'elle ne pouvait pas être une maladie comme les autres. Les couples, dans les parcours d'assistance médicale à la procréation, ne viennent pas pour se faire soigner, mais pour avoir un enfant.

Les familles tiennent une place importante dans les parcours de soins en conseillant des thérapeutes ou en apportant des traitements. L'infertilité devient en quelque sorte une « maladie sociale » qui atteint chaque membre de la société. Ainsi tout le monde se sent concerné par l'infécondité d'un couple et par sa prise en charge.

I - L'INFERTILITE ET L'INFECONDITE AU SENEGAL

A - Les causes biologiques de l'infertilité

Selon l'agence de la biomédecine française⁸⁸ la stérilité est l'incapacité totale ou définitive pour un couple à concevoir, à débiter une grossesse. Les démographes distinguent, quant à eux, la notion d'« infertilité » de celle d'« infécondité » (Léridon, 2010). L'infertilité est, pour eux, l'incapacité de concevoir ou de procréer, qui peut être temporaire comme par exemple pendant la grossesse et une partie de la durée de l'allaitement, ou définitive ; l'infécondité est l'absence d'enfant, pouvant être liée à un non désir d'enfant ou à une incapacité à procréer (Léridon, 2010). Le terme d'« infertilité » semblait plus représentatif que celui de « stérilité » car il incluait mieux toutes les différentes formes de difficultés à la procréation, aussi bien physiques que psychiques, allant de la stérilité totale à l'hypofertilité. De plus, ce terme est celui choisi par les spécialistes de l'assistance médicale à la procréation car il apporte l'espoir que ne contient plus celui de

⁸⁸ <http://www.procreationmedicale.fr/lexique/#sterilite>

« stérilité ». Le terme d'« infécondité » a, quant à lui, été privilégié dans les situations où le couple ne vit pas ensemble (migration, résidences séparées pour cause de pauvreté).

Les infertilités féminines

Les gynécologues de Dakar considèrent qu'au Sénégal, les infertilités féminines sont en majorité des infertilités tubaires liées à des infections. Leurs propos sont relayés par la littérature sur l'infertilité en Afrique subsaharienne, comme en témoigne cet extrait :

Tubal factor infertility plays a predominant role in female factor infertility in sub-Saharan Africa [...]. The major cause of tubal factor infertility is pelvic inflammatory disease (PID) resulting from an infection either from sexuality transmitted disease (STDs), such as gonorrhoea and Chlamydia, or from complications following an induced abortion, child birth or invasive medical procedure (Larsen, 2004, p. 246).

Selon les gynécologues Philippe Moreira *et al.* (2008), les causes d'infertilité féminine sont à Dakar pour 40,8 % des infections génitales basses, pour 22,6 % des troubles du cycle et pour 2,5 % un antécédent de chirurgie pelvienne. Lors de l'enquête de terrain menée à Dakar, les femmes rencontrées souffraient essentiellement de fibromes, de kystes ovariens, de trompes obstruées, d'infections et, pour l'une d'elles, d'endométriose⁸⁹. Pour la démographe et épidémiologiste Elise de La Rochebrochard (2004), les infertilités en Afrique subsaharienne sont liées à des causes « évitables ». Ces infertilités sont en majorité causées par des infections de l'appareil génital avec trois grands groupes de pathologies : les infections transmises sexuellement et particulièrement la gonorrhée⁹⁰ et l'infection à Chlamydia⁹¹, les infections post-partum et post-avortement, la tuberculose pelvienne et la schistosomiase⁹². Les pays africains restent majoritairement réfractaires à l'avortement, ce qui induit une prise en charge clandestine et dangereuse. Les avortements clandestins sont souvent à l'origine des stérilités. Ils peuvent provoquer des hémorragies, la perforation de l'utérus, de la vessie ou de l'intestin, des infections sévères comme par exemple des péritonites, des séquelles définitives (troubles des règles, stérilité, décès) (Sow et Bop, 2004). Selon l'anthropologue américaine M. C. Inhorn (2009) le pourcentage des femmes qui avortent et qui ont des infections suite à ces avortements est de 30 % dans certains pays d'Afrique subsaharienne. Les avortements sont entrepris tard et les complications qui en résultent, comme le manque de soins, peuvent occasionner une stérilité définitive (Lemarie, 1967). Selon A. Guillaume (2003), dans les pays africains, la contraception est mal connue et les méthodes naturelles continuent d'être

⁸⁹ Maladie définie par la présence, en dehors de la muqueuse utérine, d'éléments épithéliaux identiques à ceux de la muqueuse utérine, et qui se développent dans des tissus plus ou moins distants de cette muqueuse. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

⁹⁰ Maladie infectieuse sexuellement transmise due au gonocoque et se manifestant essentiellement par une uréthrite chez l'homme et une cervicovaginite chez la femme. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

⁹¹ Genre de bactéries appartenant à l'ordre des *Chlamydiales*, responsable d'infections sexuellement transmissibles (lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas Favre, uréthrites, prostatites, épидидymites, cervicites, endométrites et salpingites). <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

⁹² La schistosomiase est une parasitose chronique provoquée par des vers (trématodes) du genre *Schistosoma*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs115/fr/>

utilisées. L'avortement dans ce contexte intervient à la place de la contraception. Nous reviendrons sur la question de la planification familiale au Sénégal dans le chapitre 7, et les sujets de l'avortement et de la contraception y seront plus développés.

Les infertilités masculines

Selon un étudiant en gynécologie de Dakar, les infertilités masculines, l'oligospermie⁹³ et l'azoospermie⁹⁴ sont très fréquentes chez les Sénégalais. Ainsi l'urologue N. estime par rapport à ses consultations que les infertilités masculines primaires sont dues pour 60 % à l'oligoasthénospermie⁹⁵ et pour 40 % à l'azoospermie. Les urologues expliquent que les azoospermies sécrétoires⁹⁶ ne sont pas opérées à Dakar, non pour des raisons de formation (car ces opérations sont simples), mais par manque de matériel. Les patients sont alors dirigés vers l'Europe. Lors de l'enquête, les hommes rencontrés souffraient surtout d'oligoasthénospermie, d'oligospermie, un homme souffrait d'une varicocèle⁹⁷.

L'infertilité secondaire est le fait de ne pas concevoir après la naissance d'un ou de plusieurs enfants. Concernant ce type d'infertilité, l'urologue S. explique qu'elle est souvent consécutive chez les hommes à des infections et à des maladies. Selon l'urologue N., les principales causes d'infertilités secondaires sont les varicocèles, les infections et l'hypogonadisme⁹⁸. Il explique qu'un homme peut avoir eu deux enfants avec sa première épouse, puis devenir infertile après avoir été atteint d'une oligoasthénospermie liée à des infections ou à une varicocèle.

Les infertilités inexpliquées

Les infertilités inexpliquées sont celles où, après des examens médicaux pratiqués sur les deux membres du couple, rien d'anormal n'est trouvé. Le gynécologue R. explique que les infertilités inexpliquées sont souvent perçues comme surnaturelles par les patients car la médecine ne trouve aucune cause plausible. Durant l'enquête, deux cas d'infertilité inexpliquée ont été rencontrés.

⁹³ Insuffisance du nombre de spermatozoïdes dans le sperme (moins de 20 millions de spermatozoïdes par millilitre). <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>.

⁹⁴ Absence totale de spermatozoïdes dans le sperme émis. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>.

⁹⁵ Quantité de spermatozoïdes contenus dans le sperme inférieure à 20 millions/ml, associée à une diminution de leur mobilité. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

⁹⁶ Absence de production des spermatozoïdes par les testicules. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

⁹⁷ Dilatation variqueuse des veines du cordon spermatique, alimentée par la colonne de sang refluant de la veine spermatique. Cette anomalie fréquente apparaît généralement à la puberté et peut gêner la croissance du testicule et sa fonction de spermatogénèse. Son traitement peut être chirurgical ou radio-interventionnel (embolisation). <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

⁹⁸ Ensemble des manifestations dues à une insuffisance de sécrétion des glandes génitales. L'hypogonadisme porte sur les deux fonctions du testicule : la spermatogénèse et la sécrétion de testostérone. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

B - L'absence de l'époux comme facteur d'infécondité

La migration

Les causes de l'infécondité peuvent être sociales. Beaucoup d'hommes sénégalais émigrent en Espagne et en Italie pour travailler, alors que leur(s) épouse(s) reste(nt) vivre au Sénégal. Dans certains hôpitaux, les gynécologues sont confrontés à des femmes venant consulter pour infertilité alors que le mari vit à l'étranger et ne rentre qu'une fois par an. Un gynécologue de Dakar décrit cette situation :

Il y a beaucoup de couples dont les maris vivent en Italie ou en Espagne et ça pose problème au couple pour avoir des enfants. Le couple n'a pas de problème d'infertilité ; le problème c'est de ne pas être ensemble (*Docteur R., gynécologue*).

Ce gynécologue pointe un fait qui est peu pris en considération par les couples et les familles. Pourtant un couple qui ne se voit qu'une fois par an ou tous les deux ans ne peut pas avoir les mêmes chances de concevoir qu'un autre couple qui partage un quotidien. Ce même facteur se retrouve chez les migrants d'Afrique subsaharienne vivant en France ; l'émigration constituant un frein à la conception :

[...] le premier élément qui apparaît dans l'analyse a trait aux obstacles à la fécondité que rencontrent les couples en raison des migrations. La lecture des dossiers médicaux montre deux causes principales d'infécondité liées à cette situation. D'une part la séparation entre homme et femme restreint la durée des périodes potentielles de conception. D'autre part, l'exil semble provoquer des blocages physiologiques (Tain, 2013a, p. 45).

M. Messola⁹⁹ explique qu'au Ghana, deux problèmes se posent concernant la fécondité d'un couple : la carrière des femmes qui repousse l'âge à la première grossesse et l'émigration des hommes. Elle explique que l'économie mondiale n'a pas seulement fait fuir les cerveaux, mais aussi les spermatozoïdes. Elle fait le rapprochement entre la division du travail et celle des cellules reproductives.

Monsieur Y. ne fait pas allusion à cette situation d'émigration pour comprendre le fait qu'il n'ait qu'un seul enfant, alors qu'il a deux épouses.

⁹⁹ Maya Messola, « EggBabyNation : Emerging Global Biomedical Landscapes of Assisted Reproduction in Ghana », communication orale, Colloque international « Technologies de la procréation et mondialisation. Dispositifs, savoirs, expériences en Afrique sub-saharienne », Université Paris Descartes, 12 et 13 décembre 2013.

Monsieur Y.

Monsieur Y., Sénégalais musulman âgé de quarante-trois ans est menuisier métallique et il a deux épouses. Il épouse en 1994, sa première femme, une Sénégalaise musulmane âgée de trente-cinq ans, femme au foyer, dont il a un enfant âgé de huit ans. En 2004, il épouse une seconde femme, Sénégalaise musulmane de trente et un ans, femme au foyer, avec laquelle il n'a pas d'enfant. Ses deux épouses vivent avec leur belle-famille, alors que lui vit et travaille en Espagne depuis 1998, et revient au Sénégal une fois par an ou tous les deux ans.

Il consulte pour la première fois l'urologue N. dans le but d'avoir d'autres enfants avec ses épouses. Il est rentré d'Espagne pour cette raison. Cette année, il reste six mois au Sénégal pour prendre le temps de faire les examens nécessaires et savoir d'où provient le problème d'infertilité. Il y a six mois, il a consulté un urologue en Espagne qui lui a dit que tout était normal, mais l'urologue N. ne partage pas cet avis et lui a prescrit un spermogramme et une échographie. Selon Monsieur Y., les personnes infertiles ne rencontrent aucun problème au Sénégal. De son côté, il ne ressent ni moquerie, ni jugement de la part de son entourage.

Monsieur Y. est le seul homme polygame rencontré lors des entretiens. Nous l'avons rencontré à l'hôpital public. Il était accompagné ce jour-là de ses deux épouses. Monsieur Y. avait un rendez-vous avec l'urologue et sa deuxième épouse avec le gynécologue de l'hôpital. Nous avons fait l'entretien après sa consultation. Il est venu seul pour l'entretien qui s'est déroulé en espagnol car monsieur Y. ne parlait pas français et il a été seul à sa consultation avec l'urologue. Il explique bien au début de l'entretien qu'il consulte car il veut avoir d'autres enfants. Le fait qu'il travaille en Espagne lui donne les moyens financiers d'entretenir ses deux épouses car celles-ci ne travaillent pas et vivent chez la famille du mari. Ici, l'absence du mari tient forcément un rôle dans la conception d'enfant, mais monsieur Y. ne le mentionne pas. Il n'a pas d'enfant avec sa seconde épouse avec qui il est marié depuis sept ans et n'a qu'un seul enfant avec sa première épouse avec qui il est marié depuis dix-sept ans. Contrairement à monsieur Y., monsieur et madame Q., un couple rencontré à l'hôpital, mentionnent l'émigration comme cause de leur infécondité.

Monsieur et Madame Q.

Monsieur Q., Sénégalais musulman âgé de quarante-un ans, conducteur de camions, et son épouse, Sénégalaise musulmane âgée de trente-cinq ans, couturière, se marient en 1997. Ils ont deux enfants. Le premier est né en 1999 et le deuxième est né en 2002. Ils désirent un troisième enfant depuis 2003.

Alors que madame Q. vit dans une communauté rurale à 150 kilomètres de Dakar, monsieur Q., lui, vit et travaille en Italie. Monsieur Q. est rentré d'Italie il y a un mois et demi. Il revient tous les ans dans son pays où il séjourne pendant trois mois.

Le premier enfant du couple est né deux ans après leur mariage et ils analysent la raison de ce retard par le fait que le mari vive en Italie. Le couple veut avoir sept enfants, et leurs deux familles les incitent à avoir un autre enfant.

Madame Q. a consulté un gynécologue l'an passé parce qu'elle s'inquiétait de leur situation d'infertilité. Le gynécologue n'a rien constaté d'anormal chez elle et a proposé que monsieur Q. consulte un urologue. À son retour d'Italie, monsieur Q. consulte un urologue qui lui prescrit des examens qu'il doit faire avant de repartir. Le couple n'a pas consulté de guérisseur, ni de marabout en parallèle de leur parcours hospitalier.

Ici, les deux époux étaient présents lors de l'entretien. L'épouse a accompagné son mari à l'hôpital, mais n'est pas rentrée avec lui lors de la consultation avec l'urologue. Comme elle parle bien le français, c'est elle qui a répondu à nos questions. Monsieur et madame Q. ont analysé le retard concernant la naissance de leur premier enfant comme étant dû au fait que le mari vit en Italie. Cette étude de cas témoigne de la difficulté de la prise en charge de cette infécondité dans ce contexte d'émigration : l'absence du mari retarde les démarches de soins (consultation d'un urologue, prise de traitement, etc.) Ce couple, comme beaucoup de couples sénégalais, veut avoir une descendance nombreuse et cette situation d'infécondité les inquiète. C'est d'ailleurs l'épouse qui a consulté en premier, mais elle l'a fait sept ans après leur deuxième enfant, ce qui paraît très tard. À moins qu'elle n'ait auparavant entrepris des recherches uniquement sur un plan traditionnel.

Selon S. M. Tall (2002), l'émigration internationale a marqué l'histoire du Sénégal, notamment à travers ses évolutions sociales et économiques. Selon lui, « l'émigré est perçu par les Sénégalais comme un modèle de réussite » (p. 549) car il entretient sa famille et investit dans son pays d'origine. Il précise que l'émigration est due à des logiques familiales, mais aussi aux confréries religieuses, notamment la confrérie mouride. Ces confréries mobilisent des sommes d'argent très importantes et orientent les candidats au départ vers les meilleures destinations. Selon D. Lessault, C. Beauchemin et P. Sakho (2011), le départ d'un migrant dans une famille peut permettre l'acquisition de la maison familiale. Ils nomment le « contrat migratoire », la « dette contractée par le migrant vis-à-vis de ses proches » (p. 199). Cette « dette » sera remboursée par les transferts d'argent que le migrant envoie à sa famille. Y. Charbit et M. Kebe (2007) expliquent que les migrants envoient très majoritairement de l'argent à leur famille, souvent de manière régulière, notamment aux ménages féminins. Selon D. Lessault *et al.* (2011), les principaux pays de destinations des Sénégalais sont l'Italie, la France, la Gambie, la Mauritanie et l'Espagne. Selon leur enquête, les ménages avec migrants ont plus de chance d'être mieux logés que ceux qui n'en n'ont pas. Ainsi, ici encore dans le contexte migratoire, nous retrouvons cette notion de « dette » du migrant envers sa famille qui a mobilisé les ressources nécessaires à son départ. Les pays de

destination du migrant sont choisis plus en fonction des facilités d'insertion plus que par rapport à des raisons politiques ou historiques (Tall, 2002). E. Bouilly (2013) explique qu'à Thiaroye-sur-Mer se sont les mères qui envoient majoritairement leurs fils en migration. Les mères ont à leur charge leurs enfants que le père polygame peine à entretenir. Elles comptent donc sur leurs fils, une fois majeurs, pour les aider à prendre en charge leurs petits frères et sœurs. De même, c'est un désir de réussite sociale et économique qui incite les mères à faire émigrer leurs enfants. Elles aident financièrement au voyage par le biais de tontines. Pour l'auteur, c'est la relation mère/fils qui est au cœur du processus migratoire. Ainsi, une fois encore, nous retrouvons le lien important qui lie les mères à leurs fils, du fait de la polygamie.

N. Mondain, S. Randall, A. Daigne et A. Elliot (2012) décrivent la difficile situation des épouses de migrants. Dans certaines régions, comme dans celle de la vallée du fleuve Sénégal, le budget familial revient à la mère de l'époux, ce qui engendre des conflits répétés entre les époux allant parfois jusqu'au divorce. Pour les femmes dont le mari est émigré, les difficultés sont d'assumer les contraintes du quotidien sans pouvoir s'adresser directement à leur mari tout en devant gérer au mieux les relations avec la belle-famille. Les auteurs expliquent :

Une autre cause majeure de conflits réside dans les tensions au sein de la belle-famille, surtout avec la belle-mère ou les belles-sœurs. Ces tensions sont également entretenues par des rumeurs quant à la bonne « moralité » des épouses de migrants, perçues comme facilement tentées par l'adultère du fait des absences prolongées de leur époux. Ceci entraîne donc un climat de surveillance au sein de la belle-famille qui finit par exploser en bagarres et disputes. Ces tensions et jalousies, concernent l'ensemble des familles élargies surtout en cas de ménages polygames, mais sont exacerbées lorsque la femme se retrouve seule et ne peut se tourner vers son mari comme témoin d'injustice à son égard (p. 89).

Ainsi la migration masculine entraîne des difficultés conjugales au niveau de la fécondité et aussi au niveau de l'isolement de l'épouse au sein de sa belle-famille, ainsi que son manque d'autonomie financière ; l'argent du migrant revenant à la mère de celui-ci. Les femmes des époux de migrants souhaitent elles-mêmes migrer, s'insérer au monde du travail et disposer de leur propre domicile. Cependant, la migration féminine est stigmatisée par rapport à la migration masculine, qui elle, est valorisée. Selon S. M. Tall (2002), l'émigration féminine est spécialisée dans le commerce (bijoux, ustensile de cuisine, tissus). Aux États-Unis, les migrantes se sont très bien intégrées aux métiers du tissage et de la restauration.

Enfin la migration favorise la polygamie (Gonzales, 1994) car elle est une démonstration de réussite :

Cette migration est avant tout circulaire et les migrants, une fois leur situation professionnelle et légale stabilisée, retournent régulièrement dans la localité d'origine pour une durée de plusieurs semaines voire plusieurs mois. Ils en profitent pour élargir leur famille en prenant une nouvelle épouse, faisant des enfants, ou pour démarrer la construction d'une villa luxueuse qui constitue un symbole de leur réussite. Ces migrants qui « réussissent » deviennent en effet souvent rapidement de « grands polygames », et, dans la majorité des cas, leur premier mariage est « arrangé » par leur

famille, l'objectif étant pour leur mère, de s'assurer une relève dans les activités domestiques (p. 86).

Ainsi dans le contexte d'émigration, on perçoit l'importance plus développée de la famille élargie ; l'épouse étant complètement sous tutelle de sa belle-famille du fait de l'absence de l'époux. Le migrant apparaît plus dans une logique de reconnaissance sociale et familiale (envoi d'argent à la famille, polygamie) que conjugale. La relation mère/fils est au cœur du processus migratoire, mais en plus de cela, elle est fondamentale au Sénégal. Comme le dit A.-B. Diop (1985), du fait de la polygamie, le noyau mère/enfants est au cœur de la cellule familiale ; le père polygame étant peu présent. Ainsi, l'épouse a du mal à se faire une place car la mère accapare l'amour, l'attention et l'argent de son fils. Elle a beaucoup d'influence sur son fils et pour cela, l'épouse a intérêt à s'entendre avec elle.

Absence de vie commune pour cause de pauvreté

Dans d'autres cas, l'absence d'intimité peut constituer aussi un frein à la conception d'enfant. Il arrive qu'une épouse vive dans sa propre famille et le mari dans la sienne car celui-ci n'a pas les moyens d'avoir sa propre maison. B. Dial (2008) explique qu'après le mariage, la résidence du couple est virilocale. Cependant les hommes éprouvent de plus en plus de difficultés pour héberger leur épouse en milieu urbain à cause de facteurs économiques, notamment l'instabilité du marché du travail sénégalais. Les options pour contrer cette difficulté économique sont soit de retarder l'entrée en union, d'habiter dans la maison des parents ou de résider à côté de celle-ci pour bénéficier de certains services.

B. Dial¹⁰⁰ explique que dans les classes populaires, il n'y a pas de maison conjugale. L'homme vit chez ses parents et la femme chez les siens. Ils n'ont pas d'espace pour leur intimité. Lorsque l'homme commence à travailler, sa femme rejoint le domicile de ses beaux-parents et vit alors sous leur surveillance. T. Locoh (1995) explique qu'en Afrique les ménages regroupent souvent des personnes de différentes générations dans une même habitation, que ce soit en ville ou en campagne. En ville certaines personnes peuvent vivre avec « des parents et collatéraux, voire avec des « dépendants » non apparentés » (p. 19). Plus le ménage est pauvre, plus il est élargi, alors que dans les couches les plus aisées, il y a juste la famille nucléaire et le couple a une plus grande intimité¹⁰¹. M. Lecarme-Frassy (2000) explique que dans la coutume sénégalaise, l'époux doit procurer un toit à son épouse, ou tout au moins une chambre. De plus, c'est en accédant à la propriété d'une maison qu'un homme confirme son statut d'adulte. La précarité économique détermine le fait que les jeunes générations ont du mal à quitter le foyer parental (Antoine et Bocquier, 2009).

Il arrive aussi que le mari travaille et vive à Dakar, alors que sa femme vit en province, à deux cents kilomètres de la capitale, comme dans l'exemple ci-dessous de monsieur T. Ces

¹⁰⁰ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

¹⁰¹ Cela sera le cas des couples ayant recours aux NTR à Dakar.

contextes ne favorisent pas la fertilité du couple : « les couples qui n'ont pas une autonomie résidentielle se retrouvent placés sous le contrôle social direct qu'exerce la famille sur eux » (Dial, 2008, p. 117). G. Gonzales (1994) explique qu'en ce qui concerne la migration temporaire féminine vers la capitale, elle est souvent motivée, soit par des soins à l'hôpital, soit pour « se reposer, fuir l'emprise de leur belle-mère au village » (p. 104-105). Il qualifie ce mouvement de femmes de circulation entre village et Dakar sans être pour autant une émigration. Pour comprendre ce phénomène, prenons l'exemple de monsieur T.

Monsieur T.

Monsieur T., Sénégalais musulman âgé de vingt-huit ans, tailleur, et son épouse Sénégalaise musulmane âgée de dix-neuf ans, ménagère, se marient en 2008.

Madame T. vit au village de Touba à trois heures de Dakar chez sa belle-famille, alors que monsieur T. travaille et vit à Dakar. Quand l'épouse vit à Touba, le couple entretient des rapports sexuels une fois tous les trois mois. Monsieur et madame T. ne peuvent pas accepter de ne pas avoir d'enfant, même s'ils ne subissent pas la désapprobation des gens de leur village. À Touba, madame T. rencontrait des marabouts dans l'espoir d'une future grossesse, mais elle a arrêté depuis qu'elle est venue en 2011 rejoindre son mari à Dakar.

Madame T. a consulté un gynécologue il y a quatre mois pour des maux de ventre et le gynécologue s'est inquiété du fait que, mariée depuis trois ans, elle n'ait toujours pas d'enfant. Le gynécologue repère à l'échographie une trompe obstruée et lui conseille une intervention chirurgicale. Lors d'un autre rendez-vous, le gynécologue présente les analyses de monsieur T. qui signalent une oligospermie. Monsieur T. consulte l'urologue N. qui lui annonce qu'il a une varicocèle. Sur les conseils de l'urologue monsieur T. se fait opérer. L'opération a coûté 50000 Francs CFA¹⁰² et il économise à présent pour l'opération de sa femme. Il parle avec sa femme de ces opérations, ainsi qu'à ses parents.

Dans ce cas, c'est apparemment le gynécologue qui s'est inquiété du fait que le couple n'ait pas d'enfant, alors que madame T. venait consulter pour des maux de ventre. Cependant, monsieur T. dit qu'avec sa femme ils se sentent frustrés de ne pas avoir d'enfant. Ce décalage est-il dû au fait que ce couple n'avait pas pensé à faire des analyses médicales pour ce problème d'infertilité et avait préféré, du moins l'épouse, se tourner vers les marabouts ? On note aussi que les gynécologues sont eux-mêmes pris dans les normes de genre de leur société et s'inquiètent du fait qu'une femme n'ait pas d'enfant après trois ans de mariage. Ici, les deux époux présentent des

¹⁰² Environ 145 euros.

facteurs d'infertilité : une oligospermie pour le mari et une trompe obstruée pour l'épouse. C'est l'époux qui va prendre en charge le coût financier des deux opérations. Si le mari en avait les moyens financiers, il ferait venir sa femme à Dakar, mais pour le moment, celle-ci vit chez sa belle-famille à Touba. Elle est venue à Dakar uniquement dans le but de faire des examens médicaux. Quand l'épouse vit au village, le couple se voit chaque trois mois et entretient des rapports sexuels à cette occasion. Ce manque de rapprochement entre les rapports sexuels constitue certainement encore un frein à la conception d'enfant.

D'après l'enquête démographique et de santé faite au Sénégal (EDS-MICS, 2012), l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 19 ans pour les femmes, ce qui est quasiment le même âge que l'âge d'entrée en première union (19.9 ans). Selon J. P. D. Bahoum (2012), 13 % de femmes âgées de 20 à 49 ans ont déclaré ne jamais avoir eu de rapports sexuels. L'âge médian chez les hommes est de 22.7 ans ; ce qui signifie qu'ils ont leur premier rapport sexuel environ sept années avant leur entrée en union. Les femmes des milieux ruraux entrent plus précocement dans la vie sexuelle ; les femmes du secondaire entrent plus tardivement dans la vie sexuelle que les femmes sans instruction. Les femmes des quintiles les plus riches entrent de même plus tardivement dans la vie sexuelle que les femmes des quintiles les plus pauvres. La proportion des femmes sexuellement actives augmente avec l'âge, passant de 14 % à 15-19 ans, à 37 % pour les 20-24 ans, et à 59 % pour les 40-44 ans. L'activité sexuelle est très faible chez les célibataires (2 %) et chez les femmes en rupture d'union (4 %). Au contraire, 64 % des femmes mariées sont sexuellement actives (25 % d'entre elles ont eu leur dernier rapport sexuel au cours des 1 à 11 derniers mois). La proportion des femmes sexuellement actives est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. Moins les femmes ont d'instruction, plus elles sont actives sexuellement (52 % contre 21 %) et la proportion de femmes sexuellement actives décroît avec le niveau de bien être économique. Concernant les hommes, 37 % des hommes de 15-59 ans se sont déclarés lors de l'enquête sexuellement actifs et 34 % n'avait jamais eu de rapports sexuels. Pour 18 % des hommes, les derniers rapports sexuels ont eu lieu entre 1 et 11 mois avant l'enquête. Le pourcentage d'hommes actifs augmente avec l'âge et il est plus élevé en milieu rural.

Ainsi, comme nous l'avons constaté dans ces exemples, deux causes peuvent conduire à l'infécondité : l'absence de l'époux pour cause de migration et l'absence de vie commune pour cause de pauvreté. Dans ces deux cas, le mari part travailler soit à l'étranger, notamment en Europe, soit à Dakar la capitale, alors que son épouse restera vivre chez ses beaux-parents. Dans ces contextes, les époux partagent une intimité de manière occasionnelle. Cependant les familles ne tiennent pas compte de ces facteurs et considèrent l'infécondité comme une infertilité.

II - LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES DES COUPLES INFERTILES

A - Les guérisseurs et l'infertilité

Les guérisseurs ou tradipraticiens

Au Sénégal, les guérisseurs ou tradipraticiens sont très présents dans le domaine de la santé. Leurs interventions portent à la fois sur le corps et sur l'esprit. Leurs compétences allient celles du botaniste et celles du médecin. La médecine traditionnelle remplit une fonction dont l'action se situe à trois niveaux : le traitement des signes de la maladie par l'utilisation des substances minérales, végétales ou animales, les relations personnelles entre le guérisseur et le malade et la participation de la famille, proche et étendue, ainsi que celle des ancêtres auxquels le guérisseur fait appel dans le cadre du traitement (Sow et Bop, 2004). A.-B. Diop (1981) explique que l'islam a intégré les cultes traditionnels (dont le culte des ancêtres) à ses propres pratiques religieuses. E. Dorier-Apprill (1995) définit le guérisseur comme :

[...] un véritable thérapeute. Il opère son diagnostic à partir de symptômes cliniques, et intervient au même titre que l'infirmier, pour traiter les maladies « naturelles ». Son action repose sur la connaissance du corps, et des plantes locales, transmise par un parent. La transmission lignagère du savoir, et les racines villageoises de ce savoir sont deux éléments essentiels à l'authenticité du guérisseur (p. 137).

L'anthropologue de la santé D. Fassin (2000) qualifie les « tradipraticiens » exerçant au Sénégal de :

[...] guérisseurs plus ou moins autoproclamés qui puisent leur savoir dans la tradition (pharmacopée essentiellement), mais également dans la modernité (éléments d'anatomie et de physiopathologie, parfois aussi d'épidémiologie clinique), et surtout dont la connaissance provient avant tout de l'agrément que leur accordent les pouvoirs publics (p. 85).

Ainsi les guérisseurs ou tradithérapeutes font partie intégrante de l'univers médical au Sénégal. D. Fassin (2000) évoque le paradoxe de la société sénégalaise et de ses politiques concernant la médecine traditionnelle et les guérisseurs. L'État condamne ou ignore les médecines traditionnelles, alors que les fonctionnaires y recourent fréquemment. De même la Faculté dénonce les guérisseurs, bien que les médecins les consultent pour leur entourage ou pour eux-mêmes. Selon lui, les agents qui constituent ces institutions n'en incarnent plus les principes lorsqu'ils agissent en patients. Le phénomène se retrouve dans d'autres pays, par exemple au Congo dans le cas des maladies mentales. Les pouvoirs publics maintiennent l'opposition entre psychiatrie moderne et traditionnelle, alors que cette dernière est la plus sollicitée, notamment par les pouvoirs publics eux-mêmes (Moukouta et Pewzner-Apeloig, 2002). Pour ces auteurs, cette attitude contradictoire symbolise les difficultés du syncrétisme de ces deux modes de prises en charge. Au Sénégal presque tout le monde consulte les guérisseurs quel que soit son statut social ou sa profession car la

médecine moderne n'intervient pas dans le traitement des causes surnaturelles. Le guérisseur s'inspire d'univers différents qui allient connaissances ancestrales et emprunts coraniques (Fassin, 1992).

Dans les entretiens menés, on constate que beaucoup de patients, qui ont recours aux nouvelles technologies de reproduction, sont aussi allés consulter des guérisseurs en parallèle. L'urologue S. explique qu'en Afrique, les consultations pour infertilité commencent d'abord sur le plan traditionnel car les couples cherchent à savoir qui dans l'entourage a pu les rendre stériles par un maléfice. Par exemple, les cousines de madame D., qui sont mariées depuis plusieurs années, n'ont toujours pas d'enfant. Madame D. précise que dans ces cas, on accuse une grand-mère car il faut trouver des responsables à ce malheur.

Selon l'anthropologue de la santé S. Faye¹⁰³, au Sénégal, il y a beaucoup de guérisseurs étrangers venus d'Afrique de l'Ouest (Niger, Mali, Bénin), qu'il nomme les « entrepreneurs néo-traditionnels ». Ceux-ci s'emparent du domaine de l'infertilité délaissé par l'État. Ils déclarent soigner l'infertilité pour s'adapter à la demande. Ils diversifient l'offre de soins traditionnels et imposent des stratégies thérapeutiques adaptées aux modes de vie urbains. Ils rendent visible leur offre de soins par une omniprésence médiatique.

Souvent les patients s'écartent des parcours de soins de la médecine hospitalière pour rejoindre la tradithérapie étrangère. Ce changement de médecine est dû à la lenteur des résultats en milieu hospitalier et au coût des soins. Chez les tradipraticiens, le coût est unique jusqu'à la guérison et peut être versé en plusieurs fois, ce qui n'est pas proposé par les services de santé. La cherté du traitement de l'infertilité par la biomédecine est due à la multiplicité d'ordonnances, aux coûts des bilans hormonaux, des échographies et des spermogrammes (Faye, 2001).

Le *rab*, génie de l'infertilité

Les guérisseurs considèrent que l'infertilité est due à un amant mystique appelé *rab* qui bloque la conception. Pour eux, dans les cas d'infertilité féminine, il y a un homme fantôme, « *faru rab* », qui est là pour empêcher le couple d'avoir un enfant. Dans les cas d'infertilité masculine, c'est du fait d'une femme jalouse « *coro rab* » qui bloque la procréation. Le guérisseur entre en conversation avec le génie en faisant des sacrifices pour apporter des remèdes, l'apaiser et permettre au couple de procréer. Tous les guérisseurs ont dit à madame V., une Sénégalaise musulmane, qu'elle aura un enfant, mais que le moment n'est pas venu car son *rab* empêche actuellement une grossesse.

Madame V. pense, quant à elle, que dans chaque famille, chaque femme a un génie, un amant mystique et naît avec. Sa mère, par exemple, est restée dix ans sans avoir d'enfant et sa tante, mariée depuis plus de quinze ans, n'a toujours pas d'enfant. D'après elle, il y a des stérilités inexpliquées dans sa famille. Elle raconte qu'elle voit son *rab* en rêve. Elle a même fait un rêve où quelqu'un lui disait que tant qu'elle serait avec lui elle n'aurait pas d'enfant. Elle explique que dans ses rêves, lorsqu'elle a un rapport sexuel avec son *rab*, le lendemain elle a ses règles ; ce qui

¹⁰³ Entretien du 22 mars 2011, Dakar.

signifie alors pour elle qu'elle n'est pas enceinte. Son *rab* a une apparence humaine et s'incarne dans différentes personnes de la vie réelle qui sont souvent des personnes qui ne l'attirent pas du tout. Elle rêve souvent de son *rab*. De même, une autre Sénégalaise, madame L., croit que chaque personne a un génie. Pour sa part, elle a un génie homme qui est amoureux d'elle. Elle se dit que son génie ne veut pas qu'elle garde les grossesses. Elle ironise disant qu'heureusement il ne la fait pas se disputer avec son mari. Beaucoup de Sénégalais croient à ce *rab*, homme ou femme, cet amant magique qui bloque la procréation. Mais certains Sénégalais sont plus sceptiques face au *rab*. Monsieur G., lui, ne croit pas aux esprits. Il ne s'explique pas l'infertilité de son couple par le surnaturel. Pour lui, il faut chercher l'explication ailleurs, certainement du côté de la science.

J. Rabain (1979) explique que la perception de la personne se base sur le *fit* et le *rab* chez les *Wolof* :

Le *fit* est l'énergie ou principe vital localisé dans le cœur et le foie, l'« âme » dont l'intégrité est la condition de toute activité concernée. Le concept de *rab* est bien plus complexe. Le *rab* (animal) c'est d'abord l'esprit ancestral attaché à un lignage ou allié à une personne. Il peut manifester son mécontentement et son désir de vivre près des hommes en « montant » (*yeeek*) dans le corps d'un individu, en le rendant malade. [...] Un *rab* identifié de longue date est nommé *tuur* (verser) et ses attributs (sexe, race, religion, caste...) sont connus par un groupe plus ou moins étendu de personnes qui lui rendent un culte régulier (p. 163).

Elle explique que le *rab* est partie constituante de la personne, le *nit*. Le *rab* est le double du *nit*, son jumeau invisible. Elle rappelle que les *jinné* sont eux « des esprits d'origine islamique habitant en brousse et caractérisés par la monstruosité, la capacité de métamorphose animale rapide et dans laquelle les espèces tendent à se confondre, les apparitions terrifiantes et sidérantes » (p. 198). Souvent dans les entretiens, les personnes parlent indifféremment du *rab* et du *jinné* comme s'ils étaient une seule et même chose. On constate d'ailleurs souvent un glissement entre le maraboutisme et l'univers de la magie et des guérisseurs. Selon M. C. et E. Ortigues (1973), le *rab* est parfois assimilé dans le vocabulaire à des *djiné* ou *saytané* par un syncrétisme musulman ou chrétien. Selon eux, le mot *rab* en *wolof* veut dire « animal ». Le *rab* est lié aux lignages et lorsqu'un lignage se déplace, il emmène son *rab*. Ils expliquent que le *rab* n'est pas l'ancêtre, mais un doublet : « Les *rab* ont une organisation hiérarchique avec des chefs et des subordonnés ; ils sont organisés en famille avec des enfants appelés *at* » (p. 148). Ils précisent qu'il existe deux sortes de *rab* : les *rab* anonymes, errants, inconnus ; et les *rab* nommés, fixés à un autel. Ceux de la deuxième catégorie deviennent *tuur*. Les *rab* errants peuvent se manifester à quiconque et l'élire. Selon eux, la présence d'un *rab* se manifeste souvent par la maladie (affections gastro-intestinales, stérilité, fausses couches, troubles mentaux). Les auteurs décrivent trois formes d'attaque auxquelles peut être confronté un individu : la possession par les *rab* (relevant du culte des esprits familiaux), le maraboutage (la magie) et l'attaque par des sorciers (anthropophagie imaginaire). Ils relatent qu'en Afrique occidentale, le « sorcier » est celui qui s'empare de proie humaine qu'il dévore : « le mot sorcier désigne toujours un individu asocial, mauvais, accusé par les autres de provoquer la mort pour satisfaire ses goûts de chair humaine » (p. 237). Ils différencient sorcellerie (toujours mauvaise, ne nécessitant pas l'intermédiaire d'objets) de la magie (faisant le bien et le

mal par l'intermédiaire d'objets). Ils précisent que la religion sépare le pur et l'impur, la magie, elle, sépare l'informe et le maîtrisable.

A. Zempléni (1969) explique que les troubles mentaux sont considérés comme la conséquence d'une agression venue de l'extérieur, soit des esprits ancestraux (*tuur ou rab*), soit des esprits islamiques (*jinne* et *seytaane*), soit du sorcier anthropophage (*dömm*) ou à la magie interpersonnelle (*ligêÿy*). Selon lui, le système d'interprétation utilisé par le thérapeute est connu par le patient et sa famille. Il explique que chez les *Wolof* et les *Lébou*, il existe quatre types de guérisseurs :

Le marabout ou *seriñ* remplit d'importantes fonctions religieuses, politiques, économiques et sociales parallèlement à sa fonction thérapeutique. Il guérit principalement par la parole coranique écrite et par le verset arabe récité et égrené au chapelet. Le magicien traditionnel, dit *jabarkat*, rival infidèle du marabout, accorde à la pharmacopée et aux rituels magiques une place prévalente dans son système thérapeutique. Le chasseur de sorcier, appelé *bilejo*, personnage ambivalent à cause de ses attaches avec le monde de la sorcellerie, se consacre exclusivement à la chasse aux *dömm*. Le prêtre-officiant des esprits ancestraux, *boroom tuur* ou *ndöpkat*, exerce ses fonctions thérapeutiques soit à l'intérieur du lignage dont il hérite ses *tuur*, soit au sein des groupes congénérationnels qui organisent les rites de possession (p. 192).

Ainsi, on perçoit la grande variété des personnes susceptibles d'intervenir sur des maladies physique et psychique ; chacun ayant sa spécialité en renvoyant plus à l'univers religieux ou magique. A. Zempléni explique que, contrairement au psychiatre occidental qui cherche la description détaillée d'un tableau clinique de son patient, le thérapeute-magicien, lui, est peu préoccupé par les paroles, les pensées, les sentiments et les émotions de son patient, mais cherche plutôt l'identité et les intentions de « l'instance persécutive » (p. 195).

Ce phénomène de relations amoureuses entretenues avec un esprit de l'au-délà se retrouve dans d'autres pays africains. V. Duchesne (1994) relate l'existence du mari de l'au-délà (*ebolo bian*) chez les *Anyi* de Côte d'Ivoire. La jeune femme mariée qui ne parvient pas à avoir un enfant recourt à la confection d'un *amwan* (amulette). Des sacrifices d'animaux et des rituels sont faits pour que le mari de l'au-délà cesse les relations avec cette femme mariée et qu'elle puisse procréer avec son mari. L'analyse des cultes de possession à Madagascar faite par M. Fiéloux (1999) renvoie à l'image du *rab* sénégalais. La possession est perçue comme une élection de la part d'un esprit. Le premier moment où l'esprit tente de se faire accepter en multipliant les signes d'élection qui passent par des maladies, des évanouissements correspond au moment où la femme doit faire preuve de sa fécondité. La femme vit alors en bigamie avec son mari humain et son mari esprit. L'esprit exprime une grande attention à la femme, de même qu'un désir amoureux et procure à celle-ci le sentiment d'être aimée. Le mari humain n'est plus le maître de la maison et doit accepter les conseils promulgués par cet esprit. L'esprit joue un rôle important dans les conflits conjugaux car il peut menacer le mari de quitter définitivement la maison conjugale pour cause d'une faute comme un adultère. L'auteur analyse cette situation de possession comme une manière pour l'épouse de se consoler des difficultés conjugales et familiales en créant un couple idéal avec son esprit. L'esprit intervient aussi sur la fécondité des femmes. L'auteure écrit : « Ainsi, on note que

dans de nombreux cas, l'esprit dit « retenir » la fécondité des jeunes filles tant que celles-ci n'ont pas rencontré le compagnon idéal répondant aux critères ci-dessus, honnête, sérieux, fidèle » (p. 146). L'esprit contrôle aussi la fécondité de sa femme humaine et l'appartenance lignagère des enfants. Une fois que la femme est mère, le père social est l'esprit et le géniteur le mari humain. La femme devient alors le père-mère de ses enfants et ne dépend plus de l'autorité maritale. Elle explique que les femmes infertiles sont innocentées car leur statut de possédées leur confère un rôle de mère auprès de leur communauté et de leur clientèle. Au Sénégal, comme en Côte d'Ivoire et à Madagascar, le génie bloque la procréation et prend la place du mari humain. Les femmes deviennent alors mariées à ce génie et procréent avec lui.

B - Les marabouts et l'infertilité

Selon R. Mbaye (1982), il existe plusieurs courants de l'islam. Celui qu'il nomme « islam maraboutique » s'est parfois adapté et confondu avec des religions animistes ; le marabout a adapté la religion aux mentalités des habitants de certaines contrées d'Afrique et a pu emprunter « des recettes à la magie noire pour mieux asseoir son autorité » (p. 835). C'est effectivement ce que nous venons de constater sur la perméabilité des frontières entre islam et magie, notamment autour des maladies.

Au Sénégal, le marabout recouvre plusieurs registres. Selon M. C. et E. Ortigues (1973) : « le terme de « marabout » tend à être employé couramment pour désigner toute espèce de guérisseur ou d'enchanteur, qu'il soit musulman ou, comme l'on dit, « fétichiste » » (p. 239). Les auteurs détaillent la diversité des marabouts : les « vrais marabouts » (hommes savants qui ont une grande connaissance de l'islam, qui prient et enseignent), ceux qui connaissent l'arabe, qui enseignent et soignent contre rémunération et ceux qui n'ont pas de connaissances religieuses, mais qui soignent (amulettes, conseils, prédictions). Le marabout s'adresse à Dieu soit directement soit par l'intermédiaire des *djiné*. Il utilise les versets ou formules coraniques : « Le papier écrit est, soit enfermé dans une amulette (*gri-gri*, *teere*), soit mis à tremper ou bouillir dans une eau qui sera utilisée en ablution ou en ingestion (*safara*). » (p. 268). Le marabout soigne et intervient aux différents temps de la cure : reconnaissance du symptôme, explication, traitement et divination (Fassin, 1992). Il utilise l'écriture comme acte complémentaire de la pratique orale maraboutique.

A.-B. Diop (1981) explique que chez les *Wolof*, il existe deux types de marabouts au sommet de la hiérarchie sociale : les savants (*boroom xam-xam*) et les saints (*boroom barke*). Les savants sont des lettrés qui connaissent très bien le Coran et ils ont fait des études de théologie. Ils peuvent appartenir au clergé, être imams, dirigeants de la communauté, chefs de culte, juges, professeurs d'enseignement supérieur. Les petits marabouts (*sërin-bu ndaw*) dont les connaissances sont limitées et les grands marabouts (*sërin-bu mag*) qui ont fait des études de théologie, de droit, d'exégèse. Les saints les plus renommés sont apparus à l'époque de la crise socio-politique et ont fondé les confréries. Le système religieux *wolof* s'est fondé autour d'eux. La sainteté se transmet héréditairement. L'auteur explique que les saints sont au-dessus des savants dans la hiérarchie du système religieux.

Selon A. Zempléni (1982), les guérisseurs musulmans intègrent des étiologies magico-religieuses dans leurs démarches thérapeutiques. Il précise que l'islam a modifié les usages sociaux de la maladie en entrant au service des liens fraternels de la communauté religieuse. Les marabouts interviennent sur le maraboutage, qui est, selon E. K. Tall (1985) :

[...] une activité humaine banale, née d'un sentiment de jalousie et de frustration qu'on retrouve dans d'autres sociétés sous les appellations d'envoûtement et de magie noire. Aucun signe nosologique ne détermine un diagnostic de maraboutage. Toutefois, une succession de malheurs, d'accidents bénins sont rapportés a priori à cette catégorie du malheur. Le maraboutage s'attaque à la personnalité sociale de l'individu et la perte du principe d'intelligence en est le résultat extrême. À l'inverse, le maraboutage utilisé à des fins positives permet d'augmenter le potentiel social de l'individu. Technique fortement appréciée de tous, le maraboutage aide à surmonter les handicaps individuels (p. 138-139).

L'auteure précise qu'au Sénégal l'attaque « en maraboutage » renvoie à des conflits entre personnes de statuts égaux. Elle la différencie de l'attaque par des « génies-diables », laquelle est due à la transgression de règles sociales. Dans ce cas, l'individu est responsable de sa transgression de la norme sociale. Enfin, l'attaque en « sorcellerie-anthropophagie » est attribuée à des conflits à l'intérieur des lignages. Selon M. C. et E. Ortigues (1973), maraboutage et sorcellerie sont des formes données aux « thèmes persécutifs » (p. 239). Selon eux « le maraboutage est une donnée sociale massivement présente dans toutes les couches sociales et les ethnies de la région dakaroise » (p. 268). Ils expliquent que ce terme recouvre les pratiques islamiques et fétichistes.

Concernant les problèmes d'infertilité, les marabouts donnent aux femmes des amulettes pour leur permettre de tomber enceinte. Par exemple, madame L. dit que sa mère lui a ramené des feuilles à manger et des talismans religieux à mettre autour de ses reins pour pouvoir garder ses grossesses. Les marabouts sont souvent sollicités par les couples souffrant d'infertilité conjugale. Certains couples sont convaincus de la compétence des marabouts dans le traitement de l'infertilité. Le marabout est le spécialiste des questions touchant à la stérilité :

Ce qui touche à la relation materno-infantile, c'est-à-dire à la grossesse et à la petite enfance est l'affaire presque toujours de guérisseuses-matrones. Il s'agit bien d'ailleurs des événements liés à la maternité et non à la féminité, car les « maladies des femmes », qu'il s'agisse de trouble des règles ou des douleurs pelviennes ou même de stérilité, sont souvent affaire d'hommes, en particulier de marabouts (Fassin, 1992, p. 81).

Certaines personnes sont convaincues de l'efficacité des marabouts dans le traitement de l'infertilité. Monsieur U., par exemple, n'est pas encore allé consulter de guérisseur, ni de marabout, cependant il pense y aller car il a entendu parler de marabouts qui guérissent l'infertilité. Au Sénégal, les familles des couples infertiles vont consulter des marabouts pour trouver les causes de la stérilité du couple. Selon Y. Diallo (2003) « L'étiologie proposée par le guérisseur ou le marabout offre une interprétation simple, proche de celle des gens, devant un tableau clinique complexe qu'un malade ou un parent illettré ont beaucoup de mal à comprendre » (p. 190). Il

explique que les patients sont en général satisfaits de leur traitement chez le guérisseur, même lorsque la guérison n'est pas complète, ce qui n'est pas le cas quand ils recourent aux structures sanitaires.

La décision divine

Au Sénégal, beaucoup de couples considèrent que s'ils n'ont pas enfant c'est parce que Dieu en a décidé ainsi. De la même manière, c'est Dieu qui choisit le moment où il « donne » (expression utilisée par les personnes interrogées) un enfant à un couple. L'anthropologue M. C. Inhorn (1996), qui a beaucoup enquêté dans les pays musulmans, avait déjà constaté ce fait :

Because God ultimately controls procreation, it is his decision to give children or not to give. Thus, women who use birth control may still become pregnant because God wants this. Likewise, a husband and wife may never have a child, because God wants this, too. These decisions are his and his alone, because God is the ultimate creator (p. 78).

Dans les entretiens, l'idée revient souvent que Dieu décide du moment pour donner un enfant à un couple. Par exemple, monsieur G., Musulman, explique : « *En tant que croyant, je me dis que c'est le bon Dieu qui décide ainsi, et donnera au moment voulu* ». Madame V., Musulmane est du même avis : « *Le bon Dieu choisira le moment où il donnera* ». Madame P., Catholique raconte l'importance de la foi dans le contexte de l'infertilité : « *C'est avec foi qu'on essaie de résoudre le problème. C'est Dieu qui décide. La foi est en devant de tout* ». La foi en Dieu tient une place importante dans l'accompagnement des couples dans le contexte de l'infertilité. Quelle que soit la religion, le raisonnement est similaire. Les couples sont soumis à la volonté divine et le fait que la décision ne vienne pas d'eux, mais de Dieu, les aide à déculpabiliser et à se protéger de leur entourage. M. C. Inhorn (1996) en donne une explication :

Because each individual's life is "written" by God [...] in this manner, life occurrences can be seen as being under God's control, according to his wishes and his will. [...] For example, if God does not allow a woman to become pregnant, God knows that her time for motherhood has yet to come. Furthermore, he has his reasons for waiting – for example, to prevent the birth of an abnormal child or one who will grow up to lead a bad life. God has his reasons for everything he does, including "approving the timing" of life's events (p. 78).

De même, le fait qu'il s'agisse d'un don divin, permet aux femmes de se dégager de la responsabilité de procréation qui pèse sur elles. La question du don dans les grandes religions monothéistes sera analysée dans le chapitre 9.

C - Pluralisme médical

Au Sénégal, il existe un pluralisme médical : la médecine traditionnelle (les guérisseurs ou tradipraticiens), la « médecine religieuse » (imams, marabouts) et la biomédecine (gynécologues, urologues, médecins). Il s'agit parfois de syncrétismes médicaux. Par exemple, les guérisseurs

demandent parfois à leurs patients d'aller faire des analyses ou une échographie dans des laboratoires privés avant de leur prescrire un traitement. Ainsi en témoigne cet extrait de J. Benoist (1996) :

Certains, convaincus de la supériorité technique et culturelle de la biomédecine refusent de s'en écarter. Mais beaucoup, en devenant le relais entre des médecins physiquement et socialement trop lointains et la population, vont et viennent entre diverse sources de connaissance dont ils disposent (p. 23)

S. L. Faye (2011) abonde dans ce sens et décrit une quête de légitimité :

[...] ils [tradithérapeutes] se sont efforcés de légitimer socialement leurs pratiques professionnelles afin de crédibiliser leur offre, dans un contexte d'accusations de charlatanisme. Le fait d'associer les techniques biomédicales aux savoirs traditionnels dans des procédés thérapeutiques entre dans ce cadre. Vis-à-vis de la médecine moderne leur attitude est à la fois collaborative (ils font travailler les laboratoires d'analyses médicales) et singulière (ils se servent de ces techniques pour montrer l'efficacité et la rapidité du traitement traditionnel). Il s'agit ici d'un syncrétisme des pratiques thérapeutiques qui contribue à la conquête de légitimité, dans le champ social où ils sont étrangers (Faye, 2011).

Les médecins prennent, eux aussi, appui sur la médecine traditionnelle en acceptant, voire en encourageant leur patient à aller consulter des guérisseurs et à faire des prières. Il ne s'agit pas dans ce cas d'un syncrétisme, mais plutôt d'une ouverture d'esprit car les médecins n'empruntent pas, à notre connaissance, les remèdes des guérisseurs. Cependant, plusieurs personnes nous ont parlé d'un gynécologue réputé pour des pouvoirs magiques, mystiques (cf. étude de cas de madame V., p 189).

E. Dorier-Apprill (1995) nomme « infirmier-guérisseur » (p. 138) ceux qui associent dans leurs pratiques médicaments modernes et préparations « traditionnelles ». Au Sénégal, les médecins s'en remettent aussi parfois à Dieu. Par exemple, monsieur et madame E., un couple de Mauritanien, déclarent que lors de l'assistance médicale à la procréation : « *il y a une partie scientifique et il y a le domaine de Dieu. Même les médecins le disent : jusqu'au transfert des embryons, ils maîtrisent, mais après ce n'est plus de leur ressort et ils disent de faire des prières* ». Nous voyons ainsi que les spécialistes de l'assistance médicale à la procréation ont conscience des limites de cette science et préfèrent certainement que les couples ne reposent pas tous leurs espoirs sur eux, mais continuent de croire en une décision divine. Les médecins sont aussi croyants et distinguent ce qui relève de la médecine et ce qui relève du divin. Pour Y. Jaffré (2003) le discours religieux sert de tiers interprétatif entre soignants et patients. De même, lors du pronostic d'une pathologie, « la religion apparaît comme une forme d'espoir, mais aussi comme une limitation du pouvoir de la science et de la technique médicale. Comme si maîtriser l'avenir par des probabilités constituait une sorte d'injure essentielle à la providence » (p. 319). Selon lui, la religion devient un discours partagé entre soignant et soigné ; « elle incite les uns à une certaine compassion et accorde aux autres le droit d'implorer » (p. 319).

D'autres patients vont et viennent entre les différentes médecines. Les médecins ont parfaitement conscience que les couples cumulent les différentes médecines et traitements. Le gynécologue R. affirme qu'il voit souvent disparaître les couples pendant une année et a conscience qu'ils sont allés consulter des guérisseurs. Des fois les couples en informent leur gynécologue, mais pas systématiquement. Le gynécologue V. tient le même discours : « *les femmes disparaissent et elles reviennent* ».

Les traitements

Souvent les traitements médicaux sont pris de façon irrégulière par les patientes car ils sont contraignants. Les traitements des guérisseurs ne sont pas pris non plus entièrement. Certaines patientes ne prennent pas les boissons ou arrêtent les traitements avant la fin. Souvent les femmes essaient le traitement et s'il n'y a pas rapidement un résultat, elles l'arrêtent. Les traitements se chevauchent, s'additionnent jusqu'à l'obtention du résultat désiré, une grossesse. Pour prendre conscience du pluralisme médical au Sénégal, prenons l'exemple de madame M.

Madame M.

Madame M., Sénégalaise âgée de cinquante et un ans et son époux, Sénégalais âgé de soixante et un ans se marient en 1990. Ils ont actuellement un fils de douze ans et une fille de dix ans.

Après son mariage, madame M. consulte un médecin pour avoir un enfant et débute des traitements de stimulation ovarienne : elle prend un médicament par jour et fait des injections. Elle a un cycle d'ovulation irrégulier. Parallèlement au parcours médical, elle consulte des imams qui lui conseillent d'aller voir un médecin : « *tu dois avoir un enfant, ça va venir* ». Son mari, de son côté, fait des analyses et un spermogramme qui ne révèlent rien d'anormal. Madame M. fait une fausse couche en 1993.

De 1990 à 1998, elle consulte deux gynécologues d'un même cabinet. N'ayant rien trouvé comme causes biologiques de leur infertilité conjugale, ils avouent leur impuissance face à la situation : « *Maintenant, il faut qu'on attende Dieu* ».

En 1999, alors qu'elle est sous traitement hormonal, elle décide d'arrêter son traitement et elle se retrouve enceinte peu de temps après. À trois mois de grossesse elle a des douleurs au ventre qui la font beaucoup souffrir. Elle consulte un guérisseur qui la soigne. À huit mois de grossesse elle accouche par césarienne. Son premier enfant naît alors qu'elle a trente-huit ans et son deuxième naît alors qu'elle a quarante ans. Selon elle, ces naissances ont été possibles grâce aux traitements médicaux de stimulation.

Madame M. nous décrit une situation d'infertilité qu'elle a vécue vingt ans plus tôt. Elle s'est mariée à l'âge de trente ans et a débuté immédiatement des démarches pour avoir un enfant. Elle consultait deux gynécologues qui lui ont donné un traitement de stimulation ovarienne. Le mari n'a aucun problème de son côté suite aux résultats du spermogramme. Madame M. a, elle, un problème d'ovulation mais qui ne peut pas, à lui seul, expliquer l'infertilité. Les médecins ne savent pas d'où provient l'infertilité et demandent l'aide de Dieu pour comprendre. Elle est allée consulter un imam et des guérisseurs. Quand elle a eu son fils, huit ans après son mariage, elle était sous traitement hormonal, mais pense que c'est le guérisseur qui l'a aidée à avoir cette grossesse et non les gynécologues. Cependant, elle a tout de même conscience du rôle joué par la stimulation ovarienne car elle signale à la fin de l'entretien qu'elle a eu ses deux enfants suite aux traitements de stimulation ovarienne.

Les couples sont donc amenés à consulter différents types de spécialistes et cumulent ainsi leurs savoirs pour traiter leur problème d'infertilité. Toutes les causes de l'infertilité peuvent se superposer dans l'esprit des couples infertiles, mais aussi chez les médecins et thérapeutes. Ainsi, l'explication médicale de l'infertilité n'empêche pas les couples de croire totalement aussi aux causes religieuses et magiques, surtout dans les cas d'infertilités inexplicables¹⁰⁴. Selon l'anthropologue de la santé A. Zemleni (1982), les médecines se complètent :

L'aboutissement de ce processus est le pluralisme médical prodigieux qui caractérise les milieux urbains actuels. Dans ces milieux, on observe une véritable inflation des cures médico-magiques et une quête anxieuse du bon choix thérapeutique parmi les innombrables alternatives. C'est la recherche du sens social perdu de la maladie qui motive, à mon avis, cette quête thérapeutique. Car pour les Africains qui conjuguent systématiquement et avec aisance les traitements occidentaux et les cures « traditionnelles », l'envers de la supériorité technique de notre médecine, qui soigne si bien les maladies visibles de leurs corps, est son incapacité profonde de guérir les maux invisibles qui assaillent tout à la fois leur milieu et leur être social (p. 17).

Effectivement l'anthropologue de la santé T. Ndoye¹⁰⁵ explique que les guérisseurs sont des « grands psychologues » car ils parlent beaucoup et peuvent parfois résoudre des problèmes tels que le stress. D'ailleurs dans le cas des *Avikam* de Côte d'Ivoire, le guérisseur traite parfois la souffrance dite du « cœur cassé » liée à la perte d'un enfant ou à l'adultère du conjoint. Pour traiter cette souffrance, le patient s'entretient avec son guérisseur de manière isolée, boit et éructe pour faire sortir le poison de l'âme (Galy, 1991).

Selon D. Fassin (1992), la maladie est une quête de guérison. Il évoque la notion d'« itinéraires thérapeutiques » pour restituer à la maladie sa dimension temporelle et complexe par les recours successifs à des systèmes médicaux différents. La recherche de soins résulte de plusieurs logiques comme la recherche de causes surnaturelles, mais elle est aussi liée à des causes

¹⁰⁴ Quand les analyses ne révèlent aucune infertilité du côté de la femme, ni du côté du mari.

¹⁰⁵ Entretien du 05 mai 2011, Dakar.

conjoncturelles comme la situation financière ou le conseil d'un voisin (Fassin, 1992). Il précise que pour le patient, seule compte la guérison :

le malade ne voit pas, d'un côté la « magie », et de l'autre la « science », de même il ne distingue pas, chez le marabout, le « magique » du « religieux » pour reprendre les concepts classiques de l'ethnologie ; il juge le thérapeute quel qu'il soit, en termes d'efficacité ou d'honnêteté ou de sympathie, il trouve dans la relation thérapeutique quelle qu'elle soit, des éléments qu'il rapporte au surnaturel ou au naturel, à un savoir théorique et à une connaissance empirique, à un contexte social et à une situation particulière (Fassin, 1992, p. 121-122).

D. Fassin (1992) insiste sur les sacrifices induits par les itinéraires de soins car le malade s'accroche à tout nouvel espoir et sacrifie souvent tout ce qui est en sa possession. En effet, l'enquête faite à Dakar a révélé que les couples dépensent beaucoup d'argent, notamment à cause du fait de la superposition des médecines, pour la « guérison ». Le coût est un facteur de pluralisme médical. Selon E. Dorier-Apprill (1995) le « secteur informel » répond au besoin du plus grand nombre, de plus les modalités de consultations et la vente fractionnée des médicaments sont mieux adaptées aux urbains précaires. Selon elle, les populations associent d'emblée certaines maladies à la biomédecine ; cependant, d'autres maladies (maladie mentale, maladies récurrentes) renvoient, elles, aux agressions de sorcellerie et incitent aux consultations de guérisseurs ou marabouts. Pour J. Benoist (1997), le pluralisme est « l'agent d'un décloisonnement au sein des cultures et des espaces sociaux » (p. 17). Selon lui, « le pluralisme médical est largement le résultat de rapports sociaux qui transcendent les conduites individuelles. Ils exercent des pressions sur les choix ; ils orientent favorisent ou pénalisent les décisions » (1996, p. 19). Ainsi le social explique le désordre des comportements individuels.

D - Remise en cause du pluralisme médical par les couples

Certains couples ne vont pas consulter les guérisseurs et les marabouts et se cantonnent à un parcours biomédical. Prenons l'exemple de madame et monsieur F. pour illustrer ce propos.

Monsieur et Madame F.

Madame F., Sénégalaise musulmane âgée de trente-six ans, assistante de direction, et son époux, Sénégalais athée âgé de cinquante ans, producteur de musique, se connaissent depuis plusieurs années. Ils se marient en 2009. Divorcé, monsieur F. a déjà trois enfants d'un premier mariage.

Deux ans après leur mariage, ils désirent un enfant. En l'absence de grossesse, madame F. consulte un médecin généraliste à Ouakam pour les premières analyses biologiques. Au troisième rendez-vous, il met le couple en rapport avec un cabinet médical. Madame F. y apprend par une radiographie que ses trompes de Fallope sont obstruées. Elle fait ensuite une seconde radio chez un

obstétricien qui lui annonce que ses trompes ne peuvent être désobstruées par une opération (réperméabilisation ou cathétérisme tubaire). Leur médecin traitant les met en relation avec la gynécologue M. pour se renseigner sur les nouvelles technologies de reproduction.

La gynécologue M. leur propose de faire une FIV en leur précisant les taux de réussite. Ils ont entendu parler de la FIV avant de rencontrer la gynécologue M., mais elle leur a expliqué plus précisément les avantages de cette technique. Les différentes analyses faites en laboratoire leur ont coûté environ 100000 Francs CFA¹⁰⁶. Ils vont bientôt entamer le protocole et feront la première tentative en septembre 2011. Pour le moment, ils ont eu trois rendez-vous avec la docteure M. et à chaque fois ils étaient tous les deux présents.

Leurs amis proches sont au courant de leur problème d'infertilité, mais pas leurs familles. Madame F. ne préfère pas en parler à sa mère, car elle risque de s'inquiéter et d'imaginer que sa fille a été maraboutée. Le couple explique que les Sénégalais associent souvent l'infertilité au maraboutage. Pour monsieur F. : « *La FIV devrait être vulgarisée au Sénégal et les Sénégalais devraient arrêter de mettre tout sur le compte des esprits* ». Leur entourage s'informe de l'absence d'enfant et soupçonne monsieur F. d'être trop âgé pour avoir d'autres enfants. Monsieur F. préfère que les soupçons pèsent sur lui pour que son épouse ne souffre pas des réflexions à ce propos.

Madame F. a voulu que son mari appelle un guérisseur au Cameroun, qui, sur son site internet prétendait être spécialisé dans les problèmes de trompes obstruées. Monsieur F. a appelé, mais il n'a pas poursuivi. Il ne voulait pas envoyer de l'argent et recevoir les traitements par la poste car il avait peur d'une duperie malhonnête. Monsieur F. n'y croyait pas du tout, mais voulait essayer pour rassurer sa femme.

Monsieur F. est énervé par l'attitude des Sénégalais qui renvoient l'infertilité au maraboutage et à la magie. Il ne croit pas à la médecine traditionnelle, alors que sa femme, elle, y croit. Elle lui a fait contacter un guérisseur camerounais spécialisé dans les trompes obstruées. Il l'a appelé, mais n'a pas souhaité envoyer de l'argent pour recevoir les traitements. Pour lui, ce problème est juste médical et il aimerait que l'AMP soit plus développée au Sénégal et que les gens et les médias en parlent plus. Sa femme aussi aimerait en parler à sa mère, à condition que sa FIV réussisse. Monsieur F. voudrait faire une émission télévision sur ce sujet. Monsieur F. se sent très concerné par l'infertilité de son épouse. Il est le seul époux qui a participé de manière spontanée à l'entretien. De même, il se rend à chaque consultation avec son épouse. Le fait que ce soit l'époux qui soit perçu comme le responsable de l'infertilité est très rare car se sont en général les femmes

¹⁰⁶ Environ 150 euros.

qui sont déclarées les responsables de ce problème sans aucune preuve. De plus, il est surprenant que la faute soit renvoyée à monsieur F. car il a déjà trois enfants, alors que madame F. n'en a pas.

Ainsi, certains couples font le choix de ne rester que dans le parcours médical et rejettent les superstitions populaires de maraboutage et de sorcellerie. Pour eux, l'infertilité est d'origine biologique et ils ne font confiance qu'aux médecins pour résoudre leur problème. On peut aussi penser que les couples qui rejettent le pluralisme médical pour ne s'orienter que vers la biomédecine sont ceux qui subissent le moins la pression familiale ou qui ne laissent pas leur entourage guider leur itinéraire thérapeutique.

III - LE POIDS DE L'ENTOURAGE DANS LES PARCOURS DE SOIN

A - Les « maladies sociales »

Comme nous l'avons déjà écrit dans la première partie, en Afrique subsaharienne, le désordre biologique est lié au désordre social comme la pratique de la sorcellerie, un adultère ou une rupture d'interdits. La maladie est individuelle, mais sociale à la fois. Ainsi en témoigne cet extrait :

[...] dans les sociétés lignagères africaines : la maladie y a fréquemment la valeur et la signification d'un rappel à l'ordre social qui suscite lui-même une redéfinition de la personne individuelle. Elle peut être signe d'une attaque, d'un échec, d'une erreur ou d'une élection mais dans tous les cas renvoie à un code de déchiffrement des symptômes qui met en cause une ou plusieurs dimensions sociales pertinentes (Augé, 1994, p. 36).

Dans la même logique, la guérison implique l'univers social. Selon l'historien C. Becker (1993) : « la thérapie est une restauration de cet ordre par des procédures adéquates où l'environnement familial et social est impliqué lors des rites de guérison et pour la prise en charge du malade (p. 36). F. Sow et C. Bop (2004) expliquent qu'en Afrique subsaharienne, beaucoup de personnes croient que les maladies ont une origine surnaturelle comme la colère des ancêtres ou des divinités, la pratique de la sorcellerie et les maléfices divers. Les familles assistent au processus de guérison parce qu'elles se sentent menacées. Le rôle du tradipraticien est de rechercher les causes surnaturelles des maladies et de travailler au rétablissement des désordres cosmiques et sociaux perturbés.

Selon le type de maladies, l'identité du patient peut être remise en cause. Dans les cas d'infertilité, Y. Jaffré (1999), précise qu'elle implique un traitement incluant la société. Il explique que certaines maladies, comme un rhume, peuvent être affrontées seul car leurs conséquences sociales sont marginales, mais d'autres, comme les maladies sexuellement transmissibles ou les troubles de la fécondité, engagent d'emblée des significations. Elles deviennent stigmatisantes car

elles se trouvent à l'intersection du pathologique et du social et elles mettent en jeu l'identité des patients. A. Desclaux (2003) explique que dans le cadre du Sida, la logique populaire consiste à considérer le Sida comme la conséquence du non-respect des normes sociales, de la transgression de tabous. Les malades sont punis par des puissances surnaturelles pour avoir commis une faute. De même, elle explique qu'une autre cause du rejet des malades est la peur de la contagion de la maladie. Selon S. J. Dyer (2007), l'infertilité représente une violation de la norme sociale, laquelle incite les couples à avoir beaucoup d'enfants. Elle est vue comme la conséquence de péchés commis : "From a religious perspective children are often seen as a gift of God or the "gods". Not being able to conceive may imply that the person, usually the woman, has sinned or is deemed to be unworthy of God's holy gift." (Dyer, 2007, p. 74). S. Seck (2010) indique qu'en Afrique, l'infertilité n'est pas seulement un problème du couple, mais qu'elle est un problème de famille difficilement toléré par la société. La stérilité n'est donc pas une maladie individuelle mais touche bien l'ensemble de la société.

Dans une logique psychologisante, certains auteurs se questionnent sur les projections des patients dans le cadre de la médecine traditionnelle :

Cette conception de l'individu dans son rapport à l'univers lui donne la possibilité de faire l'économie d'une expérience humiliante et angoissante de culpabilité en projetant à l'extérieur et en attribuant à des êtres malveillants l'origine de ses maux (Moukouta et Pewzner-Apeloig, 2002).

Cependant A. Zempléni (1982) se pose la question de savoir comment la société « se sert de ses « maladies » pour assurer sa propre reproduction ou pour faire face à ses propres mutations » (p. 6). Les morts du lignage peuvent affecter le malade car ils n'ont pas été convenablement traités, les génies peuvent le persécuter, ou des personnes jalouses. Les maladies permettraient donc à la société de rappeler à l'entourage du malade, ainsi qu'au malade lui-même, les normes sociales à respecter pour être en bonne santé. Car en effet, E. K. Tall (1985) explique que la maladie porte la marginalité et permet d'échapper temporairement à la norme sociale, aux règles de la vie quotidienne.

Ainsi, au Sénégal la stérilité est traitée comme une maladie, cependant elle rentre dans le cadre des maladies qui ne sont pas d'ordre individuel, mais qui impliquent une prise en charge sociale car elles menacent la société entière.

B - Les pressions de la famille

Au Sénégal, les familles participent souvent aux itinéraires thérapeutiques des couples, notamment en ce qui concerne les consultations chez les guérisseurs et les marabouts. Prenons l'exemple de madame V. pour éclairer ce fait.

Madame V.

Madame V., Sénégalaise musulmane âgée de vingt-neuf ans, conseillère commerciale, et son époux, Sénégalais musulman âgé de quarante ans, qui travaille dans les finances, se marient en 2004.

Madame V. ne prend aucune contraception depuis son mariage. Elle consulte un premier médecin six mois après son mariage, mais s'impatiente car il n'y a aucun résultat en deux ans, suite au traitement de stimulation hormonale qu'il lui prescrit. En décembre 2008, elle rencontre la gynécologue M., avec qui elle fait des bilans ainsi que son mari. Tous les bilans sont normaux et la gynécologue ne peut pas expliquer médicalement la stérilité du couple. Madame V. fait trois IAC¹⁰⁷ entre 2009 et 2010 qui échouent. La gynécologue M. lui conseille d'aller consulter des guérisseurs et de faire appel à Dieu par des prières, mais lui interdit formellement de boire les potions données par les guérisseurs.

La famille de Madame V. ne connaît pas son problème d'infertilité, ni les démarches d'AMP qu'elle entreprend. Ses proches savent qu'elle est sous traitement, mais ne savent pas lequel, ni pourquoi. Sa mère sent qu'elle lui cache quelque chose et s'inquiète car madame V. est l'aînée de la fratrie et ses sœurs ont déjà des enfants. Madame V. ne veut pas informer sa mère de sa situation conjugale de peur que celle-ci ne la stresse plus qu'elle ne l'est déjà. Une seule de ses amies, qui a vécu la même situation d'infertilité, est au courant de sa situation.

Madame V. consulte des guérisseurs depuis trois ans et en consulte à chaque fois qu'une personne de son entourage lui en recommande un. Son époux, lui, dit ne pas être gêné du fait de ne pas avoir d'enfant car Dieu choisira le moment approprié pour leur « donner un enfant ». Selon madame V., son époux subit la pression de sa propre famille. La mère de monsieur V., qui s'inquiète de leur situation conjugale, a amené madame V. à consulter un guérisseur et s'est renseignée par la suite pour savoir si elle prenait bien le traitement.

Madame V. sait que sa belle-famille la surveille car, par exemple, quand sa belle-sœur vivait chez elle, elle vérifiait les médicaments que Madame V. laissait au réfrigérateur. De même, elle dit : « *la belle-famille ne pense qu'à une seule chose : m'éjecter et me remplacer par une autre* ». Monsieur et madame

¹⁰⁷ Insémination artificielle avec sperme de conjoint.

V. sont en bons termes, mais la famille de monsieur V. exerce des pressions sur lui car il est le fils aîné. Il est le fils préféré de sa mère et ses autres frères ne sont pas mariés. Madame V. se sent parfois responsable de leur situation conjugale et explique que si la FIV échoue, elle se résignera à la polygamie pour ne pas « *priver son mari d'enfant* ».

La belle-mère de madame V. l'a emmenée chez un guérisseur, malgré le refus de son mari. Il ne croit pas au savoir-faire des guérisseurs et fait confiance à la médecine. Il refuse de boire les traitements des guérisseurs. Pour madame V., au contraire, il est difficile de refuser les propositions de son entourage, surtout quand c'est une personne proche. Elle déclare : « *Ma mère m'a amené des traitements. Je vais les prendre. Je ne vais pas tout prendre mais je suis obligée d'en prendre un peu car c'est ma mère. C'est pour te montrer jusqu'où on va pour se soigner* ». Elle a déjà consulté une dizaine de guérisseurs et doit parfois sortir de Dakar pour les consulter. La consultation chez un guérisseur coûte environ 40000 Francs CFA¹⁰⁸ et elle les paie avec son propre budget. Elle constate cependant le manque de résultat. Elle juge que beaucoup de guérisseurs ne sont pas sérieux, surtout dans le cadre du traitement de l'infertilité. Elle a d'ailleurs décidé de ne plus boire leurs potions car elles sont inefficaces et provoquent des complications de santé. Elle explique que dans le Coran il y a des versets sur l'infertilité où l'on prie Dieu pour avoir un héritier. Elle récite trois fois cette phrase après chaque prière.

Concernant ses parcours d'AMP, madame V. oublie souvent de prendre les médicaments. Lors de la première IAC, elle devait prendre un traitement le lendemain de l'opération, mais elle s'est trompée et l'a pris le jour même. Lors de la deuxième IAC, elle avait bu des potions de guérisseurs et pense que cela a causé l'échec de la tentative. Lors de la troisième IAC, elle était stressée et le stress a, selon elle, influencé l'échec de l'IAC. Le biologiste L. lui a proposé de rencontrer un psychologue. Cette même proposition lui a été faite par sa mère. Celle-ci avait même pris un rendez-vous pour madame V. qui avait refusé de s'y rendre. Son entourage lui conseille aussi de changer de médecin, mais elle se sent à l'aise avec la gynécologue M. Sa mère, par exemple, lui propose d'aller consulter le docteur Untel, gynécologue connu pour avoir des pouvoirs mystiques. Elle a attendu six mois avant de le rencontrer car beaucoup de patients viennent des pays frontaliers du Sénégal pour le consulter. Elle n'a pas apprécié le premier rendez-vous avec ce gynécologue car il est antipathique et elle préfère les consultations de la docteure M.

Madame V. est très influencée par son entourage concernant l'infertilité de son couple. Sa mère lui conseille des guérisseurs et des médecins qu'elle va consulter. Elle lui ramène aussi des

¹⁰⁸ Environ 60 euros.

traitements qu'elle se sent obligée de prendre car « c'est sa mère ». Elle est davantage dans une logique de soumission à sa mère que dans la croyance dans le traitement que celle-ci lui apporte. Sa mère a même pris à sa place un rendez-vous chez le psychologue, alors que madame V. a vingt-neuf ans et est en âge de se prendre en charge elle-même. La deuxième personne qui conseille madame V. est sa belle-mère. Elle explique que son mari est le fils aîné et préféré de celle-ci et qu'il est le seul de ses fils à être marié. Ainsi celle-ci espère que son fils ait des enfants. Alors la belle-mère conseille madame V. et l'amène chez des guérisseurs pour ce problème et fait même surveiller par sa fille (belle-sœur de madame V.), lorsqu'elle vivait chez le couple, les médicaments pris par madame V. La belle-mère ne remet absolument pas la fertilité de son fils en cause puisqu'elle ne l'emmène jamais chez les guérisseurs. Madame V. pense même que sa belle-mère veut la remplacer par une autre épouse. Elle-même culpabilise par rapport à son mari alors que l'infertilité est inexplicquée et elle se déclare prête à accepter la polygamie, si la FIV, qu'elle va entreprendre, échoue. Alors que madame V. est stressée par cette situation, monsieur V. ne semble pas trop s'en préoccuper. Selon les propos de son épouse, il ne serait d'ailleurs pas tant gêné que cela du fait de ne pas avoir d'enfant. Contrairement à son épouse qui essaie tous les traitements possibles, lui ne prend pas les traitements donnés par les guérisseurs auxquels il ne croit pas. Il ne souhaite d'ailleurs pas non plus que son épouse aille les consulter, mais ne semble pas s'opposer à sa mère quand celle-ci y emmène sa belle-fille. Ainsi on constate que la belle-mère a plus d'autorité que son fils dans cette situation. Madame V. semble envahie et stressée par cette multitude de démarches de soins et de traitements qu'elle entreprend ou plutôt que son entourage lui fait entreprendre. Elle se trompe d'ailleurs à plusieurs reprises dans les protocoles d'IAC et le biologiste lui conseille d'aller consulter un psychologue.

Au Sénégal, comme nous le comprenons avec l'exemple de madame V. exposé ci-dessus, l'entourage participe au parcours de soins des couples. Les mères conseillent un médecin, un thérapeute, un guérisseur ou amènent des traitements à leurs filles. Les belles-mères emmènent leurs belles-filles chez le guérisseur. Chacun conseille le couple d'aller consulter tel ou tel thérapeute. Madame V. décrit cette situation :

Au Sénégal, si les gens voient qu'au bout d'un ou de deux ans de mariage un couple n'a pas d'enfant, alors ils leur recommandent quelqu'un. Tous les gens qui savent que je n'ai pas d'enfant me recommandent quelqu'un, même s'ils me connaissent peu. Maintenant je suis habituée ; au début ça m'énervait. Je pense que c'est leur façon de compatir (*Madame V., 29 ans, Sénégalaise, Musulmane*).

Ainsi, les couples sont très influencés par leur entourage et doivent parfois suivre certaines décisions contre leur gré. Monsieur et madame E. racontent que leurs parents leur conseillent des guérisseurs et leur ramènent des potions. Ils expliquent cependant qu'ils se méfient des guérisseurs, surtout quand les produits sont mal dosés, car selon eux, cela peut amener d'autres problèmes. Ainsi ils acceptent les traitements que leurs familles leur apportent, mais ne les consomment pas. Monsieur G. dit que les gens lui donnent des conseils : « *allez voir tel marabout, il peut vous aider ; il peut le faire !* ». A. Zempléni (1982) décrit cette attitude sociale :

Le principe du processus est simple : lorsque l'événement-maladie mobilise les affects des membres du groupe, le malade, ses partenaires sociaux et ses thérapeutes s'engagent dans un procès d'interlocution au sujet de l'agent supposé de la maladie. L'enjeu manifeste de ce procès de paroles – ou de gestes significatifs – est l'interprétation et la guérison des maux du patient. Son enjeu latent est la mise en forme et en commun des souhaits, autrement censurés, des membres du groupe (p. 12).

Dans le cas des maladies mentales, Moukouta et Pewzner-Apeloig (2002) expliquent que c'est souvent la famille et le groupe qui prennent l'initiative de l'itinéraire thérapeutique et ceux-ci privilégient les thérapies traditionnelles. Il s'agit alors de trouver la personne coupable du trouble mental du patient. Pour eux, la consultation du tradithérapeute symbolise l'adhésion au cadre culturel car il signifie un rétablissement des bons rapports au sein de la famille. Dans ce contexte, le traitement « vise à rétablir les liens sociaux au sein de la famille et à renouer les rapports avec les ancêtres » (p. 356). Ainsi l'investissement de l'entourage familial dans le parcours de soins symbolise la recherche de la personne persécutrice et le rétablissement de certains rapports au sein de la famille. La famille intervient donc dans le processus de guérison du malade.

Le silence des couples

Face aux immersions de l'entourage dans leur intimité, les couples confient rarement leurs problèmes d'infertilité à leurs familles et cela reste un secret entre eux. Parfois une ou deux personnes de la famille, comme une mère ou sœur, sont mises dans la confiance du problème d'infertilité. L'infertilité du mari représente cependant le sujet dont on ne parle jamais avec les familles. Monsieur B., un Sénégalais d'origine libanaise, qui a une infertilité, explique qu'avec sa femme, ils ont annoncé à leurs parents qu'ils faisaient une fécondation *in vitro*, mais ne leur ont pas dit qui dans le couple avait un problème d'infertilité. La mère de monsieur B. a cherché à savoir d'où provenait l'infertilité, mais il lui a répondu que ce n'était pas important qu'elle le sache.

Les couples ne parlent pas de leur infertilité car ils ne veulent pas que leurs proches s'immiscent dans ces questions intimes. Par exemple, madame F. dit : « *L'entourage veut venir dans l'intimité du couple. Ils te traumatisent ; si tu ne fais pas attention, tu peux péter les plombs !* ». Cette inquiétude de l'entourage perturbe le quotidien des couples et leur intimité. Souvent les couples ne veulent pas en parler à leurs proches pour ne pas les inquiéter. Monsieur O. ne veut pas en parler à sa famille car il ne veut pas qu'elle s'inquiète pour lui et il ne veut pas avertir ses amis. Certains couples ne souhaitent pas parler aux familles de leur infertilité par peur du jugement. Madame H. ne parle pas de l'infertilité de son mari à ses parents car elle ne veut pas que ses parents le jugent par rapport à son problème et non pour ce qu'il est.

Ainsi les couples sont très peu soutenus par leurs familles dans cette épreuve. Parler de leur infertilité leur créerait des problèmes d'ordre familial, alors ils préfèrent se taire. Des auteurs tentent d'expliquer le silence qui entoure les couples infertiles. Ainsi le silence accompagne les couples car il fait partie du fardeau de l'infertilité. Le silence conforte les normes sociales car les couples se sentent en infraction du fait de ne pas avoir d'enfant et ils ne souhaitent pas affirmer leur différence sociale (Allison, 2011). Même dans des situations d'émigration, les couples préfèrent

taire la découverte d'une maladie par peur que la famille ne pose cette maladie dans une logique de malédiction et non dans une logique médicale, entraînant par la suite une stigmatisation (Bonnet, 2009).



Les couples sont confrontés à l'infertilité pour des raisons médicales et à l'infécondité pour des raisons sociales. L'émigration à l'étranger ou vers la capitale amène les couples à une absence d'intimité. De même, à cause de facteurs économiques difficiles, les couples vivent souvent chez la famille de l'époux.

Dans un contexte de pluralisme médical, les couples sont accompagnés par leurs familles sur le plan traditionnel, notamment dans les démarches concernant les consultations des guérisseurs et des marabouts. Les démarches chez le gynécologue et chez l'urologue relèvent plus d'une décision conjugale, même si l'entourage est parfois à l'origine de la première consultation. Les couples doivent souvent inclure leurs familles dans les parcours de soins, souvent même contre leur gré. La famille se sent menacée par l'infertilité conjugale et sent qu'elle a un rôle à jouer. Les couples, de leur côté, sont plus réfractaires à cette attitude de leurs familles et préfèrent taire leurs démarches de soins et se replier sur eux-mêmes. Sur un plan social, les couples infertiles sont aussi guidés sur des attitudes à adopter. C'est ce que nous allons à présent étudier. De même, l'infertilité amène une remise en question des identités féminine et masculine.

CHAPITRE 6.

GESTION SOCIALE DE LA REPRODUCTION ET DE L'INFERTILITE

En plus des pressions familiales et sociales, les couples infertiles sont confrontés à des représentations populaires qui menacent leurs identités. Au Sénégal, les femmes sont perçues comme les responsables de la reproduction et donc de l'infertilité conjugale. Ayant intériorisé ces représentations sociales, elles se sentent elles-mêmes responsables. L'infertilité masculine est, quant à elle, mal connue et souvent déniée et beaucoup d'hommes refusent de faire des analyses médicales ou de rencontrer les spécialistes de l'infertilité. Les femmes sont soumises dans certaines régions du Sénégal à des rituels pour assurer leur fertilité et les faire devenir de « vraies femmes » en étant mères. De même, les hommes, une fois que leur infertilité est connue, ne sont pas considérés comme virils, donc comme de « vrais hommes ». Hommes et femmes infertiles entrent alors dans une autre catégorie, celle où les identités sexuelles se mélangent.

La société sénégalaise façonne les corps et les identités féminines et masculines dans un but reproductif. Les conséquences sont dures pour les couples qui s'écartent de la norme, qui ne s'inscrivent pas dans le cycle des échanges symboliques.

I - LE FAÇONNEMENT DES ROLES DE GENRE AU SENEGAL DANS UN BUT REPRODUCTIF

Au Sénégal, les individus sont façonnés depuis l'enfance et ne s'unissent qu'au moment du mariage. Après le mariage, les époux vivent souvent dans des sphères séparées avec des tâches sociales déterminées en fonction de leur sexe.

A - L'imitation des enfants

J. Rabain (1979) explique que les parents *wolof* sont attentifs aux activités de leur enfants dès l'âge de deux ans et demi, trois ans :

La mère reconnaît dans l'assemblage d'un pot et d'un papier par son fils de 3 ans la fabrication d'un tambour, dans son maniement de la houe l'activité du moissonneur, dans le transport d'une cuiller par sa fille celle de faire la cuisine, etc. Ce déchiffrement reste très épisodique et concerne les activités susceptibles de marquer l'adoption d'un rôle social. Si par ce soutien l'adulte paraît épouser la dimension de fiction du monde

enfantin, on peut dire plus justement qu'il abolit la fiction au profit de l'identification (p. 131).

Selon elle, l'univers symbolique de l'enfant se forme à partir des situations sociales concrètes et l'enfant choisit son activité selon son sexe. Vers six et sept ans, père et fils mangent dans la même calebasse et dorment dans la même chambre et le garçon suit son père aux champs. La fillette mange et dort avec sa mère jusqu'à son mariage et l'aidera à préparer la cuisine, à faire de la cueillette et à prendre soin des plus petits. Effectivement, S. Lallemand (2004) explique qu'en Afrique de l'Ouest les mères confient à leurs fillettes la garde des bébés. Elles les aident au ménage, à la cuisine, à vendre, à filer. Les garçons, eux, s'occupent du petit bétail, aident aux champs, font de petits travaux d'artisanat.

G. Balandier (1948) explique que chez les *Lébou* du Sénégal, l'enfant vit jusqu'à 9-10 ans au milieu des femmes. Il mange avec elles, les aide dans leurs travaux et assiste à leurs rites. Cependant, après cet âge et l'initiation, il est exclu des univers féminins. Selon J. Rabain-Jamin (2003), chez les *Wolof*, la fillette est souvent rasée comme le garçon jusqu'à l'âge de sept ans, puis laisse ensuite pousser ses cheveux qui seront attachés par de petites tresses et des perles. Elle devient jeune fille lorsqu'elle prend sa première coiffure. Puis c'est ensuite avec le mariage qu'elle change de statut. A.-B. Diop (1985) explique que chez les *Wolof*, l'éducation des filles revient à la mère et celle des garçons au père. Il explique la nécessité de cette séparation spatiale des sexes :

Mais la vraie raison de ce passage du côté paternel, c'est que, dès ce moment, se révèle la volonté de la famille de créer une distance dans les relations mères-fils. La séparation des sexes, dans toutes les activités et manifestations sociales, est une caractéristique de la société wolof (p. 45).

Il précise que la société *wolof* est une société anciennement guerrière où les garçons devaient recevoir une éducation virile. Ils devaient être courageux et bien travailler pour assurer la subsistance de la famille. Le garçon est aussi souvent confié à un marabout qui s'occupe de lui transmettre une éducation religieuse. Les mères éduquent les filles en les initiant à leur rôle de futures épouses, en leur apprenant les bonnes mœurs et la soumission aux hommes.

Les sujets des adultes abordés avec les enfants diffèrent selon le sexe. J. Rabain-Jamin (2003) explique qu'un garçon est questionné sur le travail aux champs, le maniement des outils, la circoncision, alors qu'une fille est questionnée sur l'aide-ménagère fournie à sa mère, les parures, le fiancé : « Les adultes familiers s'orientent vers la ou les catégories permettant à leur partenaire de s'identifier dans leur statut futur d'adulte et de s'y ajuster afin de garantir l'ordre des âges et des générations » (p. 61).

M. Mead (1948/2005) a, quant à elle, beaucoup étudié cette question des rôles sexuels et a questionné la façon dont chaque peuple « requiert des jeunes enfants, comment il s'appuie sur la différence des sexes pour fixer la différence de rôle social et comment il réussit à provoquer les réactions attendues. » (p. 41). Elle explique (1928 et 1935/1969) que toutes les sociétés conditionnent la formation des personnalités des individus selon leur sexe :

Ce qui, à l'origine, n'était qu'une nuance du tempérament s'est transformé, sous l'influence sociale, en une caractéristique essentielle et inaliénable d'un sexe. Les enfants seront éduqués selon cette norme : les garçons devront dominer leur peur, les filles pourront la manifester ostensiblement (p. 257).

Elle précise cependant que certaines sociétés acceptent le travestissement de certains de leurs membres qui se sentent plus proches du sexe qui leur est opposé. Elle nomme ces personnes, les « individus atypiques » (p. 260). B. Malinowski (1927/1971) pense que la société façonne les émotions et les attitudes personnelles pour attacher le mari et l'épouse. Dans la même logique, L. Bereni *et al.* (2008) expliquent que la famille est : « une institution clef de la socialisation de genre » (p. 76). Ils précisent que la sociologie rejoint la psychanalyse pour reconnaître la place centrale de la famille dans l'apprentissage du genre en écrivant :

On peut distinguer trois manières dont les parents peuvent modeler le rôle de sexe de leurs enfants : en incarnant chacun un rôle à suivre ; en se comportant différemment avec les garçons et les filles ; en offrant à leurs enfants un environnement matériel différent selon le sexe qu'ils lui ont assigné (p. 87).

E. Goffman (1977/2002) explique que les deux classes sexuelles sont soumises « à une socialisation différente » (p. 46). Selon lui, chaque société élabore à sa manière ces groupes sexuels :

Les normes de la masculinité et de la féminité reposent également sur des différences objectives (bien qu'elles soient principalement acquises socialement) entre les classes sexuelles, mais, comme nous l'avons suggéré, ne coïncident pas avec ces différences, n'en recouvrent pas certaines, se réfèrent faussement à d'autres et, bien sûr, pour un très grand nombre d'entre elles, n'en rendent compte que grâce à une doctrine discutable – dans notre société, la doctrine de l'influence biologique. Dans la mesure où l'individu élabore le sentiment de qui il est et de ce qu'il est en se référant à la classe sexuelle et en se jugeant lui-même selon les idéaux de la masculinité (ou de la féminité), on peut parler d'une identité de genre. Il semble que cette source d'auto-identification soit l'une des plus profondes que nous propose notre société, peut-être davantage encore que la classe d'âge ; et sa perturbation ou sa transformation ne peuvent jamais être envisagées comme une affaire sans importance (p. 48-49).

Ainsi la famille et la société façonnent les individus en deux catégories « homme » et « femme » afin de garantir leur rôle dans la reproduction sociale. Les adultes adaptent leur comportement en fonction du sexe de l'enfant et lui apprennent les tâches dévolues à son sexe. Les initiations sont les meilleurs moyens pour séparer les sexes et les espaces.

B - Les initiations

G. Balandier (1948) explique que chez les *Lébou* du Sénégal la circoncision « assure une mutation de la personnalité ; elle crée l'état adulte et assure l'intégration rituelle du nouvel homme au sein de la communauté lébou » (p. 292). Une fois la circoncision accomplie, le jeune homme se

retire derrière la maison de sa mère et construit un abri en paille dans lequel il restera jusqu'à la cicatrisation. Il y dort, y mange et est soumis à des interdits. Selon M. Dupire (1991a), chez les *Sereer Ndut* du Sénégal, « un incirconcis n'est pas un homme, tant du point de vue masculin que féminin » (p. 22).

M.-P. Ferry (1985) identifie le mariage et l'initiation masculine comme les deux cérémonies les plus importantes dans la vie des jeunes *beliyan* et *bedik* du Sénégal. Le mariage est le déplacement de la jeune fille de la maison de son père vers la maison de son époux, tandis que l'initiation est l'enlèvement des garçons vers la brousse. Dans ces deux sociétés il existe un parallèle entre mariage et initiation qui constituent des ruptures, des changements de statuts. C'est la stérilité qui est promise aux femmes qui découvrent les secrets des initiations masculines et la mort qui guette l'homme qui révèle aux femmes les secrets des initiations (Ferry, 2003). Selon J. Rabain-Jamin (2003), dans les sociétés africaines, les rites d'initiation « marquent sans ambiguïté le passage entre l'état de l'enfant inclus dans l'univers domestique, dépendant encore des soins de sa mère, et le statut d'adulte engagé dans l'univers des hommes, soumis aux règles de la coutume, inscrit dans la succession des générations » (p. 63).

Les initiations peuvent inclure des actes de circoncision et d'excision. Selon M. Lefeuvre-Déotte (1997), dans le cadre de la circoncision et de l'excision, le couteau du forgeron et de la forgeronne tranche, distingue, met en ordre les êtres et les choses :

L'enfant, à la naissance, est androgyne ; pour entrer dans le cycle de l'échange matrimonial et de la procréation, il est soumis à la triple obligation : donner, recevoir, rendre. Il donne un morceau de son corps, son *dya*, reçoit en échange une identité sexuelle et une « jumelle » de sexe opposé. Les différences sexuelles sont inscrites sur les corps ; la procréation, l'union après la distinction, devient possible (p. 118).

Le *dya* représente le double originaire de l'enfant et il est de sexe opposé à l'enfant. Pour rentrer dans la procréation et obtenir un époux/une épouse, il doit être débarrassé de ce côté double :

Les jeunes filles sont excisées, chez les Manjas, par une vieille femme ménopausée qui est devenue après la perte des menstrues, un homme. Le couteau circoncision/excision est interdit à la femme, le contact femme-couteau dans ce cas précis de l'excision est tabou, vraisemblablement ce tabou sépare le monde masculin, du monde féminin et tout en même temps, la circoncision/excision sépare, différencie, met en ordre, divise les êtres (p. 155).

Nous analyserons par la suite cette notion de tabou car elle ressort très souvent des entretiens, mais elle est aussi présente dans la littérature qui traite des périodes de transition chez l'individu (initiation, excision, ménopause). S. Lallemand (2004) rejoint cette analyse et explique que les mutilations sexuelles font référence à des mythes d'origine. Elle précise que :

[...] les Dogon, lors de l'ablation du prépuce, font référence aux êtres initialement bisexués dont les caractéristiques se lisent encore dans les sexes humains : il importe d'enlever une partie mâle à la fille (le clitoris) et une partie femelle aux garçons (le prépuce) sans quoi ils ne pourraient se compléter dans l'acte de fécondation (p. 58).

D. Bonnet (1988) explique le danger lié à cette androgynie de l'enfant : « l'androgynie est contraire à la fécondité du groupe. Il est alors nécessaire de « marquer » dès l'enfance la différenciation des sexes » (p. 73).

L'excision, bien qu'interdite depuis 1999, se pratique toujours actuellement au Sénégal. Selon l'enquête démographique et de santé continue au Sénégal (EDS-Continue 2012-2013), malgré les mesures prises pour renforcer les campagnes de mobilisation en faveur de l'abandon total de l'excision, 18 % des jeunes femmes de moins de quinze ans sont excisées. F. B. Niang (2013) explique que cette pratique est plus répandue chez les Musulmans (18 %) que chez les Chrétiens (3 %). Les sociétés qui pratiquent l'excision sont celles qui ont maintenu les rites initiatiques : *Mandingues* (39 % des filles de 0-14 ans), *Soninké* (38 %), *Pouular* (38 %). Les *Wolof* et les *Séerér* pratiquent très peu l'excision. La proportion de filles excisées est plus importante en milieu rural (22 %) qu'en milieu urbain (10 %). Cette proportion diminue aussi en fonction du niveau d'instruction de la mère : de 21 % pour les mères sans instruction à 4 % pour les mères qui ont le niveau secondaire. L'infibulation est aussi pratiquée, mais les chiffres proposés par l'enquête sont déclarés comme aléatoires et concerneraient environ 10 % des filles excisées.

Ainsi les sexes doivent être séparés spatialement (initiations) à partir d'un certain âge. Ils doivent parfois aussi être séparés dans leur corps par une coupure (circoncision/excision). L'ambivalence sexuelle des enfants doit être annulée pour garantir leur entrée dans les cycles de reproduction. Cette division imposée aux enfants se retrouve chez les adultes.

C - La division de l'espace et des tâches domestiques et sociales

Au Sénégal, les espaces sont aussi connotés à dominante « masculin » ou « féminin ». Ainsi, les espaces domestiques sont aussi parfois scindés. B. Dial¹⁰⁹ explique :

Dans l'espace familial, l'homme n'a pas sa place, sauf la nuit. En journée, les femmes sont entre elles et un homme qui est là dérange. En journée, il n'a pas sa place dans la maison, il est inutile. En journée, il doit travailler (*B. Dial, Sociologue*).

Certaines tâches sont aussi le privilège de l'un ou de l'autre sexe. Par exemple, cuisiner est le devoir d'une femme et il est même à leur yeux un droit inaliénable car par le repas qu'elle prépare l'épouse peut faire comprendre à son mari son mécontentement, sa colère, son amour (Lecarme-Frassy, 1992, 2000). B. Dial¹¹⁰, explique d'ailleurs à ce sujet : « *les hommes sénégalais [...] ne savent pas cuisiner. On dit aux petits garçons qu'ils ne doivent pas porter les marmites pour faire le riz car ils peuvent devenir impuissants* ». L'univers de la cuisine est donc un univers strictement féminin et le fait de toucher aux accessoires de cuisine, telle une marmite, peut entraîner, dans les représentations, des dysfonctionnements physiologiques comme l'impuissance. Ces croyances se retrouvent dans d'autres pays africains. Chez les *Tikar* du Cameroun par exemple,

¹⁰⁹ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

¹¹⁰ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

la cuisine est aussi « le pôle intime de chaque femme ». Elle est interdite au mari et à tout homme pubère et devient ainsi un fantasme pour les hommes lié à la sorcellerie (Ngoundoung, 1999).

Selon A.-B. Diop (1985), au Sénégal les relations mari-femme sont empreintes de distances « favorisées par la séparation traditionnelle des sexes dans la vie quotidienne : travail, repas, causerie » (p. 65). Il précise que cette séparation est encore plus grande dans les familles de marabouts où les femmes vivent séparées des hommes. Selon I. Théry (2007), la distinction masculin/féminin est avant tout normative et « énonce ce qui est attendu de quelqu'un dans un certain contexte relationnel » (p. 35). Selon elle :

[...] être homme ou femme comme partenaire d'une société n'est pas saisissable autrement que comme un ensemble de manières d'agir « au masculin » ou « au féminin » prescrites par les usages et les coutumes, les normes religieuses ou les règles juridiques, dans un certain univers de sens (p. 35).

Dans les représentations populaires sénégalaises, il est nécessaire de préserver les frontières entre les univers féminin et masculin. Cette séparation des espaces a été constatée par l'anthropologue M. Lecarme-Frassy (1992, 2000) qui insiste sur l'importance des frontières spatiales entre les sexes. Pour elle le concept de « tabou » vient à l'encontre de la pensée dualiste présente dans beaucoup de sociétés : « Le concept de tabou semble ici pertinent, car il trace entre les groupes de sexe une frontière, jugée infranchissable en invoquant la nature même. Il s'en suit que toute tentative pour développer la similitude entre hommes et femmes est jugée transgressive » (2000, p. 187).

M. Lecarme-Frassy (1992) explique que la division sexuelle est présente dans le secteur du commerce au Sénégal. Dans la filière du poisson, les hommes occupent l'espace économique en amont (propriétaires de pirogues, pêcheurs) et en aval (mareyeurs, courtiers, chauffeurs) de l'activité des marchandes. De même elle explique que le commerce de détail du poisson frais sur les petits marchés est aux mains des femmes, alors que le gros poisson et les crustacés sont vendus sur les gros marchés par les hommes et les femmes *lebu* qui bénéficient d'une rente de situation. A. Adjamagbo, V. Delaunay, P. Lévi et O. Ndiaye (2006) expliquent que chez les *Sereer* du Sénégal les tâches sont aussi réparties sexuellement : les hommes construisent ou réparent les cases, ils confectionnent les cordes et les nattes, fabriquent des clôtures ; les femmes, elles, s'occupent de l'approvisionnement en eau et en bois, collectent les feuilles et les fruits, achètent les produits de première nécessité, préparent les repas, font la lessive, s'occupent des enfants.

La division sexuelle et l'islam

Cette séparation des espaces est aussi très présente dans la religion islamique. C. Pezeril (2007), dans une étude portant sur l'islam au Sénégal, explique avoir été gênée du fait d'être une femme. Elle a, dans son enquête, été confrontée à la division sexuelle de l'espace social car il lui était interdit de passer la nuit dans le *daara* (unité de vie religieuse où les disciples effectuent leur apprentissage) ; ce refus étant dû au fait que la femme est souvent perçue comme « perturbatrice de la trajectoire religieuse masculine » (Sect. *Une anthropologue en déroute face à la domination*

masculine, para. 6). Dans la communauté *Baay Faal*¹¹¹ qu'elle a étudiée, elle précise que les espaces masculin et féminin sont cloisonnés. La femme gère les enfants, la maison et l'homme gère l'itinéraire mystique des siens et les dépenses économiques. Souvent hommes et femmes mangent séparément. Elle a cependant finalement tiré parti de son statut en pouvant assister à certaines réunions masculines - le statut de *tubaab*¹¹² étant un statut d'androgynie -, mais aussi en partageant le quotidien des femmes (ce qui serait interdit aux anthropologues hommes).

C. Chafiq (2011) explique que dans un autre pays musulman, l'Iran, l'espace public est très ségrégué. Concernant le sport, les femmes ne peuvent pratiquer de sport en présence d'hommes, de même qu'elles ne peuvent assister comme spectatrices aux compétitions masculines. Ces interdictions sont mises en rapport avec la morale islamique. Hormis pour les sportives professionnelles, les politiques limitent l'accès des femmes au sport. Il explique que sur les plages un rideau est installé pour délimiter les espaces féminin et masculin ; de plus les femmes doivent nager revêtues de l'habit islamique. Selon G. Ascha (1987) :

La femme, en Islam, est un être auquel il est préférable de ne pas se frotter sans prétexte (occasion) légal. Il a été rapporté que le prophète n'a jamais touché aucune femme qui ne lui appartînt. Et, lorsque les femmes qui lui avait fait allégeance lui demandèrent de lui serrer la main, il leur répondit : « Je ne touche pas la main aux femmes » (p. 49).

Ainsi, dans la religion islamique, la séparation des espaces apparaît ainsi comme nécessaire pour la préservation et l'intégrité des identités masculine et féminine.

II - LE DENI SOCIAL DE L'INFERTILITE MASCULINE

Dans cette logique de séparation des espaces et des tâches sociales, nous avons constaté dans l'enquête que la procréation et l'infertilité relevaient de la responsabilité féminine ; les hommes se dégent, eux, de ces responsabilités comme nous allons le comprendre à présent.

A - Stérilité, virilité et identité masculine

Les enquêtes de terrain nous ont fait constater un tabou important, voire un déni portant sur l'infertilité masculine. D'après l'anthropologue de la santé Sylvain Faye¹¹³ : « *La société sénégalaise est patriarcale : la stérilité masculine est connue. Les gens connaissent la stérilité masculine, mais ils ne l'admettent pas* ». Ainsi, si les hommes connaissent l'infertilité masculine,

¹¹¹ Les *Baay Faal* constituent une branche de la confrérie Mourides fondée par Cheikh Ibrahima Fall. Sur le wite : http://fr.wikipedia.org/wiki/Baye_Fall

¹¹² Terme utilisé en Afrique de l'Ouest pour désigner une personne à la peau blanche.

¹¹³ Entretien du 22 mars 2011, Dakar.

pourquoi ne l'admettent-ils pas ? S. Boye¹¹⁴ soutient l'idée qu'il n'est pas facile pour un homme d'assumer publiquement son infertilité car s'il reconnaît son infertilité, les gens vont penser qu'il n'est pas viril. Elle explique : « *aller se faire soigner pour un homme c'est accepter qu'il n'est pas viril* ». Un étudiant en gynécologie sénégalais explique à ce sujet : « *La femme accepte mieux que l'homme l'infertilité. Un homme ne peut pas accepter ça. C'est impossible !* ». Si cela relève d'une impossibilité pour un homme de reconnaître son infertilité, c'est bien que ce sujet recouvre pour eux quelque chose de vital. Madame H. décrit cette situation qu'elle a connue avec son mari :

L'infertilité masculine est cachée, taboue. Pour l'homme c'est une atteinte grave à la virilité. Ne pas avoir d'enfant c'est synonyme d'être impuissant et l'homme vit ça très mal. [...] La femme est plus préparée à l'infertilité. Il y a souvent dans l'entourage des femmes, des femmes infertiles. Elles sont préparées à cette éventualité. L'homme n'est pas préparé à ça car il méconnaît les problèmes d'infertilité car c'est caché (*Madame H, 34 ans, Ivoirienne, Musulmane*).

Ainsi, l'infertilité masculine équivaldrait à l'impuissance et donc à un manque de virilité. Madame H. explique que son mari s'est senti très mal quand il a appris les résultats de son spermogramme. Il avait l'impression de manquer à son devoir dans le couple. F. Sow et Bop (2004) évoquent le handicap de la stérilité masculine :

Le plus souvent, elle [la femme] est d'ailleurs déclarée responsable de la stérilité du couple parce que, en dehors de certains milieux informés, l'homme ne peut accepter d'être porteur d'un tel handicap. Cela signifierait pour lui de remettre en cause sa virilité et sa dignité d'homme – virilité et fécondité ne constituant qu'une seule et même chose dans les cultures africaines (p. 165).

Selon l'anthropologue de la santé S. Faye, les femmes s'auto-accusent pour un problème que les hommes ne peuvent reconnaître :

Dans le cadre de l'infertilité, on parle toujours de la femme. Les femmes elles-mêmes s'auto-accusent. Les hommes n'endossent jamais les problèmes d'infertilité du couple ou très rarement. C'est une question de représentation : pour les hommes la fertilité c'est la virilité. Être viril c'est être fertile (*Faye, anthropologue de la santé*).

De même F. Sow¹¹⁵ déclare que « *lorsqu'un homme est stérile, c'est une insulte grave. Être stérile pour un homme signifie être impuissant sexuellement* ». Ainsi, au Sénégal la fertilité est associée à la virilité et à la puissance masculine. Ne pas être fertile pour un homme lui ôte une partie de sa masculinité. Il ne rentre plus dans la catégorie « homme » et devient autre chose. Rappelons-nous que la sœur de monsieur R. (chapitre 4) est venue du Mali pour gérer une situation conflictuelle autour du mariage de son frère et du fait que son épouse soit vierge après six années de mariage. Les deux familles se sont donc entendues pour que l'époux soit opéré et attendent les résultats de l'opération. Nous avons alors posé la question de savoir ce qu'il adviendrait si

¹¹⁴ Entretien du 22 novembre 2011, Dakar.

¹¹⁵ Entretien du 04 Mai 2011, Dakar.

l'opération échouait. La sœur de monsieur R. nous avait répondu alors qu'il serait difficile de le remarier car cela signifierait qu'« *il n'est pas un homme* ». Dans ce cas, il s'agissait d'une impuissance et, si les médecins ne parviennent pas à résoudre ce dysfonctionnement, alors monsieur R. ne serait plus un homme au plan social. S. Boye donne une explication sur le refus des hommes face à leur infertilité :

Dans les représentations sénégalaises, la femme est inférieure à l'homme. Étant déjà dans une posture d'infériorité face à l'homme, il est plus facile pour elle d'accepter son infertilité. Comme l'homme est supérieur à la femme, accepter son infertilité, c'est descendre en dessous même du statut de femme. Descendre trop bas dans l'échelle sociale pousse l'homme à refuser d'accepter son infertilité. Les femmes sont habituées à accepter. Les hommes sont habitués à dominer, maîtriser (*Sokhna Boye, Sociologue*).

Cette citation est intéressante car elle révèle bien l'importance de la socialisation des enfants dans leur comportement autour de l'infertilité ainsi que l'habitude de ces comportements sociaux. Un homme stérile n'est donc plus un homme et il n'est pas une femme. Il appartient à une catégorie autre et inférieure à celles d'« homme » et de « femme ». Avant de proposer une analyse de ce phénomène, voyons comment cela se passe dans un pays proche du Sénégal. L'anthropologue V. Hörbst (2008) évoque la situation des couples infertiles au Mali. Elle indique que l'infertilité masculine n'est pas pensée au Mali : “In communications and family dealings, the possibility of male infertility is considered the “unspeakable” or even the “unthinkable” ” (p. 119). Elle précise que cela implique l'honneur de l'homme : “The notion of male-factor infertility in Mali threatens men's identities, their masculinity, and their honor. Thus, keeping male infertility secret is a crucial aspect of its social management in Bamako.” (p. 131). Les médecins sont eux-mêmes pris dans le tabou de l'infertilité masculine et protègent leurs patients masculins :

[...] gynecologists adopt their style of consultation as well as their treatment strategies to these social values. They also take local customs of communication, gender relations, social organization, and religious concerns into account. In this way, the clearness and finality of biomedical diagnostics are balanced in favor of secrecy and uncertainty in regard to information and consultation politics. Since most Malian gynecologists are men and favor a hierarchy of the sexes, they are subtly shaping the consultations to the advantage of their male patients (p. 132).

Au Mali les médecins compatissent à la souffrance de l'homme infertile et condamnent du même coup son épouse qui ne l'est pas. Ce fait n'a pas été constaté dans l'enquête menée à Dakar. Au contraire à Dakar, les gynécologues déplorent le manque d'implication des époux.

Pour prendre conscience de ses représentations populaires autour de l'infertilité, appuyons-nous sur l'exemple de monsieur et madame E.

Monsieur et Madame E.

Monsieur E., Mauritanien musulman âgé de trente-huit ans, ingénieur cartographe, et son épouse, Mauritanienne musulmane âgée de trente-trois ans, ingénieure informaticienne, se marient en 2008. Madame E. vit et travaille à Dakar, alors que son époux vit et travaille à Nouakchott.

Madame E. présente un problème médical car ses trompes de Fallope sont obstruées. Elle consulte beaucoup de médecins depuis 2008 qui ne lui conviennent pas. Avec un premier gynécologue, elle fait une insémination artificielle qui échoue. Ce médecin leur conseille alors d'attendre une grossesse naturelle, mais ils ne souhaitent pas attendre en raison de leur âge.

Le couple consulte la gynécologue M. en juin 2011. Elle leur fait passer des examens complémentaires et leur conseille de faire une FIV. En septembre, après les examens, madame E. commence un traitement par injections. Le couple attend actuellement un bébé, mais il n'informerait pas l'entourage avant trois mois de grossesse car il se méfie de leurs réactions, notamment sur le plan de la sorcellerie.

Monsieur E. a rencontré deux fois la gynécologue : pour le recueil de sperme et pour le transfert des embryons. Il a pu se libérer de son travail sans avoir à expliquer les raisons. Selon madame E., le protocole est très contraignant car il faut aller faire une injection tous les jours à la même heure ; de plus, elle a souffert de maux de ventre durant le protocole de FIV, mais elle avait été avertie de ces douleurs par la gynécologue.

Monsieur E. et madame E. connaissent l'AMP par internet. Leurs connaissances leur disaient que cela ne se pratiquait qu'en France. Si cela n'avait pas existé au Sénégal, ils l'auraient fait à l'étranger.

Monsieur E. donne son point de vue sur l'AMP : *« c'est une très bonne chose, surtout pour vous les femmes. Pour les femmes l'envie d'avoir un enfant est plus forte ; il y a l'instinct maternel »*. Ils conseilleraient bien ces techniques à d'autres personnes, mais selon eux : *« ici, on n'en parle pas ; comme si c'était tabou »*. Monsieur E. pense que les problèmes d'infertilité se posent plus chez la femme que chez l'homme. Madame E. est en désaccord avec lui et donne l'exemple d'une personne de sa connaissance qui s'est mariée à une femme qui avait déjà deux enfants. Ensemble ils n'ont pas eu d'enfant. Il s'est remarié, mais il est resté de nouveau sans enfant. Monsieur E. reconnaît que dans ce cas il s'agit bien d'une infertilité masculine. Monsieur E. pense que le tabou de l'infertilité masculine existe en Mauritanie et qu'il est lié à l'impuissance : *« Chez les hommes, avoir un enfant c'est comme un défi qu'il se fixe. L'homme*

a envie de se rassurer. Certains disent qu'ils ne veulent pas d'enfant tout de suite après le mariage et tu les revois quelques mois après et leur femme est enceinte ».

Cet entretien est l'un des rares à avoir été réalisé avec le couple. Cependant monsieur E. a hésité à participer à l'entretien. Pour lui ce n'est pas une évidence puisqu'il nous a demandé si sa présence était nécessaire. Ils se sont tous les deux mariés tardivement, à vingt-neuf ans pour madame E. et à trente-quatre ans pour monsieur E. Madame E. évoque le fait que les familles n'aiment pas que leur fils épouse une femme de trente ans ou plus ; ce qui est son cas. Ceci en raison du déclin de la fécondité de la femme et elles préfèrent qu'il épouse une femme la plus jeune possible. Ainsi ce couple ne voulait pas attendre avant de commencer les protocoles d'AMP. Le fait de faire l'entretien avec le couple permet de voir les divergences d'opinion. Monsieur E. pense que l'AMP est surtout bonne pour les femmes. Dit-il cela parce que l'infertilité provient de son épouse ? Puis, il précise que le désir d'enfant est plus fort chez les femmes car il y a l'instinct maternel. Nous verrons que les hommes aussi désirent parfois très fortement un enfant (cf. Monsieur O. p. 214). Monsieur et madame E. attendent un enfant suite à une FIV et ils aimeraient partager cette expérience avec d'autres couples confrontés à l'infertilité, mais refusent de le faire car selon eux le tabou social est trop fort. Ainsi cette expérience restera entre eux. D'après monsieur E., les problèmes d'infertilité se posent plus chez la femme que chez l'homme. Cette phrase témoigne de la méconnaissance ou du déni de l'infertilité masculine. Madame E. quant à elle, connaît l'infertilité masculine car une personne de son entourage y a été confrontée. Comme monsieur E. acquiesce aux propos de sa femme, on peut alors dire qu'il s'agit dans son cas d'une méconnaissance de l'infertilité masculine et non d'un déni. Monsieur E. explique que le tabou de l'infertilité masculine existe aussi en Mauritanie et qu'il est lié à l'impuissance. Il explique que les hommes ont besoin de se rassurer sur leur virilité.

Pour illustrer le malaise des hommes face à leur stérilité, voici le cas de monsieur X. qui est l'un des deux hommes ayant refusé de signer le formulaire de consentement éclairé et donc de faire un entretien. Monsieur X. dit que ça fait cinq ans qu'il est marié et qu'il n'a pas d'enfant. Il précise que d'en parler est douloureux. Il n'est pas sûr de vouloir participer à l'enquête. Finalement il accepte, mais au moment de signer le formulaire de consentement éclairé, il refuse de signer. Beaucoup d'hommes adoptent l'attitude de monsieur X. Ainsi, sans l'aide des urologues rencontrés à Dakar, probablement très peu d'entretiens d'hommes infertiles auraient pu être recueillis.

Éloignons-nous du Sénégal quelques instants pour prendre conscience de la situation des hommes stériles dans d'autres pays. F. Héritier (1996) explique qu'au Burkina Faso, l'homme infertile est celui dont le « pénis est mort » (p. 77) c'est-à-dire celui qui est impuissant ou qui n'a pas de sperme. D. Bonnet¹¹⁶ explique qu'au Cameroun, le sperme est toujours perçu comme une

¹¹⁶ Doris Bonnet « La stérilité masculine : de l'impensé social au savoir médical. Études de cas à Douala (Cameroun) », communication orale, Colloque international « Technologies de la procréation et

substance fertile. Certains couples ne peuvent procréer à cause d'une incompatibilité de leurs substances. Elle explique que pour un homme, être stérile c'est renoncer à transmettre. L'homme doit faire un double deuil : celui de sa fécondité et celui de l'enfant. Pour les hommes turcs le fait d'avoir des enfants est l'expression publique de leur virilité sexuelle (Van Rooij *et al.*, 2004). C'est donc le même symbole de virilité qui renvoie à la fécondité pour les Sénégalais, les Maliens, les Burkinabè, les Camerounais et les Turcs. Cela induit une reconnaissance sociale de leur masculinité et une valorisation de leur honneur. Quand ils sont infertiles, ils ne sont pas capables de perpétuer le lignage familial et le portent comme un fardeau. Selon M. C. Inhorn (2009), l'infertilité est le pire fardeau qu'un homme puisse porter :

Male infertility remains deeply hidden in most societies because male infertility is among the most stigmatizing of all male health conditions. Such stigmatization is clearly related to issues of sexuality. Male infertility is popularly, although usually mistakenly, conflated with impotency, as both disrupt a man's ability to impregnate a woman and to prove one's virility, paternity, and manhood (p. 173).

Pour l'anthropologue F. Héritier (1994), les sociétés cherchent à masquer la stérilité de l'homme et elles y parviennent car un homme, sans engendrer d'enfant, peut être le père légal ou social d'enfants de sa femme. Selon les historiennes Yvonne Knibiehler et Catherine Marand-Fouquet (1981), en Europe la stérilité était pensée au féminin et seule l'impuissance du mari pouvait être vue comme une infertilité masculine. Dans beaucoup de sociétés donc, la stérilité de l'homme est plus taboue que celle de la femme. La stérilité de l'homme est toujours associée à sa puissance sexuelle et la remettre en cause, c'est toucher à la virilité d'un homme, à sa masculinité. Ainsi on peut penser que dans la plupart des sociétés, si ce n'est dans toutes, les femmes sont considérées comme étant les responsables de l'infertilité d'un couple et que l'infertilité masculine est taboue et cachée sur un plan social.

B - Les conséquences du déni de l'infertilité

Divorces, mensonges et adultères

La confusion entre fertilité et virilité met les hommes dans l'ignorance face à leur propre corps. Selon le docteur R., les hommes doivent comprendre l'importance de venir avec leur femme en consultation. Il explique que les hommes ne connaissent ni les urologues, ni les andrologues car ils ne savent pas qu'il y a des spécialistes des organes génitaux masculins. Ils viennent consulter les gynécologues pour des problèmes d'érection, mais pas pour des problèmes d'infertilité. S. Boye¹¹⁷ affirme que les hommes méconnaissent l'infertilité masculine car ils pensent que quand ils ont une bonne érection, ils sont fertiles et par conséquent ils refusent de croire à leur infertilité. Selon elle, les Sénégalais confondent souvent l'infertilité et l'impuissance sexuelle :

mondialisation. Dispositifs, savoirs, expériences en Afrique sub-saharienne », Université Paris Descartes, 12 et 13 décembre 2013.

¹¹⁷ Entretien du 22 novembre 2011, Dakar.

[...] il y a bel et bien confusion entre les deux (infécondité/impuissance). C'est ce qui fait que l'on attribue respectivement l'impuissance à l'homme et l'infécondité à la femme. Par conséquent, un homme puissant sexuellement ne peut pas être considéré comme infécond (Boye, 2008, p. 82).

De même, elle précise que l'infertilité masculine secondaire est largement ignorée au Sénégal. Le gynécologue R. explique que les hommes se désinvestissent de leur fertilité et que beaucoup d'hommes divorcent à cause de problèmes d'infertilité dans le couple, alors que le problème provient d'eux. En effet, n'ayant pas connaissance de l'infertilité masculine, ou refusant d'envisager cette hypothèse, certains maris renvoient la responsabilité de l'infertilité à leurs épouses et pensent qu'ils auront plus de chance avec une autre femme.

Le docteur P., médecin interne d'un hôpital public de Dakar, nous raconte l'histoire d'un homme venu consulter dans son service. Cet homme avait une malformation des testicules. Il avait un enfant avec son épouse, mais n'en avait pas eu depuis. Il pensait prendre une seconde femme pour pallier ce problème. Le médecin s'est alors aperçu qu'avec cette malformation, il lui était absolument impossible de concevoir et se posait même des questions sur la manière dont avait été conçu ce premier enfant. Suite à la consultation, les médecins ne lui ont rien dit concernant le fait qu'il ne pourrait pas avoir d'enfant, car ils pensaient que c'était trop risqué pour son intégrité de lui en parler. Dans cet exemple donné par le médecin, l'homme se pense fertile car il a un enfant. Il pense alors prendre une seconde épouse pour pallier l'infertilité, car il croit que l'infertilité provient de sa femme. Il n'imagine pas que sa femme ait pu lui mentir ou ne s'imagine pas être à l'origine de l'infertilité. Ainsi sa femme et les médecins font le choix de préserver le mensonge plutôt que de dévoiler la vérité.

Pour les mêmes raisons, l'urologue S. pense que l'infertilité amène des problèmes d'ordre social et moral. Il cite le cas d'un homme qui a une azoospermie excrétoire¹¹⁸, mais qui déclare avoir eu plusieurs enfants. Dans ce genre de situation, l'urologue explique qu'il s'efface. Le docteur N. explique : « *chez nous, on dit : « c'est la femme qui sait », sous-entendu seule la femme sait qui est le père* ». Il donne l'exemple d'hommes célèbres venus faire des examens et où l'urologue comprend que l'homme ne peut pas avoir d'enfant, même s'il dit en avoir plusieurs. L'urologue et la femme présente savent tous deux que ce ne sont pas les enfants de l'homme venu en consultation, ils s'échangent des regards, mais ne disent rien. L'urologue choisit de se taire car selon lui c'est trop de responsabilités. Il explique : « *L'africain peut mettre trop de mystique dans tout ça. C'est trop de responsabilité pour l'urologue* ». Le docteur S., lui aussi, fait attention à ces propos pour ne pas causer la séparation du couple : « *il faut faire attention à ce que le couple reste ensemble* ».

L'anthropologue S. Fainzang (2006) décrit cette situation à laquelle se trouvent confrontés les médecins : « Certains médecins justifient leurs mensonges non par le fait qu'ils ne sont pas

¹¹⁸ Azoospermie dans laquelle un obstacle bilatéral siégeant de chaque côté sur les voies excrétrices du sperme empêche le cheminement des spermatozoïdes normalement produits par les testicules. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

capables de dire la vérité, mais parce que les patients ne sont pas capables de l'entendre. » (p. 62). Elle évoque les stratégies des médecins pour ne pas blesser le patient :

Bien que convaincus que tout est dit au patient, nombreux sont les médecins qui déploient toutes sortes de stratégies pour ne pas dire les choses clairement. En observant les consultations, on repère diverses techniques utilisées pour modérer le choc que peut représenter la révélation du diagnostic ou le résultat d'un examen. La stratégie la plus fréquente est la tendance à minimiser le mal, en vue de dédramatiser la situation (p. 39).

Dans les cas cités ci-dessus, il ne s'agit pas de mensonges de la part de l'urologue ou du médecin, mais plutôt d'une dissimulation d'informations car les médecins ont le sentiment de sortir du domaine médical pour aller vers un domaine intime et familial. Ils ont le sentiment que cela n'est pas leur rôle d'intervenir à ce niveau et redoutent les conséquences que peut entraîner une telle information (séparation du couple ou sorcellerie envers le médecin).

Comme nous venons de le comprendre, dans le cas d'infertilité masculine, des femmes recourent parfois à l'adultère pour éviter la stigmatisation familiale et sociale. Dans les entretiens, les personnes interrogées expliquent que certaines épouses prennent les devants pour éviter de se retrouver dans une situation de marginalité et tombent enceintes d'un autre homme. Souvent le mari ne dira rien et acceptera l'enfant comme le sien. Madame V. décrit la façon dont cela peut arriver :

Ici c'est l'apparence qui trompe. Lorsque le problème vient du mari la femme peut voyager et se faire enceinter ailleurs. Le mari ne dira rien et acceptera l'enfant comme le sien. Il préférera l'adultère à ne pas avoir d'enfant. Ne pas avoir d'enfant est vu comme un manque de virilité (*Madame V., 29 ans, Sénégalaise, Musulmane*).

Lors des entretiens menés à Dakar, aucune femme rencontrée ne nous a confié avoir commis un adultère, mais souvent les femmes interrogées nous disaient connaître d'autres femmes qui l'avaient fait. Selon V. Hörbst (2008), au Mali cette solution peut convenir à toutes les parties : "Only within the field of diffuse assumptions, secrecy, and uncertainty might "induced adultery" or extramarital sex seem to be acceptable as a solution by all actors involved – wife, husband, and extended family." (p. 122). M. Gessain (1960) pour les femmes *coniagui* et M. Dupire (1960) pour les femmes *peul wodabe* décrivaient déjà ce fait d'adultère des épouses en Afrique subsaharienne pour pallier l'infertilité de leur mari et ainsi garantir leur statut social.

Alors que les femmes interrogées pendant les enquêtes, comme par exemple madame V, pensent qu'il est plus facile pour un homme d'accepter l'adultère de son épouse que sa propre infertilité, les médecins, eux, ne semblent pas partager ce point de vue. Ils choisissent en tout cas de ne pas porter la responsabilité de cette annonce. À travers ces exemples, nous percevons les répercussions de méconnaissance de l'infertilité masculine.

Peu d'hommes aux consultations pour infertilité

D'autres hommes connaissent l'infertilité masculine, mais se placent dans une attitude de déni et refusent d'admettre la réalité. Certains couples viennent ensemble à chaque consultation avec le gynécologue pour leur problème d'infertilité, comme par exemple monsieur B., un Sénégalais d'origine libanaise, qui déclare : « *On a un problème, on le règle ensemble !* ». Cependant, dans la grande majorité des cas, les hommes viennent rarement aux consultations. Parfois la femme n'est pas infertile, mais le mari refuse d'aller aux consultations, de suivre les traitements, ou de faire le spermogramme. Le docteur C. résume cette situation :

Beaucoup de femmes viennent seules aux consultations : souvent dans ces cas, le mari refuse les examens, et de faire le spermogramme. 90 % des femmes viennent seules en consultation et 10 % en couple. Les hommes viennent, soit parce que le médecin les convoque, soit parce qu'ils subissent aussi la pression sociale (*Docteur C., gynécologue*).

Les médecins sont habitués à cette situation. Ainsi l'urologue S. déclare : « *Pour qu'un homme se lève pour aller en consultation c'est pas facile* ». L'urologue N. partage cet avis : « *Très rares sont les hommes qui viennent d'eux-mêmes. Ce sont souvent des jeunes hommes, autour de trente ans* ». La gynécologue M. affirme que beaucoup de femmes viennent d'abord seules aux consultations et que, dans ce cas de figure, les maris refusent souvent de faire les examens. Quand ils viennent en couple, le mari est souvent plus motivé. La docteure M. a constaté que lorsque les examens sont normaux chez la femme, le mari refuse souvent de faire les analyses de son côté. Les gynécologues sont donc souvent confrontés au refus du mari de faire des analyses ou à son déni lorsqu'il doit admettre que c'est lui qui est infertile. Par exemple, monsieur B. raconte que le mari de sa cousine qui vit en Côte d'Ivoire est infertile, mais qu'il refuse de rencontrer les médecins. Il refuse de faire les examens et de suivre un traitement. De même, madame F. donne l'exemple de sa tante qui est restée mariée quatre ans avec un homme infertile, cependant, tout le monde accusait sa tante. Finalement le mari a voulu divorcer pour prendre une autre épouse. La tante de madame F. s'est aussi remariée et a eu des enfants, alors que lui n'en a pas eu. Enfin d'autres hommes ont eu confirmation de leur infertilité par les urologues, mais préfèrent continuer le traitement sur le plan traditionnel et abandonner le traitement médical, de cette manière la femme reste la responsable (Seck, 2010).

En ce qui concerne les frais médicaux, dans les parcours hospitaliers, ce sont généralement les hommes qui paient les traitements et les consultations. Ils sont donc forcément informés quand le problème provient de leur épouse. Par contre, lorsque ce sont eux qui ont un problème d'infertilité, ils peuvent le cacher à leur épouse, car souvent l'épouse n'a pas accès au spermogramme de son mari et elle n'assiste pas aux consultations avec l'urologue. Lui peut connaître son problème d'infertilité mais laisser son épouse culpabiliser et croire que le problème vient d'elle. L'homme ne dira pas à sa famille que le problème provient de lui et les soupçons continueront de peser sur sa femme. Prenons l'exemple de trois hommes rencontrés à l'hôpital public pour comprendre leur positionnement face à l'infertilité masculine.

Monsieur I.

Monsieur I., Sénégalais d'origine guinéenne âgé de trente-cinq ans, carreleur, et son épouse, Sénégalaise âgée de trente-deux ans, ménagère, se marient en 2008. Le couple vit à Dakar chez les parents de monsieur I.

En 2010, madame I. consulte un gynécologue pour des douleurs ; celui-ci recommande alors à monsieur I. de consulter un urologue. Monsieur I. consulte l'urologue S. qui lui a fait passer des examens.

Monsieur I. nous explique qu'il ne va pas consulter un urologue parce qu'il n'a pas d'enfant, mais « *seulement pour soigner son corps* ». De même, il précise que son épouse ne consulte pas un gynécologue pour une infertilité, mais pour des douleurs. Pendant la consultation, l'urologue S. fait constater à monsieur I. qu'il n'a pas encore d'enfant alors qu'il est marié depuis quatre ans. Monsieur I. s'interroge en notre présence : « *C'est vrai que ça dure ; de 2008 jusqu'à présent je n'ai pas eu d'enfant* ». Avec son épouse, ils ne sont pas gênés du fait de ne pas avoir d'enfant.

Nous lui posons des questions concernant les jugements sociaux et familiaux autour des couples sans enfant. Monsieur I. répond à cela qu'il a eu un enfant en 2005 avec une autre femme. Il en a parlé une fois avec sa femme ; ses parents, eux, ne sont pas au courant. Avec sa femme, ils n'évoquent pas le fait d'être sans enfant. Il explique qu'en Guinée, dans des villages, ce n'est pas grave de ne pas avoir d'enfant. Il veut d'abord se soigner avant d'envisager le traitement de son infertilité.

Monsieur I. ne semble pas être préoccupé de ne pas avoir d'enfant avec son épouse. Il explique cependant qu'il a eu un enfant avec une autre femme avant son mariage. Il en a parlé seulement une fois avec sa femme. Il dit qu'avec son épouse cela ne les dérange pas de ne pas avoir d'enfant, alors qu'en même temps il prétend ne pas parler avec son épouse de leur infertilité. De même, il déclare ne consulter un urologue que pour soigner des maux de ventre et précise à deux reprises que son épouse a consulté un gynécologue pour des douleurs. Comme c'est le gynécologue qui a recommandé à madame I. que son époux aille consulter un urologue, on peut se demander si c'est le gynécologue qui s'est inquiété de la situation d'infertilité conjugale ou bien si c'est madame I. Sinon cette recommandation à l'urologue n'aurait pas eu lieu. Dans ce cas, les médecins semblent plus préoccupés que monsieur I. du fait que celui-ci n'ait pas d'enfant après quatre ans de mariage. Lui, prétend ne s'être jamais posé la question. L'attitude et les propos de monsieur I. semblent en décalage avec les autres entretiens. Monsieur I. se place-t-il dans une attitude de déni ? Tout semble le laisser penser car ses propos sont très contradictoires et ne sont pas cohérents. Dans l'étude de cas suivante on perçoit le positionnement de monsieur S. dont on sent qu'il est mal à l'aise avec le sujet de l'infertilité.

Monsieur S.

Monsieur S., Sénégalais musulman âgé de quarante-deux ans, agent immobilier, et son épouse, Sénégalaise musulmane âgée de vingt-six ans, manageuse, se marient en 2004. Précédemment, monsieur S. a contracté un premier mariage qui a duré un an.

Depuis 2006, monsieur S. est suivi par un urologue à l'hôpital Le Dantec où il s'est fait opérer. Depuis 2009, il est suivi par l'urologue N. qu'il consulte pour un problème d'infertilité ; il a une oligospermie. Son épouse fait des examens qui ne révèlent rien d'anormal. Il avait déjà fait des examens avec sa première épouse.

Personne n'est au courant de ce problème d'infertilité, hormis son épouse car, selon lui, cela ne concerne que son couple. Sa famille vit loin et ne lui pose pas de questions et sa belle-famille le taquine seulement sur le fait que le couple n'ait pas encore d'enfant. Concernant les représentations de l'infertilité au Sénégal, monsieur S. pense qu'elles sont partout les mêmes et que la population ne connaît ni l'infertilité masculine, ni l'infertilité féminine. Selon lui, l'infertilité n'est pas un sujet grave et doit rester privé, de même, pour lui, la prise en charge de l'infertilité doit rester à l'état actuel.

Ici, on peut se poser la question de l'échec du premier mariage qui a duré une année. Est-ce la première épouse qui a demandé le divorce pour cause d'infertilité, ce qui semble peu probable au bout d'une année, ou bien est-ce lui qui a divorcé pour tenter sa chance avec une femme plus jeune (ce qui semble plus probable). Nous voyons d'ailleurs que sa deuxième épouse est beaucoup plus jeune que lui car elle est de seize ans sa cadette. Il faut noter que c'est l'une des seules personnes interrogées qui a tenu ce discours sur le non-désir d'évolution des mentalités autour de l'infertilité. Les autres souhaitent une évolution autour de la prise en charge de l'infertilité et notamment autour des représentations de l'infertilité et de la stigmatisation des personnes infertiles, comme dans l'exemple de monsieur J.

Monsieur J.

Monsieur J., Guinéen musulman âgé de vingt-huit ans, marchand, et son épouse Guinéenne musulmane âgée de vingt-deux ans, ménagère, se marient en 2006.

Monsieur J. consulte un urologue en Guinée pour un problème d'infertilité qui diagnostique une oligospermie. En décembre 2011, monsieur J. profite d'un séjour à Dakar pour prendre un rendez-vous avec l'urologue N. Il souhaite refaire des examens et vérifier le diagnostic des médecins guinéens car il a plus confiance dans la médecine sénégalaise. Les examens qu'il fait à Dakar révèlent une varicocèle. La varicocèle nécessite une intervention chirurgicale qu'il préfère programmer au Sénégal un peu plus tard, car il juge que la médecine y est plus fiable que dans son pays.

Avec son épouse, ils parlent souvent de ce problème d'infertilité. Il va lui parler de la détection d'une varicocèle. Plusieurs fois, lors de son parcours thérapeutique, il a consulté seul ou avec son épouse des guérisseurs et des marabouts qui ont prononcé des bénédictions. Beaucoup de membres de sa famille sont au courant du problème d'infertilité, mais ne savent pas quelles démarches il entreprend pour se soigner, sauf ses parents. Il en parle aussi avec ses amis. Sa famille et ses amis sont inquiets pour lui. Sa belle-famille échange avec son épouse à ce propos.

L'infertilité est un sujet très tabou en Guinée, comme au Sénégal. Monsieur J. pense que les représentations sur l'infertilité changeront avec les progrès de la médecine car celle-ci pourra soigner l'infertilité. Selon lui, il faut faire plus de recherches pour soigner cette maladie car l'infertilité est une maladie. À son avis, les médias ne parlent pas assez de l'infertilité et, en Guinée, il n'y a pas d'information à ce sujet. Selon lui, l'infertilité masculine est connue de la population depuis que les consultations en urologie sont proposées plus systématiquement dans les hôpitaux.

Monsieur J. est Guinéen et, contrairement à monsieur I., il dit que l'infertilité est très taboue en Guinée. Monsieur J. a déjà fait des analyses en Guinée qui ont révélé une oligospermie, mais profite de sa venue au Sénégal pour des raisons familiales, pour refaire les mêmes analyses et être bien certain que l'infertilité provient de lui. Ainsi monsieur J. préfère douter de la médecine guinéenne que de sa fertilité et vérifie par deux fois qu'il est bien à l'origine de l'infertilité de son couple. Contrairement à monsieur S, monsieur J. souhaite une évolution des représentations autour de l'infertilité. Alors que monsieur S. perçoit l'infertilité comme quelque chose de non grave qui relève du privé, monsieur J. la perçoit lui comme une maladie que les médecins doivent soigner.

C - La lourde tâche des urologues : annoncer l'infertilité

Les hommes consultent parfois un urologue de leur propre initiative. L'urologue S. présente les différents cas de figure où l'homme vient consulter un urologue. Les hommes viennent parfois spontanément, à l'insu de leur femme, pour se rassurer sur le fait que le problème d'infertilité ne provient pas d'eux. D'autres viennent pour des douleurs testiculaires et c'est lors de la consultation que l'urologue découvre une varicocèle¹¹⁹. Enfin, d'autres hommes sont adressés par le gynécologue qui n'a rien trouvé chez leur épouse comme cause d'infertilité. L'urologue N. déclare que les hommes viennent généralement seuls en consultation, mais certains viennent en couple. Quand il veut examiner l'homme, il lui demande s'il veut bien que son épouse reste dans la salle de consultation. Il agit de la même manière pour annoncer les résultats du spermogramme. Il démontre qu'en général, lorsque les patients viennent en couple, l'homme accepte que sa femme reste lors de la consultation ou lors de l'annonce des résultats. Le docteur S. parle de la difficulté de l'annonce de l'infertilité aux patients :

On ne peut pas annoncer ça comme ça. On ne peut pas dire à un homme qu'il est infertile. Ce mot n'est pas très bon à entendre. Le mot stérile, n'en parlons pas ; d'ailleurs ce mot n'est plus utilisé. On dit au monsieur que son sperme n'est pas très bon pour le moment ; que son sperme a des petits problèmes. Mais comme il suffit d'un seul spermatozoïde pour féconder une femme, on ne peut pas lui ôter tout espoir (Docteur S., urologue).

Le docteur S. raconte que dans le cas d'un couple qui n'a pas d'enfant, il annonce au mari seul son infertilité et précise que l'annonce ne doit pas être brutale. Il demande à la femme de sortir si elle est présente. Il commence par parler de l'adoption, des nouvelles technologies de reproduction. Il dit au patient : « *le sperme n'est pas bon. Ça va être dur d'avoir des enfants, mais Dieu peut décider d'en donner* ». Il peut faire l'annonce seul ou avec un confrère. Après cette annonce, les hommes sont en général « abattus » et certains l'expriment en pleurant. J. Mazzone (2010) explique le traumatisme lié à cette annonce :

[...] l'annonce de la stérilité à un homme occasionne un traumatisme de première grandeur. Culturellement et historiquement, les femmes endossaient la stérilité du couple sachant dissocier fertilité-féminité et pensant, sans doute, protéger l'image de leur conjoint qui vit sa fertilité comme consubstantielle à sa virilité. Ce n'est que dans la première moitié du vingtième siècle, avec la pratique du spermogramme, que les hommes ont dû accepter leur stérilité et donc dans le fantasme, les dommages faits à leur virilité. C'est en effet le premier ressenti de l'homme : « je n'en suis plus un », « je ne suis plus un homme comme les autres ». C'est un vécu de castration, d'une impuissance, d'un interdit qui le conduit à n'être plus qu'un enfant qui n'intégrera pas le rang des pères et qui l'exclut du clan des hommes (p. 199).

¹¹⁹ La varicocèle n'est pas une cause d'infertilité, cependant un spermogramme sera fait automatiquement et une infertilité peut être détectée à ce moment.

Le docteur N. nous explique que jusqu'en 1996 au Sénégal, on parlait très peu d'infertilité masculine et qu'il y avait environ dix urologues, alors qu'à présent ils sont environ trente au Sénégal, dont deux femmes. Depuis qu'il exerce il a constaté une augmentation des oligoasténospermies et des azoospermies. Il pense que cette augmentation est due au fait qu'aujourd'hui l'urologie est une discipline mieux connue, que les tabous sont moins présents et que les moyens sont plus performants. Les tabous étant toujours très présents, il semblerait plutôt que ce soit parce que les gynécologues envoient très fréquemment l'époux d'une femme dont ils n'ont rien trouvé comme cause d'infertilité. Prenons l'exemple de monsieur O. qui vient consulter un urologue pour être rassuré sur l'origine d'une infertilité conjugale.

Monsieur O.

Monsieur O., Sénégalais musulman âgé de trente-trois ans attaché culturel à l'ambassade et son épouse, Sénégalaise musulmane âgée de vingt-sept ans couturière, se marient en 2010.

En 2012, monsieur O. consulte pour la première fois l'urologue S. Il explique la raison de cette consultation : « *Ça fait un an et demi qu'on est mariés et il n'y a pas d'enfant. Le docteur a dit qu'il y a une maladie* ». Il doit prochainement faire une échographie et un spermogramme. Madame O. n'a pas consulté de gynécologue.

Monsieur O. vit avec son épouse à Dakar. Elle ne sait pas qu'il est venu à l'hôpital, mais il va le lui dire. Il a pris seul la décision de venir car il s'inquiète de ne pas avoir d'enfant. Ses proches ne lui parlent pas du fait qu'il n'ait pas encore d'enfant. Avec sa femme, ils parlent de ce problème. Il ne consulte pas de guérisseur ni de marabout et ne souhaite pas en consulter. Selon lui, un mariage sans enfant est difficile à assumer au Sénégal. Si les examens révèlent qu'il est infertile, il n'en parlera qu'à sa femme, mais ni à sa famille, ni à ses amis car il ne veut pas leur causer d'inquiétude.

Nous lui demandons s'il pense que les représentations autour de l'infertilité peuvent évoluer au Sénégal. Il répond : « *Inch'Allah* »¹²⁰. Il dit qu'il n'y a pas d'information sur le sujet de l'infertilité. Il a entendu une émission à la radio présentée par un médecin sur ce sujet, mais cela fait longtemps. Il aimerait qu'il y ait plus d'informations publiques sur ce sujet.

Dans le cas de monsieur O., il est le premier à consulter un médecin et semble inquiet de ne pas avoir d'enfant. Il est venu uniquement consulter pour ce problème. Il a cependant pris la

¹²⁰ « Si Dieu le veut ».

décision seul ; son épouse n'est pas informée de ses démarches. Ainsi on peut en déduire qu'il vient pour savoir s'il est le responsable de l'infertilité de son couple. Il dit que sa femme s'inquiète plus que lui de ne pas avoir d'enfant alors qu'elle n'est pourtant pas encore allée consulter un gynécologue. L'exemple de monsieur O. montre que les hommes aussi sont parfois très préoccupés par l'absence d'enfant.

D - Évolution possible des mentalités

Certaines femmes interrogées pensent que le regard des hommes sur leur propre infertilité pourrait faire évoluer les représentations autour de ce sujet. Madame A. estime que les représentations autour de l'infertilité peuvent évoluer si les hommes changent leur comportement :

Les hommes, ils n'acceptent jamais ça. Ils ne veulent même pas en parler. Ça concerne tous les hommes. Ils connaissent l'infertilité masculine, mais ils ne veulent pas en parler. C'est la fierté de l'homme. Pour qu'il y ait une évolution, ça doit venir des hommes : ils doivent en parler et accepter de se faire soigner. Sur l'infertilité, il y a trop de tabous. Les gens ne parlent pas des problèmes d'infertilité. Les gens se tournent toujours du côté de la femme, alors que ça peut venir de l'homme. Mais les hommes refusent souvent de faire les analyses. Alors que si on s'y mettait des deux côtés, ça irait plus vite (*Madame A., 40 ans, Sénégalaise, Musulmane*).

En effet, le mari de madame A. est Français. C'est pour cette raison qu'elle précise que ce déni concerne tous les hommes et pas uniquement les hommes sénégalais. Cependant les mentalités masculines sur la responsabilité de l'infertilité semblent évoluer. Les hommes comprennent de plus en plus qu'ils peuvent être à l'origine de l'infertilité. Selon un étudiant en gynécologie de Dakar, « *L'infertilité masculine était avant très taboue. Mais ça évolue. Les hommes viennent de plus en plus en consultation. Le niveau d'éducation des personnes joue beaucoup* ». Le docteur N. confirme cette idée :

C'était aussi un phénomène culturel, mais de plus en plus d'hommes sont conscients qu'ils peuvent être à l'origine de l'infertilité d'un couple. Ils vont sur internet. Même dans le cas de l'infertilité secondaire, ils sont de plus en plus conscients que le problème peut venir d'eux (*Docteur N., urologue*).

L'andrologue-sexologue H. pense que le fait qu'elle soit une femme n'a jamais posé de problème aux hommes pour se confier et constate qu'ils se confient assez facilement. Elle explique qu'au Sénégal, il existe l'idée qu'un homme doit être fort et, pour cette raison, les hommes veulent régler les problèmes seuls et non en couple. Elle doit alors leur expliquer l'importance de régler le problème à deux. Selon elle, les problèmes des couples viennent du fait que les époux ne communiquent pas entre eux et ne se confient pas l'un à l'autre. Elle raconte avoir participé à une émission de télévision pour parler de l'infertilité masculine. Cette émission a été pour elle un tournant professionnel, car avant l'émission les hommes venaient toujours seuls en consultation alors que depuis cette émission, ils viennent très souvent en couple et de nouveaux patients ont souhaité la rencontrer. Elle explique son rôle dans cette émission : « *j'étais une femme qui parlait*

aux hommes ». Elle a fait cette émission par solidarité pour les femmes qui souffrent de l'infertilité de leur mari et a aussi souhaité témoigner. L'émission a permis de donner la parole aux femmes et de légitimer leur parole par le fait qu'elle soit une professionnelle de santé. Elle pense que la communication peut faire évoluer les représentations de l'infertilité et précise que les médecins ont la responsabilité d'apporter la connaissance aux populations, car s'ils ne s'en chargent pas, les guérisseurs et tradipraticiens s'en chargeront, ce qui est peu souhaitable de son point de vue. Les émissions et les journaux parlent un peu d'infertilité, mais selon elle ce n'est pas suffisant. Elle pense que pour que la diffusion soit efficace, elle doit toucher les radios communautaires.

Au Sénégal, les représentations sociales qui associent la fertilité et la virilité incitent les hommes à dénier leur infertilité. La stérilité est une atteinte grave à la virilité de l'homme, essence même de sa masculinité. Ne voulant pas basculer dans une catégorie de l'ambivalence et voulant rester des hommes à part entière, les hommes infertiles se réfugient derrière leur épouse, qui porte systématiquement la responsabilité de l'infertilité d'une union.

III - LES DONNEUSES DE VIE

Comme nous l'avons compris, l'infertilité, dans les représentations, ne relève pas des hommes, mais des femmes. Celles-ci portent donc à elles seules le fardeau de l'infertilité et s'accusent souvent à la place de leur mari infertile. Nous allons à présent tenter de comprendre la raison de cette responsabilité de fécondité qui pèse sur les femmes.

A - La stérilité comme perte d'identité féminine

Nous avons constaté à travers les entretiens que la femme est toujours désignée comme la responsable de la reproduction. Par exemple, un an après son mariage, madame D., une Camerounaise mariée à un Camerounais, s'est inquiétée de ne pas avoir d'enfant. Elle se sentait coupable car pour elle son mariage était en jeu. Elle résume cette situation : « *En Afrique c'est la femme qui fait les enfants ; ce n'est pas l'homme. Mais ça dépend de la culture, du niveau d'instruction* ». Ainsi, d'après ce que dit cette femme, les croyances qui font de la femme la responsable de la reproduction se dissipent grâce à la culture et au niveau d'études des personnes. Une autre femme, madame C. une Sénégalaise nous décrit les pressions auxquelles sont soumis les couples après le mariage :

L'infertilité, on le vit socialement très difficilement surtout au Sénégal. La famille sénégalaise : vous vous mariez et pour eux, dans l'année, c'est le bébé qui doit suivre. Ils veulent voir est-ce que la femme peut faire des enfants. Alors il faut faire un enfant la première année. La pression est assez forte. Avoir un enfant la première année qui suit le mariage, c'est forcé, même si on n'en veut pas, il faut le faire (*Madame C., 37 ans, Sénégalaise, Catholique*).

Plus un couple a d'enfants, plus il est valorisé et respecté. Autrefois par exemple, au Sénégal, un homme ne pouvait pas être élu à certaines fonctions comme chef de clan ou chef de village s'il n'avait pas eu beaucoup d'enfants (Sow et Bop, 2004). Actuellement encore, un homme qui n'a pas d'enfant est bloqué dans son ascension professionnelle car on ne lui confiera pas un poste de direction à grandes responsabilités (Seck, 2010). La femme stérile empêche la réalisation sociale de l'homme, comme le décrit cet extrait : « La femme stérile sera marginalisée, car elle ne contribue pas à la « fabrication » de cette descendance nombreuse que tout homme « doit » avoir, pour assurer sa masculinité et asseoir son pouvoir social. » (Sow et Bop, 2004, p. 20).

S. Boye¹²¹ explique qu'« avoir un enfant est preuve de féminité, preuve d'être une femme ». Le gynécologue D. explique lui aussi, qu'au Sénégal, le fait de ne pas avoir d'enfant est une infirmité pour une femme. F. Sow et C. Bop (2004) précisent que c'est la société qui conditionne les femmes à la maternité dès l'enfance car : « Une femme sans enfant n'est pas une femme. Il existe certes un désir de maternité, mais il est fortement conditionné par la société » (p. 21). Ainsi la maternité, plus qu'un devoir ou un désir de reconnaissance sociale, serait en fait une partie indispensable de l'identité féminine. Pour être une femme il faut prouver sa maternité. Ainsi ne pas avoir d'enfant amène honte, humiliation et devient même un handicap. F. Sow et C. Bop (2004) développent cette situation dans laquelle se retrouve la femme stérile : « [...] dans la plupart des sociétés, la stérilité chez une femme est source de frustrations et d'angoisse pouvant mener à de graves dépressions. Une femme stérile n'est pas vue comme une femme normale » (p. 161).

À travers ces citations on aborde un fait important : une « femme normale » comme le souligne F. Sow et C. Bop est une femme qui procréé. Sans cela elle est autre chose. Mais qu'est-elle ? Cette idée renvoie au mythe de la « vraie femme » développé par Monique Wittig (2001) que nous avons abordé dans la première partie. M. Wittig expliquait, rappelons-nous, que les lesbiennes étaient accusées de ne pas être de « vraies femmes ». Elle posait alors la question de savoir ce qu'elles étaient. Dans le cas de l'infertilité au Sénégal, c'est le même cas de figure, les femmes stériles sont accusées de ne pas être de « vraies femmes » ou ne pas être « normales » selon la citation de Sow et Bop. Alors nous pouvons nous poser la même question que M. Wittig : que sont-ces femmes infertiles ou dont les maris sont infertiles si elles ne sont pas de vraies femmes et qu'est-ce qu'une vraie femme ? Le parallèle qui peut être établi entre les femmes infertiles et les lesbiennes est que dans les deux cas ces femmes ne procréent pas car elles se trouvent dans des situations de stérilité : stérilité biologique dans un cas, « stérilité sociale » dans l'autre cas. Ainsi la « vraie femme » serait celle qui procréé. Dans cette logique, D. Paulme (1960) expliquait le mépris qu'implique la femme stérile. La femme qui a eu beaucoup d'enfants et de petits-enfants sera prise en charge dans ses vieux jours par tous ses dépendants qu'elle a nourris et élevés, alors que la veuve qui n'a pas d'enfant se trouve à la charge des frères ou des neveux de son mari. Elle sera peu prise en charge et sa mort sera un soulagement. Après sa mort, elle sera sûrement accusée d'avoir été une sorcière responsable des malheurs de la société.

¹²¹ Entretien du 22 novembre 2011, Dakar.

Le façonnement social des femmes stériles : le rituel du *kañaalen* au Sénégal



<http://www.lasenegalaise.com/?lasenegalaise=psycho&psycho=psychologie&psychologie=212618>
<http://casamance-passion.over-blog.com/article-30422634.html>

Le rituel du *kañaalen*, pratiqué essentiellement par les *Diola* au Sud du Sénégal en Casamance, nous démontre précisément comment la maternité et la féminité sont imbriquées et constituantes l'une de l'autre. Dans cette logique les femmes qui ne font pas l'expérience de la maternité sont rejetées des espaces féminins car elles ne possèdent pas ce pouvoir exclusivement féminin de donner la vie.

Un entretien a été réalisé à Dakar avec une personne sénégalaise d'origine guinéenne, ici nommée Carole¹²², sur le rituel du *kañaalen* qui a lieu chez les *Diola* en Casamance. Ce rituel se pratique dans les villages autour de Ziguinchor, au Sud du Sénégal, et concerne les femmes infertiles et celles dont les enfants décèdent en bas-âge. Elles peuvent faire ce rituel dès le premier enfant décédé ou dès le deuxième. A. R. Ndiaye (1986) en donne une définition : « Rite de fécondité chez les Diola, le *kañaalen* est le fait qu'une femme se fasse baptiser dans une famille autre que la sienne ou dans un autre village, pour échapper à l'action supposée néfaste des esprits familiaux. » (p. 17). En ville, les gens font rarement ce rituel car ils ne sont pas soumis aux mêmes contraintes et règles sociales que dans les villages. Carole raconte qu'au village, les femmes sont contraintes de le faire par les aînés, ou bien elles décident elles-mêmes de le faire. D'autres refusent de le faire, car elles considèrent que c'est Dieu qui donne les enfants. Carole précise que certaines femmes qui font le *kañaalen*, n'auront jamais d'enfant. Elle explique que dans ces cas, c'est Dieu qui ne veut pas ou que la femme a une maladie.

Présentons la figure de l'*añaalen*¹²³ comme symbole de l'ambivalence sociale que représente la femme stérile au Sénégal. Selon Carole, chez les *Diola*, la femme qui pratique le rituel du *kañaalen* porte un pagne, un bâton et unealebasse. La femme porte ces accessoires toute

¹²² Entretien du 27 avril 2011, Dakar.

¹²³ La femme qui subit le rituel du *kañaalen*.

sa vie. Elle quitte son mari pendant le temps du rituel et part en exil pour trois à cinq années dans un autre village dans un autre quartier du village (Fassin, 1992). Elle change de nom le jour de la cérémonie ; elle ne sera plus appelée par son prénom, mais par un nom en langue traditionnelle dont la signification est connotée négativement. La tante de Carole, qui a vécu le rituel, a été nommée « *assupo* » (« à jeter ») pour remplacer son prénom Hélène. On perçoit ici la violence verbale à laquelle est renvoyée la femme stérile. « À jeter » signifie qu'elle ne sert à rien, qu'elle n'est d'aucune utilité sociale. L'anthropologue O. Journet (1985) donne d'autres exemples de noms donnés à l'*añaalen* : « Bingo », « Bicyclette », « HLM », « Pet », « Anus ». Selon M. Teixeira (2001), le nom « est une cible qui permet d'agresser un individu en sorcellerie puisque la connaissance du nom permet de repérer la personne » (p. 21). Ainsi, ces noms de rejet auraient aussi pour fonction de détourner les instances persécutrices de la femme stérile.

L'*añaalen* est souvent habillée de loques ou travestie en homme et elle est exclue des rituels féminins (Journet, 1985). Ce travestissement est le signe qui induit la représentation selon laquelle une femme stérile n'est pas une femme et a donc quelque chose de masculin en elle qui doit être extériorisé et présenté à la société. De plus, selon Carole, dans le village les gens se moquent d'elle. Quand elle est présente, les gens chantent des chansons qui leur sont dédiées. O. Journet (1990) décrit la difficulté de ce rituel :

Deux types de pratiques confèrent au *kañaalen* une étonnante prégnance : les brimades, dont l'*añaalen*, est l'objet durant toute la période d'exil ; et d'autre part, ces comportements de bouffonnerie qui transforment une mère malheureuse en comédienne extravagante. Tout le monde s'accorde à reconnaître que le *kañaalen* est chose grave et particulièrement difficile. Vexations, humiliations, imposition de corvées multiples émaillent le déroulement du rituel. Une *añaalen* doit se laisser battre, insulter, bousculer, arracher son pagne sans mot dire (p. 185).

Ainsi l'*añaalen* est constamment corrigée par la société et elle est tournée en ridicule. Selon Carole, pendant les cérémonies, les femmes qui font le rituel mangent par terre comme des animaux ou, si elles mangent chez elles, la nourriture est mise dans leur calebasse. La femme stérile est ainsi renvoyée à l'animal et sa nourriture ne doit pas être mélangée à celle des autres, sûrement pour des raisons de contagion. L'*añaalen* ne doit jamais jeter ou brûler son bâton ou sa calebasse sous peine de mourir. Les hommes ne doivent pas toucher la calebasse ni le bâton, alors que les femmes peuvent y toucher. Pour saluer un homme, l'*añaalen* s'agenouille devant lui en lui tendant son bâton. Pour saluer une femme, elle lui tend le bâton comme on tend une main.

M. Teixeira (2001) qui fait l'analyse d'un autre rituel, le *kabuatã*, nous donne des informations pour comprendre celui du *kañaalen*. Chez les *Manjak*¹²⁴, les enfants qui meurent les uns à la suite des autres sont en fait le même enfant qui part dans le monde invisible et revient. Pour les humaniser, leur mère quitte son domicile pour suivre le rituel du *kabuatã*. Le lieu du rituel est tenu secret pour que les parents soupçonnés être à l'initiative du sort perdent de leur force. La

¹²⁴ Les *Manjak* vivent au Sénégal, en Guinée et en Gambie.

mère et son nouveau-né partent vivre dans un sanctuaire pendant environ trois années (période du sevrage). La *nabuatā*¹²⁵ porte unealebasse qui peut être ornée de perles et de cauris, lesquels évoquent le sexe de la femme. Laalebasse, elle, symbolise la puissance de l'autel et sa forme le ventre maternel. La *nabuatā* se sert de saalebasse pour demander boisson et nourriture pour elle et son enfant lors des repas sacrificiels. Lors de ces repas sacrificiels, elle mange avec son enfant à même le sol dans le sanctuaire, avec les chiens (animal symbolisant la puissance invisible) : le partage de l'offrande avec la bête donne à la femme un statut particulier entre l'animalité et le sacré » (p. 20). L'auteur parle donc d'un « festin chien/puissance invisible – mère/sacralité animale – enfant/entité flottante » (p. 20). Ainsi ce qui est décrit au-dessus pour l'*añaalen*, qui mange à même le sol, aurait la même justification : communier avec l'ancêtre protecteur, l'animal-totem. La femme se sert de cettealebasse pour se protéger de la sorcellerie et pour recevoir les dons. Pour obtenir ces dons en nourriture, elle doit danser. L'auteur définit cette dépense d'énergie comme le « don d'elle-même pour obtenir un enfant » (p. 19). Ce deuxième rituel est très proche de celui du *kañaalen*, notamment à travers les accessoires et les attitudes des femmes qui font les rituels.

Ainsi l'*añaalen* se situe à l'intersection des sexes (elle est travestie en homme), des espèces (elle mange par terre avec les animaux), des mondes (elle communique avec l'au-delà). Elle est aussi en marge de la société en tenant un rôle de bouffonne rituelle. Elle doit aussi *donner* d'elle-même pour avoir un enfant et ainsi se placer dans un échange social et communier avec les forces de l'au-delà (ancêtres, divinités). La figure de l'*añaalen* est très proche du troisième sexe. Les personnes qualifiées de troisième sexe pratiquent souvent des activités de chamanisme liées au fait qu'elles chevauchent les sexes, les générations, les mondes (humain/animal et humain/surnaturel). Nous analyserons par la suite cette notion de troisième sexe.

À travers ce rituel les femmes *diola* ne sont valorisées que par leur fonction de reproductrice et la maternité se confond avec l'identité féminine :

[...] pour les femmes, le seul marqueur irréfutable de leur identité sexuelle est l'accouchement d'enfant vivant [...]. Une femme sans enfant, qu'elle, ou son mari, soit stérile, qu'elle les perde pendant la gestation ou en bas âge, n'est pas socialement reconnue comme femme. Ce n'est pas par leurs productions ou leurs revenus que les femmes *diola* cherchent à s'affirmer face aux hommes, mais par leurs capacités reproductrices, organisant elles-mêmes par le biais de leurs associations et de rituels tels que le *kañaalen*, leur astreinte à la procréation, les soins et l'éducation des enfants (Journet, 1985, p. 189).

Il y a là division entre la sphère productrice reliée aux hommes et au masculin et la sphère reproductrice reliée aux femmes et au féminin. Comme le mentionne O. Journet, les femmes *diola* stériles ne sont pas reconnues comme des femmes car chez les *Diola*, c'est l'accouchement d'un enfant vivant qui détermine la féminité. Le rituel du *kañaalen* a pour fonction de rappeler à l'ordre les femmes qui ne remplissent pas ce rôle de reproductrices :

¹²⁵ Femme qui pratique le rituel du *kabuatā*.

Mais son caractère spectaculaire laisse entrevoir qu'il s'agit là d'un rappel à l'ordre, d'un discours qui s'adresse à toutes : il faut savoir renoncer à tout, pour avoir des enfants. L'exubérante mise en scène des difficultés et des accidents de la procréation est l'envers des gratifications accordées aux mères les plus fécondes. Dans la démocratie des assemblées féminines, le droit à la parole est proportionnel, non à l'âge, mais au nombre d'enfants vivants (Journet, 1985, p. 29-30).

Les femmes qui ne se conforment pas à ces règles reproductives en paient le prix fort car elles perdent tout pouvoir social ; lequel pouvoir sera accordé en priorité aux femmes les plus fécondes. Comme l'opposition des mères et des femmes dans la société *diola* au Sénégal est très importante, O. Journet (1985) pose la question de savoir si le triomphe de l'ordre maternel ne contribue pas à perpétuer un mode efficace de contrôle de la socialisation féminine et si « les victoires des mères ne signent pas la défaite des femmes » (p. 36). Les femmes *diola* ont intégré la norme sociale de reproduction et la contrainte intériorisée de la maternité et disent « Il faut avoir engendré pour savoir ce que c'est d'être femme » (Journet, 1985). Ainsi, l'accouchement est le seul révélateur de la féminité et les femmes sont les gardiennes de cette règle sociale :

Dans le tri des corps féminins, ce sont les femmes elles-mêmes qui se révèlent les plus exigeantes en ce qui concerne la définition de la féminité. Si l'appartenance sexuelle des filles est signée, aux yeux des hommes, par l'apparition des premières règles, les femmes, elles, ne reconnaîtront comme l'une des leurs que celle qui aura accouché d'un enfant vivant. De tous les marqueurs de la physiologie féminine, le premier accouchement est sans conteste celui qui a la plus forte charge symbolique et sociale. Rien n'est pensé comme moins naturel que la mise au monde d'un enfant (Journet, 1985, p. 27).

Les hommes et les femmes *diola* ne s'appuient pas sur les mêmes critères pour définir la féminité. Cela permet d'en déduire avant toute chose que la féminité et sa définition sont subjectives. Pour les hommes *diola* la féminité est marquée par les premières règles, alors que pour les femmes *diola*, elle est marquée par la naissance d'un enfant vivant. De même, les femmes *diola* perçoivent l'accouchement comme l'événement le plus naturel qui soit pour une femme. Ainsi les autres femmes, celles qui n'entrent pas dans ces catégories sont autre chose que des femmes ; elles appartiennent à une autre catégorie. O. Journet explique que les femmes stériles sont exclues des groupes féminins car l'obligation maternelle est sanctionnée par le groupe des femmes fécondes. Une femme stérile sera déconsidérée dans le lignage de son mari, mais aussi dans son propre patrilignage. Elle précise que la peine la plus immédiate est l'exclusion rituelle de la société féminine. Le rituel du *kañaalen* divise donc les femmes entre elles et oppose les femmes fécondes aux femmes stériles, les « vraies femmes » et les autres.

B - Les conséquences sociales concernant la responsabilité de l'infertilité

L'auto-accusation des femmes

Même si toutes les femmes sénégalaises ne subissent pas le rituel du *kañaalen*, toutes sont soumises à la responsabilité de l'absence d'enfant au niveau conjugal. Au Sénégal, il existe un isolement des femmes dans les couples infertiles, qu'elles soient elles-mêmes ou non infertiles. Elles évitent les fêtes et surtout les baptêmes car elles ne veulent pas être soumises à la question de savoir quand viendra leur tour d'être mère. Elles évitent leurs amies qui leur posent des questions sur l'intimité de leur couple et leurs projets d'enfants. Les femmes sont délaissées à plusieurs niveaux. Tout d'abord par l'État sénégalais qui est plus préoccupé par des problèmes de mortalité infanto-maternels et par des problèmes de contraception et d'espacement des naissances que par les problèmes de stigmatisation liés à l'infertilité¹²⁶. Ensuite à cause du déni social de l'infertilité masculine. Au sein de leur couple elles peuvent être aussi seules, car souvent dans les cas d'infertilité masculine, il y a un déni de la part du mari. Enfin, la femme est souvent seule face à sa belle-famille et supporte toutes les critiques, les remontrances, les sous-entendus qui lui sont adressés. Voici un schéma qui résume la situation dans laquelle se retrouvent les femmes infertiles ou dont le mari est infertile.

¹²⁶ Ce point sera abordé dans la troisième partie.

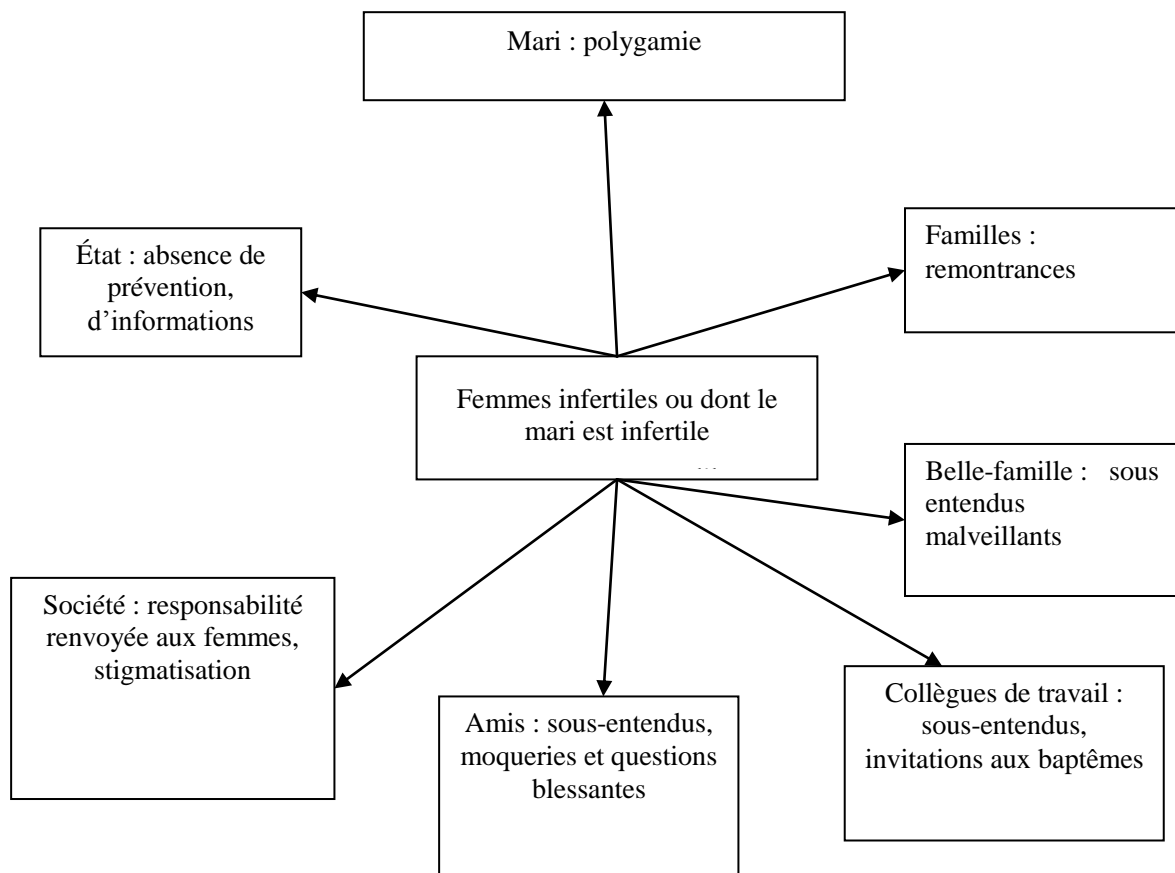


Figure 8 : Les femmes et le fardeau de l'infertilité au Sénégal

Dans son mémoire de maîtrise de sociologie intitulé « La féminisation de l'infécondité conjugale à Dakar » Sokhna Boye (2008) évoque ce processus de féminisation de l'infécondité. Elle explique que la femme est perçue comme la responsable de l'infertilité conjugale, mais qu'elle-même se sent aussi responsable de ce problème conjugal. L'andrologue-sexologue H. explique qu'au Sénégal les femmes sont éduquées à la soumission à l'homme et que celui-ci ne doit jamais être remis en question. Cependant elle constate les dégâts causés par le tabou de l'infertilité et voit comment les femmes souffrent à cause d'un problème d'infertilité de leur mari. Elle dit : « *C'est la femme qui prend le coup de la belle-famille et elle encaisse sans rien dire ; elle ne dira jamais que son mari a le problème d'infertilité. C'est un fait culturel* ». S. Boye (2008) analyse cette féminisation de l'infécondité comme une construction sociale déterminée par le culturel, le religieux et la méconnaissance de ses causes biomédicales. Elle précise que la femme sénégalaise est éduquée à la soumission et c'est pour cette raison qu'elle rejette sur elle la faute de l'infertilité conjugale :

[...] dans ce système patriarcal, la femme est considérée comme inférieure à l'homme. Dès le bas âge, on lui inculque certaines valeurs lui faisant croire à sa faiblesse et à son infériorité. À travers cette socialisation, elle se fait une certaine perception d'elle-même et accepte sa position de dominée inconsciemment. [...] Elle accepte inconsciemment

ou consciemment d'endosser la responsabilité de l'infécondité du couple, elle s'auto-culpabilise. C'est cette auto-culpabilisation qui explique en partie le fait qu'elle consulte en premier en cas d'infécondité du couple (Boye, 2008, p. 85).

Ainsi cette auto-accusation par les femmes de l'infertilité conjugale viendrait du fait qu'elles ont été éduquées à se soumettre et à accepter des faits dont elles ne sont pas responsables. Les femmes sont accusées de l'infertilité et acceptent ce fait car cela fait partie de la culture sénégalaise.

Les femmes consultent en premier

Puisque la femme est considérée comme la responsable de la reproduction, lorsqu'il y a un problème d'infertilité dans le couple, c'est elle qui est accusée en premier. Les maris sont eux aussi bien souvent convaincus que l'infertilité provient de leur épouse. Par exemple, madame D. ne voulait pas être à l'origine de la cause de l'infertilité et voulait être rassurée. Elle a donc fait des recherches sur internet avec son mari ; cependant celui-ci cherchait uniquement les causes d'infertilités féminines et ne faisait aucune recherche sur les infertilités masculines. Monsieur F., un Sénégalais, n'est pas d'accord avec ces comportements masculins et déclare : « *La société sénégalaise est une société phallocrate. Concernant les problèmes d'infertilité, les hommes se rétractent ; ce n'est pas eux ! Sans jamais aller chez le médecin* ».

Par cette responsabilité qui pèse sur elles, les femmes sont les premières à consulter les médecins et guérisseurs pour un problème d'infertilité. Selon la gynécologue M. : « *Les femmes viennent souvent assez rapidement car elles subissent des pressions de leur famille, de leur belle-famille, des fois deux ou trois mois après le mariage* ». Les médecins ont conscience du climat social qui entoure les couples et n'hésitent pas à répondre à leur empressement à pratiquer l'assistance médicale à la procréation. Le gynécologue C. conseille aux couples d'attendre une année pour débiter un protocole d'AMP, cependant il commence aussitôt les examens pour ceux qui l'exigent ou pour ceux qui insistent.

Au Sénégal, les femmes sont habituées à prendre les devants dans tout ce qui a trait à la fécondité, alors que les hommes sont plus mal à l'aise face à ces questions. L'andrologue-sexologue H. affirme que pour une bonne partie des couples qu'elle reçoit, l'épouse entre dans son cabinet en premier alors que son mari l'attend dans le couloir. Elle lui demande alors d'aller chercher son mari. Selon S. Boye¹²⁷, de manière générale, les hommes fréquentent rarement les hôpitaux. Ils sont au travail, alors que les femmes peuvent parfois passer une journée entière à l'hôpital pour leur consultation.

¹²⁷ Entretien du 22 novembre 2011, Dakar.

C - Pourquoi les femmes sont-elles responsables du don de vie ?

Le don de soi : la maternité et le *care*

Si ce sont les femmes qui subissent le rituel du *kañaalen* et les femmes que l'on soupçonne en premier en cas d'infertilité conjugale, nous pouvons supposer que c'est parce que la maternité est le don féminin par excellence. Selon A. Caillé (2012a), « toujours et partout, les femmes ont été tenues de donner la vie, leur corps et des soins. Les soins aux enfants, aux malades, aux blessés, aux mourants. Ce qu'on appelle aujourd'hui le *care* » (p. 39-40). Il explique que dans la maternité les femmes doivent accepter un corps étranger en elles : « elle doit partager son corps avec un nouvel autre. Qui, pour autant qu'elle l'accepte, l'accueille et le nourrisse, sera d'elle. Sera elle un temps » (p. 42). Après le don de vie, les femmes continuent à donner : lait, tendresse, nourriture pour permettre au nouveau-né de vivre. Selon lui, les femmes sont triplement aliénées : vouées à être données et à se donner sous la dépendance d'un mari, vouées à enfanter (présence d'un enfant dans son corps), et à donner l'enfant (séparé d'elle il rejoint le monde masculin). Pour l'auteur, le pouvoir des femmes vient de ce don de vie, mais aussi des autres dons (le *care*). Selon lui, les hommes sont envieux « du don des femmes » (p. 42) et puisque cette puissance des femmes est inégalable, « les hommes s'efforcent de la limiter en la circonscrivant et en la déniaient » (p. 44). Il précise que les hommes ne pouvant rendre ce don de vie ont préféré nier l'existence du don même :

Où il apparaît qu'en principe le don confère bien un pouvoir au donateur sur le receveur, mais, outre le fait que ce n'est pas toujours avéré, encore faut-il qu'il soit vecteur de pouvoir qu'il soit reconnu comme tel. Et que reconnu il vaille de la reconnaissance au donateur. Or ce qui est frappant dans le don des femmes, c'est qu'ils ne sont pas ou guère reconnus comme tels. Comme s'ils étaient trop grands et incommensurables pour que les hommes puissent espérer offrir des contre-dons à la hauteur. Ce qui devrait assurer aux femmes une supériorité se voit refuser la dimension de don – il s'agit de dons qu'on pourrait qualifier de dédonatisés, peut-être parce qu'ils ne peuvent pas être rendus, faire l'objet d'un contre-don équivalent -, rabattu sur la naturalité, l'infra-culturel, les assigne du coup à une position de subordination (p. 44).

Selon J. T. Godbout (2012) il existe un lien particulier entre les femmes et le don et qui serait commun à toutes les sociétés. Pour lui c'est une évidence que « l'univers du don, dans nos sociétés, plus que jamais peut-être, c'est la spécialité, la compétence des femmes » (p. 75). Il prend l'exemple du bénévolat où les femmes sont majoritaires et explique qu'elles sont au cœur du don dans la sphère domestique. Ainsi, les femmes seraient, par leur spécificité maternelle, attachée au don. Cependant, le don a ses contraintes. E. Pulcini (2008) présente le don des femmes comme « un acte essentiellement sacrificiel, qui implique une certaine mutation de leur identité » (p. 237). Dans ce cas-là les femmes sont-elles assujetties au don ou sujet du don ? Elle explique :

La femme-mère incarne le « principe divin d'amour et de paix » qui domine au stade matriarcal de la civilisation dès lors que, grâce à sa fonction maternelle, elle apprend à développer les sentiments de dévouement et de sollicitude, de générosité et de *pietas* qu'elle projette sur le monde entier (p. 230).

Selon elle : « l'amour généreux et désintéressé revêt pour les femmes le caractère coercitif d'une loi naturelle qui les lie à des fonctions précises, nécessaires au bon ordre de la *polis* » (p. 230). Ainsi les femmes seraient liées au don de par leur « identité féminine ». Le genre du don serait donc féminin ; les femmes seraient vouées au don. Pour cela la stérilité est renvoyée aux femmes car le don de procréation est un don féminin et non un don masculin.

La réflexion autour du *care* pose d'ailleurs cette articulation directe entre genre et don. Le *care* désigne une réflexion sur la place du souci pour autrui (sollicitude, soins, attentions) dans l'éthique, par opposition aux éthiques fondées sur des principes abstraits¹²⁸. Selon C. Gilligan, le *care* est une éthique féminine :

Dans cet univers genré du patriarcat, le *care* est une éthique *féminine*. Prendre soin (*caring*) des autres, c'est ce que font les femmes « bonnes » ; inversement, les personnes qui prennent soin des autres font du *care*, c'est-à-dire un travail de femme. Elles sont dévouées aux autres, sensibles à leurs besoins, attentives à leurs voix. Elles sont dans l'effacement complet de soi (2010, p. 22-23).

Ainsi, non seulement les femmes donnent physiquement la vie par l'expérience de la maternité, mais cette expérience les implique dans d'autres dons liés au *care* (soins aux enfants, éducation, sollicitude).

Dons masculins et dons féminins

Le don de vie serait le monopole des femmes. Qu'en est-il des dons masculins ? En opposition au don de vie des femmes, les hommes semblent, eux, détenir le don de mort (chasse, guerre). Selon A. Caillé (2012a) :

Toute société est en permanence tissée par l'entrelacs du « donner, recevoir, rendre » et du « prendre, refuser, garder » - comparable aux deux boucles de l'ADN -, et la répartition première des rôles de donneurs et de receveurs est d'abord celle qui fait s'entrecroiser sans cesse les dons des femmes et les dons des hommes. Dons de vie et dons de mort. Dons d'être pour la vie et d'être pour la mort (p. 41).

En effet, les dons féminins symbolisent souvent la reproduction et les dons masculins souvent la mort ou du moins la séparation. A. Weiner (1976/1983) est réputée pour avoir proposé une analyse des échanges féminins et des richesses féminines, là où B. Malinowski (1922/1989) n'avait analysé que les échanges masculins. Chez les *Trobriandais*, le pouvoir des femmes est symbolisé par leur richesse dans le domaine cosmique et reproducteur et certains objets circulent sous leur contrôle. Ces objets sont échangés entre femmes lors de cérémonies matrimoniales ou

¹²⁸ Carol Gilligan, psychologue, collègue de L. Kohlberg, essaie de comprendre la présumée « infériorité » de plusieurs filles quant à leur capacité à parvenir à des décisions éthiques. Plutôt que d'attribuer cette tendance apparente au retard moral à une construction sociale patriarcale du genre féminin, Gilligan enquête sur les discours moraux des jeunes filles pour découvrir une singularité qui aurait échappé à la classification de Kohlberg. C'est ainsi qu'elle conçoit la notion de *care* : un souci éthique situé, enraciné dans la complexité du contexte et fondé sur la délibération, le soin et la conservation de la relation avec autrui.

mortuaires. Les femmes exercent un contrôle sur ce type de richesses définies comme leur bien propre et elles possèdent un pouvoir différent du pouvoir masculin. Les objets féminins sont des jupes symboles de la féminité et des bottes symboles du lait et des soins nourriciers. Ce pouvoir des femmes sur le plan socio-politique et cosmique est socialement reconnu. Les lames de haches en pierre (*beku*) sont, elles, des objets masculins très recherchés. Elles se transmettent de génération en génération. A. Weiner explique que ces objets sont constitutifs de la richesse des hommes : « pour autant que chacun d'eux représente des personnes, ils sont en outre porteurs d'une valeur symbolique liée à la régénération masculine » (p. 200). Elle analyse l'imbrication entre les objets féminin/masculin et les pouvoirs de chacun des sexes :

Les objets de valeur masculins ont des connotations politiques plus nettes que les objets de valeur féminins, et nécessitent de ce fait un contrôle individuel immédiat. Les richesses des femmes, elles, échappent à tout contrôle individuel explicite du fait que les femmes exercent leur pouvoir dans une sphère cosmique (et temps anhistorique) dont l'accès est interdit aux hommes (p. 140-141).

La production des ignames, elle, est presque exclusivement masculine ; ils sont des biens de nature mixte (masculine/féminine). Les ignames sont des plantes autoreproductrices car le tubercule entier peut servir de semence. Selon A. Weiner, ils représentent symboliquement la fécondité qui résulte de l'union des éléments mâles et femelles. Il existe aussi une association entre les femmes et les ignames : « Les ignames se reproduisent d'elles-mêmes, comme les femmes sont censées le faire ; mais elles ont besoin d'être cultivées, comme le fœtus doit être façonné par l'homme » (p. 227-228).

Cette étude menée par A. Weiner est représentative de ce qui existe dans d'autres sociétés. L'univers féminin est relié à des espaces, des tâches sociales, des objets souvent liés symboliquement aux fonctions reproductrices des femmes et à leur fonction de donneuses de *care* ; les dons masculins, eux, sont plus liés symboliquement à la guerre, la politique, mais aussi à la transmission générationnelle, à l'héritage. En effet, dans l'étude d'A. Weiner, les dons féminins sont cycliques et atemporels, alors que les dons masculins sont temporels et généalogiques. Les dons féminins renvoient donc au don premier de maternité ; les dons masculins renvoient à la transmission, à l'héritage, à la généalogie.

Les personnes stériles : un « troisième sexe » ?

Au Sénégal, comme nous venons de le comprendre, hommes et femmes stériles sortent des catégories d'« homme » et « femme » en perdant les attributs de la féminité (maternité, accouchement) ou de la masculinité (virilité, filiation, transmission). Ils entrent dans une autre catégorie que la notion de troisième sexe permet de recouvrir. Nous rejoignons ici les théoriciennes du genre pour qui « homme » et « femme » sont des catégories politiques et construites par le discours. Ainsi, comme le présentait la romancière et théoricienne M. Wittig et la philosophe féministe J. Butler, « homme » et « femme » seraient des catégories construites par le genre car à l'intérieur de ces deux catégories il y a une autre différenciation entre les vrais hommes/femmes et les autres, distinguant ceux qui procréent et ceux qui ne procréent pas, ceux qui se conforment à la norme et ceux qui ne s'y conforment pas. Ainsi cette différenciation induit une domination :

[...] qu'est-ce que l'autre-différent sinon le dominé ? Car la société hétérosexuelle n'est pas la société qui opprime seulement les lesbiennes et les hommes homosexuels, elle opprime beaucoup d'autres-différents, elle opprime toutes les femmes et de nombreuses catégories d'hommes, tous ceux qui sont dans la situation de dominés (Wittig, p. 58).

Pour comprendre l'association féminité/maternité et masculinité/virilité/fertilité au Sénégal, il convient de recourir à l'outil théorique du don, et pour comprendre l'ambivalence sexuelle à laquelle renvoie les couples infertiles, nous allons recourir à la notion de troisième sexe.

Ce terme de « troisième sexe » apparaît au cours de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle et émerge parallèlement aux études portant sur la sexualité et l'homosexualité (Douaire-Marsaudon, 2008). En 1862, un juriste allemand, Karl Heinrich Ulrichs, proclame l'existence d'un troisième sexe, concernant des hommes qui possèdent une âme de femme. En 1986, Bernard Saladin d'Anglure publie un article portant sur le « troisième sexe », puis en 1994, paraît un ouvrage collectif sur ce thème *Third sex, third gender. Beyond the sexual dimorphism in culture and history* qui a pour objectif de faire connaître les personnes qui n'entrent pas dans le schéma du dualisme sexuel. F. Douaire-Marsaudon (2008) explique qu'aujourd'hui ce terme désigne les personnes qui ne peuvent être rangées dans aucune des deux catégories identitaires « hommes » et « femme ». Elle préfère parler de « phénomène du chevauchement de la frontière entre les sexes », plutôt que de « troisième sexe » (p. 278).

B. Saladin d'Anglure (1992) part de l'exemple de l'inversion de socialisation de certains nouveau-nés *inuit* pour fonder sa théorie autour du « troisième sexe ». Il s'agit en fait d'un chevauchement de la frontière entre les sexes, franchi par un enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de la puberté et qui devient une composante de sa personnalité. Cet enfant appelé *Sipiniq* conserve une polyvalence et un pouvoir de médiation qui s'exprime souvent dans le domaine religieux, favorisant la pratique du chamanisme. Elle sert de base pour le chevauchement des autres frontières : celle du monde animal, du monde surnaturel. Il explique que l'identité d'un nouveau-né est déterminée par l'attribut du nom. Donner le nom d'un défunt à un bébé permettait à celui-ci de venir revivre au milieu des siens. Quand le nouveau-né exprime des difficultés à vivre dans les premiers jours cela signifie qu'un ancêtre voulait revivre en lui. Les noms donnés à l'enfant sont ceux d'ancêtres masculins ou féminins ; ainsi certains enfants *inuit* sont habillés selon le sexe de l'ancêtre dont ils portent le nom, ou parfois sont habillés un jour en garçon et un autre jour en fille pour faire plaisir aux ancêtres féminins et masculins dont ils portent le nom. Chez les *Inuit*, il existe un chevauchement entre les sexes et les générations : une mère peut appeler sa fille « papa » ou « mon oncle » ou appeler son garçon « maman » car il est le défunt réincarné. Chez les enfants qui ont plusieurs éponymes de l'autre sexe il y a un travestissement et une socialisation poussée dans les tâches de l'autre sexe :

[...] la société *inuit* fonctionnait, pour ce qui est de l'attribution des statuts parentaux, comme à l'inverse de l'ordre successif des générations. Les enfants qui ont reçu le nom et l'identité de leurs grands-parents décédés dominant symboliquement leurs parents, jusqu'à ce que, devenus eux-mêmes parents, ils soient dominés symboliquement par leurs enfants. La conception *inuit* du temps, circulaire et cyclique, se dégage bien de

ces pratiques. Par ailleurs, les noms, n'ayant pas de genre, peuvent passer d'un sexe à l'autre, entraînant un travestissement et l'apprentissage des tâches de l'autre sexe social (socialisation inversée) lorsque le sexe de l'aïeul dont on donne le nom (l'éponyme), n'est pas le même que celui de l'enfant qui reçoit le nom (2012, p. 146)

À l'adolescence l'enfant change une deuxième fois de rôle de genre, lors de l'apparition des règles pour les filles et de la chasse du premier gibier pour les garçons¹²⁹. Souvent ces personnes qui ont subi une inversion sont mariées entre elles pour rétablir l'équilibre familial. Chez les *Inuit* ce n'est pas l'enfant qui fantasme sur son sexe et sa filiation, mais la société elle-même qui redéfinit le sexe et la filiation de l'enfant (Saladin d'Anglure, 2006).

D'autres figures ont pris le nom de troisième sexe. Les *Berdaches* sont des hommes et des femmes indiens d'Amérique du Nord qui choisissaient de vivre selon les habitudes de l'autre sexe. Ils se travestissaient, mais n'étaient pas toujours homosexuels. Ils avaient un pouvoir surnaturel reconnu par leur communauté (Douaire-Marsaudon, 2008). Selon P. Désy (1978), toutes les tribus d'Amérique du Nord employaient un terme spécial pour désigner ces travestis, terme qui signifiait « homme-femme » ou « femme-homme ». Ce terme traduisait le passage d'un statut à un autre après des visions, des rêves ou une révélation. Les *berdaches* étaient dotés d'une aura qui les plaçait hors du statut féminin ou masculin. Ils étaient investis de pouvoirs chamaniques et ils pratiquaient un double rôle : profane et sacré.

Les *Hijras* d'Inde du Nord sont des hommes se vouant au culte de la grande déesse. Ils sont émasculés, habillés comme des femmes et se comportant comme tel (Douaire-Marsaudon, 2008). Ils se livrent parfois à la prostitution. N.-C. Mathieu (1991b) présente les *Hijras* comme des « eunuques travestis consacrés à une déesse féminine, car ils sont castrés pour cette même raison » (p. 237). Elle précise qu'ils sont perçus comme ni homme, ni femme. Elle dit « l'idéal culturel (la norme religieuse) est qu'ils soient non seulement a-sexués mais a-sexuels [...] » (p. 237). Elle explique que la pratique homosexuelle de certains d'entre eux est perçue comme contradictoire avec leur rôle rituel. Ils se font appeler l'« épouse » de leur partenaire régulier qui est leur « mari ».

En Albanie, selon L. Hérault (2009), la « vierge jurée » est une institution coutumière légitimée par le *kanun*, le code coutumier albanais. Elle explique qu'il y a deux façons pour qu'une femme accède à la masculinité : qu'elle refuse d'épouser le fiancé promis ou le déficit de garçons héritiers dans la famille. Dans cette société, les femmes n'ont aucun droit patrimonial dans la lignée de leur père ni dans la lignée de leur époux. Une famille dépourvue de garçon est une famille morte ; ainsi l'institution de la vierge jurée permet la perpétuation de la famille pour une génération. L. Hérault précise que seule la performance de la masculinité suffit à l'adoption du rôle masculin et que c'est leur socialisation comme garçon qui accentue le processus. Cette masculinisation de la fille est souvent décidée communément par les parents et la fille. Les vierges jurées font ce que les hommes font : attitudes masculines et mangent avec les hommes, assistent aux conseils de familles, prennent la direction de leur maison, marient leurs sœurs. Elles conservent

¹²⁹ On note ici le parallélisme entre le sang des règles, symbole de la potentialité procréatrice féminine, et la chasse du premier gibier, dont le sang symbolise la puissance de mort masculine.

cependant partiellement un statut de femme qui leur assure une protection car elles ne seront pas tuées lors des vendettas où seuls les hommes sont tués. L'auteure les qualifie « d'homme pas comme les autres » (Sec. *Être un homme mais de quel genre ?* para. 4). Selon G. de Rapper (2000), la vierge ne transmet pas d'héritage à sa mort et les biens reviennent à la branche collatérale la plus proche. La maison sera détruite en l'absence de famille du même nom. La vierge s'occupe de ses parents, ce qui revient en temps normal au fils cadet. L. Hérault (2009) explique l'ambiguïté sexuelle de la vierge jurée :

Même si elle n'adopte pas un comportement masculin, le vœu l'exclut de la féminité : elle n'est plus véritablement une femme puisqu'elle a renoncé à ce qui, localement, fait la valeur et constitue le destin féminin, à savoir la maternité. De ce point de vue, l'accès au statut de « vierge jurée » est une exclusion de la féminité avant d'être une intégration à la masculinité. Si une fille jurée peut être un homme, elle n'est surtout plus une femme (Sec. Filles jurées, hiérarchie des genres et « primitivité » albanaise, para. 4).

Elle explique que si la société demande à cette fille de jurer de rester vierge, c'est parce que s'il elle devenait mère, elle serait à la fois femme et homme. La virginité sert donc de « garde-frontière en empêchant explicitement une expérience de genre mixte » (Sec. *Masculin-vierge : interdire la descendance et garantir les genres*, para. 1).

Il y a donc un lien dans ces exemples de troisième sexe (surtout pour les vierges jurées et les *Hijas*) entre stérilité et changement de rôle de genre. La stérilité sociale de la vierge jurée lui donne le pouvoir de changer de rôle de genre. L'émascation du *Hija* lui fait changer de rôle de genre. Nous avons aussi vu ce phénomène chez les *Nuer* en introduction. Ainsi nous comprenons que la stérilité déstabilise les sociétés car elle casse le dualisme sexuel homme/femme où la femme doit engendrer et l'homme doit transmettre (patrimoine, héritage). Nous pouvons aussi noter, comme chez les vierges jurées, l'impossibilité sociale d'être à la fois masculin et féminin : d'être mère et de transmettre le patrimoine familial.

Ainsi les dons seraient genrés : don féminin de maternité, don masculin de transmission patrimoniale (nom, héritage, généalogie). De même ces dons détermineraient l'identité sexuelle (homme ou femme), laissant de côté ceux qui ne rentrent pas dans ce cycle d'échange. Le troisième sexe permet de représenter ces gens qui n'entrent pas dans les catégories rigides d'homme et de femme, mais qui chevauchent les sexes, les générations et les mondes (humain/ancêtre). Ainsi une femme qui ne donne pas la vie peut transmettre le patrimoine familial ou le conserver (don masculin) comme chez les *Nuer* (Cf. Introduction) ou en Albanie (vierge jurée). Les femmes, en entrant dans le cycle des échanges masculins, prennent alors les attributs du sexe masculin. Un esclave (être stérile socialement, comme nous allons l'analyser dans la figure de l'esclave dans la suite de ce chapitre) peut devenir une épouse ou engendrer pour une femme devenue homme (femme cheftaine *tikar* au Cameroun, femme *nuer* : Cf. Introduction). Donner le nom d'un ancêtre à un enfant peut le faire changer de rôle de genre, comme chez les *Inuits*. Ainsi, on peut en déduire que le don définit le rôle de genre et non l'inverse.

Le tabou de la stérilité

Les entretiens ont mis en avant l'aspect tabou de l'infertilité. Les couples ne parlent pas de leur infertilité pour ne pas être stigmatisés et témoignent de l'aspect tabou qui entoure leur condition. Ce concept est aussi repris par des auteurs contemporains étudiant des sociétés africaines : M. Lefevre-Déotte (1997) pour l'excision, M. Lecarme-Frassy (1992, 2000) pour la séparation des espaces masculins et féminins, J. Françoise-Vincent (2003) pour la ménopause. Dans tous ces exemples, ces auteures utilisent la notion de « tabou » pour décrire soit un état de transition soit un passage du « masculin » au « féminin ». Il fallait alors nous pencher sur ce qu'était le « tabou ».

E. Durkheim (1912/2003) écrit que ce mot de « tabou » est « employé dans les langues polynésiennes pour désigner l'institution en vertu de laquelle certaines choses sont retirées de l'usage commun ; c'est aussi un adjectif qui exprime le caractère distinctif de ces sortes de choses » (p. 428). En 1923, S. Freud publie *Totem et tabou* et explique qu'au départ, le mot « tabou » vient de Polynésie, mais que son sens originel a été perdu au fil des temps ; cependant ce mot aurait conservé deux significations dans les sociétés de son époque qu'il juge opposées, celle du sacré et celle du dangereux, de l'interdit, de l'impur. Il écrit :

Sont « tabou » toutes les personnes, toutes les localités, tous les objets et tous les états passagers qui possèdent cette mystérieuse propriété ou en sont la source. Est encore « tabou » la prohibition motivée par cette propriété ; est enfin « tabou », au sens littéral du mot, tout ce qui est à la fois sacré, dépassant la nature des choses ordinaires, et dangereux, impur, mystérieux (p. 40-41).

Il s'appuie sur l'ouvrage de W. Wundt, *Mythus und Religion*, pour dire qu'à l'origine, il n'existait pas de séparation entre l'impur et le sacré et, par la suite, une opposition s'est formée sur eux. Au début, le sacré et l'impur fusionnaient, puis une différenciation s'est effectuée, qui a opposé les deux domaines. Le tabou viendrait de la fusion entre l'impur et le sacré. S. Freud explique que l'homme qui enfreint un tabou devient lui-même tabou car il développe une force incitative ; il est contagieux car son exemple donne l'envie de l'imiter et c'est pour cela qu'il doit être évité. Mais un homme peut aussi être tabou de façon passagère ou permanente car il se trouve dans une situation qui suscite le désir des autres individus. S. Freud définit le tabou comme « une prohibition très ancienne, imposée du dehors et dirigée contre les désirs les plus intenses de l'homme » (p. 57). La transgression d'un tabou est sanctionnée par un châtement ; le plus souvent la maladie ou la mort.

Les religions se sont basées sur cette notion de tabou ; sur ce besoin de séparer les choses sacrées des choses profanes. M. Douglas (2001) explique que les croyances relatives à la séparation et au châtement des transgressions ont pour fonction d'imposer un système à une expérience désordonnée : « C'est seulement en exagérant la différence entre intérieur et extérieur, dessus et dessous, mâle et femelle, avec et contre, que l'on crée un semblant d'ordre » (p. 26). Elle explique qu'être saint consiste à distinguer les différentes catégories de la création et être capable de discrimination et d'ordre. Le danger est donc induit dans les périodes de transition et les rites ont ainsi pour fonction d'exorciser le danger en séparant l'individu qui change de statut du reste de la

société. Selon E. Durkheim (1912/2003), toutes les croyances religieuses ont un caractère commun, celui de classer les choses en deux classes opposées désignées par deux termes, le profane et le sacré. Il explique qu'il existe deux sortes de forces religieuses : les unes sont bienfaites gardiennes de la morale, elles inspirent du respect, de l'amour, les autres sont mauvaises et impures et produisent le désordre, elles inspirent la crainte. Cependant il existe entre ces deux forces « une étroite parenté » (p. 586) :

Le pur et l'impur ne sont donc pas deux genres séparés, mais deux variétés d'un même genre qui comprend toutes les choses sacrées. Il y a deux sortes de sacré, l'un faste, l'autre néfaste, et non seulement entre les deux formes opposées il n'y a pas de solution de continuité, mais un même objet peut passer de l'une à l'autre sans changer de nature. Avec du pur, on fait de l'impur, et réciproquement. C'est dans la possibilité de ces transmutations que consiste l'ambiguïté du sacré (p. 588).

Le tabou serait à la fois le pur et l'impur, le non-séparé. Les religions instaurent quant à elles cette idée de séparation (le sacré et le profane). Le danger viendrait des périodes de transition où le sacré et le profane fusionnent. F. Héritier (1996) présente des exemples de ce qui peut mener à la fusion, au tabou :

Pas plus qu'on ne peut croiser impunément les sangs et les générations, on a dit plus haut qu'il n'était pas possible de croiser les genres. Que faut-il entendre par-là ? Chaque société se fait une idée particulière de ce qui relève de l'humain et de ce qui n'en relève pas ; elle construit un ordre des choses dans les limites duquel s'exerce la vie sociale. Tout ce qui s'en écarte, ou qui introduit des court-circuits ou des contaminations entre genres qui doivent être tenus séparés, est dangereux pour l'individu et pour la collectivité. Cet ordre limité des choses a des en-deçà : l'inceste, l'homosexualité, l'autosexualité, et des au-deçà : le monde surréal des divinités et des esprits, le monde surréal extra-humain des morts, le monde naturel de l'animalité et des objets inanimés. Tous ces contacts qui ont lieu avec cet extérieur, de l'en-deçà et de l'au-deçà, ne peuvent qu'être porteurs de stérilité en eux-mêmes puisqu'ils sortent de cet ordre limité des choses où règne la règle sociale qui fait l'humanité qui se reproduit et se reconnaît, semblable à elle-même, génération après génération (p. 124-125).

Ainsi si un certain ordre n'est pas respecté, si certaines choses ne sont pas séparées, alors les sociétés se sentent menacées de chaos et de désordre. Est donc « tabou », la fusion, la non séparation entre le pur et l'impur, représentée par certaines personnes ou par certains états de transition. Les personnes stériles sont taboues car elles mélangent féminin et masculin, les générations, les mondes (animal/humain et humain/surnaturel).

Au Sénégal, les rôles de genre sont façonnés en fonction des sexes biologiques afin de garantir la reproduction. Cette reproduction sert des intérêts lignagers et sociaux et dépassent le couple reproducteur. En cas de stérilité conjugale, les femmes sont les premières accusées car elles sont censées donner la vie. Dans les représentations, féminité et fertilité-maternité sont imbriquées, ce qui marginalise les femmes sans enfant. Le don de vie passant par la maternité – processus visible et premier – permet aux hommes de masquer leur infertilité au niveau social.

Les personnes stériles sont taboues car elles induisent une confusion dans le schéma dualiste du système de genre : femme-maternité / homme-virilité-paternité, ne faisant pas aboutir le processus reproductif. Dans le système du don, elles sont infériorisées car elles ne rendent pas le don de vie qu'elles ont reçu.

IV - L'IMPORTANCE DU DON D'ENGENDREMENT

A - Surveillance sociale et rappel à l'ordre

Pour conforter cette idéologie de rôles de genre, chaque membre de la société est tenu de rappeler à l'ordre toutes les personnes qui ne se conforment pas aux exigences sociales sur un plan comportemental, sexuel et reproductif. Au Sénégal, en plus de l'autorité exercée par les familles, il y a beaucoup de surveillance sociale. B. Dial¹³⁰ explique : « *au Sénégal, tout le monde à un droit de regard sur ce que tu fais* ».

Concernant les attentes sur le plan reproductif, la grossesse de l'épouse est attendue après le mariage. D'ailleurs, c'est parfois une stratégie des couples de faire un enfant la première année qui suit le mariage pour que leurs familles les laissent tranquilles. Un étudiant sénégalais en gynécologie nous a confié avoir eu son premier enfant neuf mois après son mariage, alors que nous abordions justement cette question avec lui. Il explique qu'au Sénégal, les gens aiment commérer. Selon lui, un couple sans enfant ne sera pas tranquille. Selon B. Dial¹³¹, certaines femmes diplomates font le choix d'avoir un enfant la première année qui suit le mariage pour ensuite privilégier leur carrière. Cette stratégie leur permet d'assurer leur place au sein de leur belle-famille. À ce sujet, le terme de « pression » est souvent ressorti des entretiens. Madame C. décrit cette pression :

C'est la société qui vous met une pression incroyable. Même si vous n'avez pas envie de faire des enfants, vous allez le faire pour dire je suis clean. Mais les gens sont là à vous pousser à avoir un enfant, mais après, une fois que l'enfant est là, personne ne vous aide. Si on les suit dans le raisonnement, on est fichu. En fait vous n'avez pas planifié cet enfant ; vous l'avez fait pour le faire. Cette pression, on ne s'en rend pas compte, mais ça vous pourri la vie. Ça met le mariage en l'air (*Madame C., 37 ans, Sénégalaise, Catholique*).

Par ces déclarations, madame C. nous indique que ce n'est pas toujours par désir conjugal que les gens font des enfants, mais parfois pour obtenir la paix sociale. Selon elle, l'entourage influence le couple à avoir un enfant, mais ensuite il se désintéresse de cet enfant. Pourquoi ? C'est à cette question que nous allons à présent répondre dans ce chapitre. Selon madame C., c'est à

¹³⁰ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

¹³¹ Entretien du 30 mars 2011, Dakar.

cause de cette pression que les gens font des enfants, alors qu'ils auraient préféré attendre. Du coup, cette conception forcée porte atteinte à la bonne entente des partenaires. Selon madame P. : « *Les représentations peuvent évoluer, mais c'est la société qui est comme ça. Au bout d'un an de mariage on te demande : est-ce que tu as un enfant ?* ». Madame D., qui a eu un enfant après trois ans de mariage, explique :

Trois ans de mariage sans enfant, les gens se posent des questions. C'est ça le stress plus que tout. Et quand l'enfant naît, les gens ont une joie immense, même ceux qui n'abordaient pas le sujet avec vous. [...] Quand l'enfant naît, ça fait plaisir. Ça redonne la joie de vivre. Parce que l'œil d'autrui ; vous sentez qu'il y a du questionnement dans l'air (*Madame D., 30 ans, Camerounaise, Catholique*).

Madame D. parle du stress lié à cette attente sociale autour de l'enfant. Quand l'enfant naît, tout le monde est heureux de cet événement et l'atmosphère, qui était tendue avant la naissance de l'enfant, devient détendue. Dans ce contexte où l'enfant a une telle valeur sociale, la souffrance des couples infertiles est d'abord une souffrance psychologique. Madame C. déclare : « *Les sénégalais sont « hypocrites » et assez méchants. Ils peuvent dire devant vous, untel s'est marié l'année dernière et ils vont faire le baptême de leur premier enfant* ». Dans les entretiens, les femmes sont choquées par la méchanceté et le manque de compassion de leur entourage familial et social. Madame D. affirme : « *Ce n'est pas agréable de vivre comme ça [sans enfant]. Quand il y a le désir [d'enfant] et que ça ne vient pas. Et quand vous voyez les autres gens avoir des enfants, ça vous fait un pincement* ». Au Sénégal, le couple infertile dérange la société dans son ordre préétabli de normes reproductives dont l'idée est : un couple doit procréer. À ce sujet, G. Delaisi de Parseval et A. Janaud affirment l'importance du poids des normes dans la procréation :

Mais la manière dont nos contemporains s'y prennent pour procréer, leurs pratiques en matière de fertilité ne dépendent pas seulement de leurs possibilités physiologiques et des connaissances de la médecine. Un autre paramètre pèse dans la balance : c'est la norme sociale. Elle s'exerce de façon subtile, peu facile à cerner (Delaisi de Parseval et Janaud, 1983, p. 46).

Selon T. Locoh (2007), le « système de genre » définit un cadre de normes que les individus sont tenus de respecter et les sociétés imposent ce système aux individus :

Chaque société, voire chaque sous-ensemble culturel au sein d'une société, structure un système de genre, c'est-à-dire un ensemble de normes, de croyances, de connaissances, sélectives qui vont informer (ou désinformer dans de nombreux cas !) les hommes et les femmes, guider les comportements sexués, imposer des rôles à jouer, valoriser certaines attitudes et en condamner d'autres (p. 25).

Ces normes s'insèrent dans les rapports entre les hommes et les femmes. Elle explique que pour comprendre les « rapports de genre », il faut intégrer une vision holistique des principes d'organisation des sociétés, tels qu'ils s'expriment entre des personnes, mais aussi à travers les décisions collectives et politiques. Les choix reproductifs restent souvent conditionnés par une norme sociale relative à la reproduction que les hommes et les femmes ont intégrée. Dans ce contexte, peut-on réellement parler de désir d'enfant ou bien plutôt de contrainte à la procréation ?

M. Fiadjoe¹³² explique qu'en Afrique, la procréation est perçue comme un don à la société. Selon lui, lorsqu'un couple n'a pas d'enfant c'est un problème pour toute la société et il propose à cet effet la notion de « couple social ». C'est effectivement bien cette idée du don qui est à mettre en avant autour de ces pressions que subissent les couples infertiles. L'enfant en lui-même n'est pas important ; l'important c'est l'acte de donner un enfant, de fonder une alliance, de perpétuer des lignages.

Compétition reproductive

Au Sénégal, les femmes qui se retrouvent dans une situation d'infertilité se font sans cesse reprendre par les autres femmes comme l'expose cette citation d'une des femmes enquêtées :

Les femmes qui ont des enfants aiment montrer aux autres femmes qui n'en ont pas qu'elles ont un avantage sur elles. Elles parlent longuement de leurs enfants devant elles. Elles insistent sur ce sujet ; elles parlent de leur grossesse. Une femme m'a même dit : « *toi tu n'as rien à dire ; va accoucher avant de parler !* ». Ou des femmes qui ont déjà six enfants viennent te voir, toi qui n'en a aucun, pour te parler de leurs bobos et se plaindre (*Madame V., 29 ans, Sénégalaise, Musulmane*).

Par cette déclaration madame V. explique que les femmes qui sont mères narguent celles qui ne le sont pas. Il faudrait même selon les propos rapportés avoir accouché pour avoir le droit de prendre la parole. Une autre femme, madame L., Sénégalaise, raconte l'insistance de ses amies par rapport au fait qu'elle n'ait pas d'enfant. Celles-ci lui demandent souvent ce qu'elle attend pour faire un enfant. Elle leur répond alors : « *j'attends Dieu. Arrête de poser cette question !* ». Elle préfère éviter de partager son inquiétude avec ses amies car si elles se fâchent, celles-ci pourraient lui causer du tort. La plupart des amies de madame E. qui ont des enfants n'abordent pas le sujet pour ne pas la blesser, mais d'autres sont, d'après elle, méchantes et l'appellent dès qu'il y a une naissance ou un baptême. Cet exemple d'informer les couples infertiles des baptêmes des enfants d'autres couples a été évoqué par plusieurs personnes lors des entretiens. Ainsi on constate que certaines personnes prennent plaisir à rappeler aux couples leur différence et à les blesser. On prend donc conscience que des amis proches peuvent trahir un secret et causer du tort.

Sur le lieu de travail aussi, les gens parlent du fait qu'une personne n'ait pas d'enfant. Par exemple madame C. explique qu'après trois ans de mariage, ses collègues ont commencé à parler derrière son dos et disaient : « *elle ne peut pas faire d'enfant ! Est-ce qu'elle n'est pas malade ?* ». Cette phrase fait ressortir le caractère d'anormalité auquel renvoie le fait de ne pas avoir d'enfant. De même, à chaque fin d'année pour les vœux, ses collègues lui disent « *Je te souhaite vraiment un enfant pour cette année !* », alors qu'elle ne s'est jamais confiée à elles. Ainsi les collègues de travail de madame C. présupposent de ses désirs alors qu'elles ne sont pas proches d'elle et

¹³² Moïse Fiadjoe « Connaissances et perceptions de l'AMP dans la ville de Lomé (Togo) », communication orale, Colloque international « Technologies de la procréation et mondialisation. Dispositifs, savoirs, expériences en Afrique sub-saharienne », Université Paris Descartes, 12 et 13 décembre 2013.

n'hésitent pas à le lui faire savoir. De son côté, madame V. dit se protéger de ses collègues de travail en ne leur laissant pas l'occasion d'aborder le sujet.

Tout comme pour les femmes, les hommes sont aussi dans une forme de compétition à la reproduction. S. Boye¹³³ nous donne un exemple des réflexions qui peuvent être faites à un homme qui n'a pas d'enfant : « *Toi, tu n'es pas efficace ; tu n'as pas donné un enfant à ta femme* ». Elle explique que dans le langage populaire, on qualifie un homme qui a beaucoup d'enfants d'homme puissant, alors que celui qui n'en a pas est souvent considéré comme un homme manqué ou faible. Effectivement, madame V. nous raconte ce que les amis de son mari pensent de lui :

Les amis de mon mari lui lancent des phrases comme : « *tu es un homme ou quoi ?* » qui sous-entend pourquoi n'as-tu pas d'enfant ? Tu n'as pas d'enfant est égal à tu n'es pas viril, tu n'es pas un homme (*Madame V., 29 ans, Sénégalaise, Musulmane*).

Elle raconte que son mari ne parle pas de leur problème d'infertilité, mais elle sait que cette situation lui pèse. Elle sait qu'au bureau, ses amis lui parlent de leurs enfants et que cela lui fait de la peine. À présent, ceux-ci évitent cependant de lui annoncer quand il y a une naissance ou un baptême pour ne pas le blesser. Monsieur E., un Mauritanien ne s'est confié à personne et ses amis ne lui parlent pas du fait qu'il n'ait pas d'enfant, mais selon lui : « *il y a des silences qui en disent long !* ». Ses amis lui font aussi parfois des allusions indirectes, cependant de manière générale, ils évitent de lui en parler pour ne pas le blesser. Pour analyser cette présence quotidienne de l'entourage dans l'intimité des couples, prenons l'exemple de Monsieur U, rencontré dans un hôpital public de Dakar.

Monsieur U.

Monsieur U., Sénégalais musulman âgé de vingt-huit ans, vendeur, et son épouse, Sénégalaise musulmane âgée de vingt-deux ans, commerçante, se marient en 2009.

En 2010, monsieur U. emmène son épouse consulter un gynécologue pour un problème de règles irrégulières. Lors de ce rendez-vous, le gynécologue prescrit également des examens à monsieur U. Il consulte l'urologue N. début 2011 qui lui fait passer une échographie scrotale. Lors de l'échographie, les médecins détectent des varices et prescrivent une opération à monsieur U. Il doit se faire opérer prochainement.

Le couple vit dans la famille de monsieur U. Avec sa femme, ils parlent rarement du fait de ne pas avoir d'enfant. Sa famille n'aborde pas ce sujet avec

¹³³ Entretien du 22 Novembre 2011, Dakar.

lui. Elle sait qu'il va à l'hôpital pour se soigner, mais pas sa belle-famille. Il donne son point de vue sur les mentalités sénégalaises : « *Au Sénégal, ce n'est pas facile d'avoir une femme et ensuite, il faut avoir un enfant après le mariage. C'est ça le Sénégal !* ». Autour de lui, ses connaissances lui font la réflexion sur le fait qu'il n'ait pas d'enfant. Ses amis lui disent : « *Tu en es où avec ta femme ?* ». Il affirme que ces réflexions ne le blessent pas. Selon lui, certaines personnes parlent pour le taquiner, alors que d'autres veulent savoir quel est le problème de son couple par curiosité. Mais lui n'est pas inquiet du fait de ne pas être encore père et affirme : « *je sais que je vais avoir un enfant... Les gens disent il faut avoir un enfant, mais au baptême, ils ne te donnent pas d'argent* ». Il prétend qu'il n'est pas pressé et qu'il laisse le temps venir. Il dit qu'il ne veut pas écouter les commentaires de l'entourage. Pour lui, c'est plus simple en Europe car les gens peuvent vivre leur vie comme ils le veulent, alors qu'au Sénégal, les gens « *parlent trop* ». Les gens le jugent même trop jeune pour avoir une femme et lui disent qu'il ferait mieux de « *s'amuser au lieu de se caser* ».

Ce qu'explique monsieur U. c'est que l'entourage incite le couple à procréer. Cependant, une fois que l'enfant est né, ce même entourage ne s'y intéresse plus et ne lui donne, par exemple, pas d'argent pour son baptême. Ce qui est important ce n'est pas l'enfant en lui-même, mais le fait *de donner un enfant*. Monsieur U. s'étonne que l'entourage ne donne rien pour l'enfant après sa naissance et se désintéresse de lui. L'explication peut être que le couple était lui-même en dette et que l'enfant n'est que le contre-don d'un don précédemment reçu. De même, il insiste sur l'intrusion de l'entourage dans la vie de tout un chacun. Actuellement, c'est le fait qu'il n'ait pas d'enfant avec sa femme qui pose problème, alors qu'il y a peu de temps, c'était le fait qu'il ait une femme alors qu'il était encore jeune et pouvait encore s'amuser avant d'être marié. Cette pression de l'entourage est en opposition avec son désir car il prétend qu'il n'est pas pressé d'avoir un enfant. Ainsi il préfère ne pas écouter ce que les gens lui disent. Il pense qu'en Europe chacun est plus libre dans ses choix, alors qu'au Sénégal il y a beaucoup de surveillance et de jugement concernant les choix individuels.

B - L'esprit du don et la nécessité absolue du contre-don

Pour comprendre cette pression sociale autour des couples sans enfant, il nous semble intéressant de revenir au texte fondateur de M. Mauss, *Essai sur le don* (1924/2004) où il présente l'échange comme « fait social total » qui comprend objets, nourriture et femmes. Effectivement, dans les sociétés qui pratiquent le *potlatch*¹³⁴, les biens échangés ne sont pas seulement économiques :

¹³⁴ Le *potlatch* est un système de prestations totales pratiqué par les Indiens d'Amérique du Nord. M. Mauss est parti de ce système et de celui de la *kula* des *Trobriandais* pour fonder sa théorie sur le don.

Ce sont avant tout des politesses, des festins, des rites, des services militaires, des femmes, des enfants, des danses, des fêtes, des foires dont le marché n'est qu'un des moments et où la circulation des richesses n'est qu'un des termes d'un contrat beaucoup plus général et beaucoup plus permanent (Mauss, 1924/2004, p. 151).

Lors du *potlatch*, les chefs se battent avec une mise à mort et les richesses accumulées sont détruites pour éclipser le chef rival car ici la rivalité est essentielle. Donner un *potlatch*, permet au chef de conserver son autorité sur son groupe et de maintenir sa place auprès des autres chefs, car dans les sociétés du nord-ouest américain perdre au *potlatch* revient à perdre à la guerre. Refuser un don ou un *potlatch* revient à être aplati par son adversaire. L'obligation de rendre un *potlatch* est très forte car la sanction est « l'esclavage pour dette » (p. 212). M. Mauss (1924/2004) explique la fonction du *potlatch* :

Mais le motif de ces dons et de ces consommations forcées, de ces pertes et de ces destructions folles de richesses, n'est, à aucun degré, surtout dans les sociétés à *potlatch*, désintéressé. Entre chefs et vassaux et tenants, par ces dons, c'est la hiérarchie qui s'établit. Donner, c'est manifester sa supériorité, être plus, plus haut, magister ; accepter sans rendre ou sans rendre plus, c'est se subordonner, devenir client et serviteur, devenir petit, choir plus bas (minister) (p. 269-270).

Par l'analyse du *potlatch*, Mauss comprend que, plus un individu donne, plus il affirme sa supériorité sur les autres. À l'inverse, moins il donne, plus il signifie sa soumission aux autres. Il démontre que la puissance des dons incite le récipiendaire à re-donner :

Ce qui, dans le cadeau reçu, échangé, oblige, c'est que la chose reçue n'est pas inerte. Même abandonnée par le donateur, elle est encore quelque chose de lui. Par elle, il a prise sur le bénéficiaire, comme par elle propriétaire, il a prise sur le voleur (p. 159).

Ainsi, refuser de donner est une attitude grave pouvant conduire au danger : « Refuser de donner, négliger d'inviter, comme refuser de prendre, équivaut à déclarer la guerre ; c'est refuser l'alliance et la communion » (p. 163). Cet échange de dons est un « symbole de vie sociale » qui traduit la manière dont les groupes de ces sociétés sont « constamment imbriqués les uns dans les autres, et sentent qu'ils se doivent tout » (p. 194). Le don induit obligation et liberté mêlée car un don non rendu rend inférieur celui qui l'a accepté. Pour M. Mauss, les hommes n'avaient donc pas le choix que d'entrer dans ces systèmes d'échanges obligés, pour sortir d'un état de guerre permanente. Pour cela il fallait déposer les armes et « se confier entièrement » et donner tout : « depuis l'hospitalité fugace jusqu'aux filles et aux biens » (p. 277). B. Malinowski (1922/1989) présente la *kula*, un système d'échange généralisé *trobriandais*. À travers ces îles du Pacifique, le don organise la vie sociale :

[...] l'ensemble de la vie tribale est dominée par le jeu perpétuel du donnant donnant ; que toute cérémonie, tout acte légal ou coutumier, s'accompagne du don d'un objet suivi d'un don réciproque ; que la richesse, qui passe de main en main dans un mouvement de va-et-vient, constitue l'un des ressorts essentiels de l'organisation sociale, de l'autorité du chef, des liens de parenté directe et par alliance (p. 227-228).

Il explique que l'accumulation de nourriture relève de la volonté de faire étalage de sa richesse, ce qui procure prestige social. Selon G. Balandier (2004), la capitalisation d'épouses, de descendants et d'alliances renforce le pouvoir. Selon lui : « La stratégie de l'utilisation des richesses, qui est orientée vers les fins économiques, vise, en même temps, toutes les formes de la communication sociale ainsi que les hiérarchies de prestige et de pouvoir » (p. 84). Ainsi donner est un acte qui symbolise le pouvoir ; le don symbolise la richesse, la force, et ne pas donner symbolise la faiblesse, voire l'esclavage. Le don est un cycle, impliquant un contre-don. L'individu endetté est diminué dans son identité ; il se prive ainsi de liberté. M. Godelier (1996) décrit l'ambiguïté intrinsèque du don :

Donner semble instituer simultanément un double rapport entre celui qui donne et celui qui reçoit. Un rapport de solidarité, puisque celui qui donne partage ce qu'il a, voire ce qu'il est, avec celui à qui il donne, et un rapport de supériorité, puisque celui qui reçoit le don et l'accepte se met en dette vis-à-vis de celui qui lui a donné. Par cette dette il devient son obligé, et donc se retrouve jusqu'à un certain point sous sa dépendance, du moins tout le temps où il n'aura pas « rendu » ce qu'on lui a donné. [...] Le don rapproche les protagonistes parce qu'il est partagé et les éloigne socialement parce qu'il fait de l'un l'obligé de l'autre (p. 21).

Selon M. Godelier, le don est ambivalent car il peut être un acte de générosité ou de violence, mais une « violence déguisée en un geste désintéressé puisqu'elle s'exerce au moyen et sous la forme d'un partage » (p. 21). La force contenue dans la chose donnée est « celle de la relation qui continue à l'attacher à la personne de celui qui la donne » (p. 64). Ainsi le don implique toutes les choses de la vie sociale et permet la régénérescence du groupe. Ne pas donner rend inférieur, subordonné. La personne stérile est une figure de cette dette.

C - La personne stérile : entre esclave et sorcière

L'esclave

Certaines personnes sortent du cycle des échanges : La première figure de la dette est celle de l'esclave. C. Meillassoux (1986) explique que le trait fondamental de l'esclavage, qui en constitue son essence, est le « déni de parenté » (p. 33) et représente « l'incapacité sociale [...] à se reproduire socialement, c'est-à-dire l'incapacité juridique d'être « parent » » (p. 35). Selon lui, l'esclave est « l'antithèse de la parenté » (p. 35). Les esclaves sont privés de reproduction sociale à travers la parenté, l'alliance et la filiation dans le but que tout le produit de leur travail revienne au maître seul : « Désocialisés, dépersonnalisés, les esclaves sont susceptibles d'être voués à une exploitation immodérée parce que non tempérée par le souci de préserver leurs capacités physiques et sociales de reproduction » (p. 89). De même, il n'y a plus dans l'esclavage de tâches féminines ou masculines, les tâches sont indifférenciées sexuellement. Dans ces conditions d'esclavage, la mère n'est pas sacralisée car la femme esclave n'est ni femme, ni mère. Elle est génitrice de sa progéniture qui appartient au maître. L'esclave appartient entièrement au maître et n'a de liens de parenté ou sociaux avec personne d'autre : « ce qu'il est, il ne le doit qu'au maître. C'est ce dernier qui l'engendre chaque jour en lui laissant quotidiennement la vie » (p. 139).

L'esclavage est souvent conditionné par des guerres de captures, des razzias. C'est le processus d'externalité qui fait de l'esclave un étranger dans la société où il sera exploité. C. Meillassoux montre que la classe des esclaves ne se renouvelle pas d'elle-même, puisque qu'il y a très peu de descendance d'esclaves. Les maîtres doivent donc continuellement s'approvisionner par le biais de guerres. L'auteur parle même d'une forme de procréation :

Dans la société esclavagiste, la classe esclave étant reproduite par ponction sur les sociétés étrangères et par achats sur les marchés, la fonction « procréatrice » passe entre les mains des hommes, guerriers ou marchands : ce sont eux qui, par les armes ou l'argent, « procréent » les individus destinés à reconstituer la classe exploitée (p. 112).

Selon C. Meillassoux (1986) les eunuques sont des esclaves de cour dont le rôle est crucial. Il montre que leur emploi était à caractère politique ; ceux-ci étaient placés à des postes stratégiques de la cour royale qu'aucun lignage ne pouvait revendiquer puisque l'eunuque n'avait pas de descendance. Le caractère premier de l'eunuque est de « ne rien pouvoir transmettre héréditairement, ni la vie, ni bien, ni titre, ni fonction. » (p. 189). Il explique la différence entre l'eunuque et l'esclave :

Par sa mutilation, l'eunuque incorpore l'état social de l'esclave qui n'est, lui, privé de parenté qu'en droit. Mais, dès lors que l'eunuque est stérile dans son corps, ce n'est plus aussi indispensable qu'il reste esclave dans son état, ou même qu'il le fût jamais. Sa constitution physique l'en dispense (p. 190-191).

Ainsi la stérilité biologique de l'eunuque le constitue directement comme esclave de par son incapacité à se reproduire, à constituer une descendance. Alors que l'esclave est maintenu dans une « stérilité sociale » (p. 191) car il est privé de ses droits juridiques de filiation, l'eunuque est, lui, « l'esclave par excellence, celui que son état physique conserve dans son état légal, quel que soit son sort juridique, incapable en particulier de constituer, comme l'esclave de cour, une aristocratie héréditaire ou une dynastie usurpatrice » (p. 191).

Nous pouvons noter ici, à travers la figure de l'esclave, le lien fort entre stérilité et esclavage. L'esclave est stérile socialement ou biologiquement (eunuque). La stérilité signifie ne pas avoir de descendance, ne pas transmettre, ne pas rendre, ne pas faire partie des cycles d'échange ; donc être un esclave. Il convient de noter aussi que puisque l'esclave est stérile socialement et ne transmet rien, alors les différences sexuelles (hommes/femmes) n'ont aucune importance. Les tâches sont faites indifféremment par les hommes et les femmes, car les femmes ne sont pas reproductrices, mais seulement productrices. Cela nous permet de conclure que c'est bien en fonction du rôle des sexes dans la reproduction qu'il existe une séparation créée par les sociétés entre homme et femme.

On note encore ici l'influence du don sur le genre. Comme l'esclave ne transmet rien (pas de don, notamment pas de don d'engendrement), alors son rôle de genre n'a pas d'importance et il peut faire le travail de l'un ou l'autre sexe.

Le sorcier/la sorcière

La figure du sorcier, de la sorcière représente aussi une figure de la dette. Selon J.-F. Vincent (1999), la principale forme de nuisance des sorciers est la dévoration de ses semblables. Celui-ci ne mange pas le corps des hommes, mais leur âme. Il provoque la stérilité des hommes et des femmes à partir d'éléments appartenant à sa victime pour fabriquer des aiguilles. Il est aussi vecteur de morts fulgurantes et d'épidémies faisant de nombreuses victimes et peut aussi anéantir les récoltes. Selon A. Marie (1997), le sorcier est « la figure emblématique de l'individualiste, acharné à poursuivre ses objectifs particuliers, à satisfaire ses penchants égoïstes, à obéir à des irréprouvables pulsions d'agressivité » (p. 65). Le sorcier ne respecte pas la loi de la dette existante dans les sociétés communautaires car il se reconnaît comme le débiteur de personne et se considère même comme un créancier impitoyable, volant des biens et des vies. Selon S. Lallemand (1988) le sorcier est vu comme un être a-familial car incapable de s'abandonner au vouloir des siens. Elle explique :

Dans ce système, chacun est un coupable en puissance, puisque chacun dispense ses sentiments comme il le peut, et jamais exactement comme il le doit. C'est dans cette faute généralisée, associée à l'interdit de remise en cause des termes des relations à autrui, que s'origine la figure du sorcier (p. 181).

A. Marie (1997) se questionne sur la possibilité d'un individualisme dans les sociétés africaines contemporaines. Il explique que dans les sociétés communautaires, les individus sont « censés se mettre exclusivement au service de la reproduction sociale et que, lorsqu'elles sont soupçonnées d'outre passer ce rôle pour se mettre au service de leurs propre pulsions individualistes, elles sont soumises à des dispositifs répressifs [...] » (p. 63). Pour lui, la théorie de la sorcellerie est « un puissant dispositif idéologique de refoulement de la pulsion individualiste » (p. 66). Il précise que les accusations de sorcellerie sont souvent renvoyées sur les minorités sociales et que la dette est « le moteur de la sociabilité et de la socialisation communautaires » (p. 78). Selon lui, chacun naît débiteur et ne peut donc se soustraire à son cycle ; on naît débiteur et on devient créancier.

Le sorcier/la sorcière renvoie donc à la stérilité. Ils sont accusés de causer la stérilité des femmes et des cultures (épidémies). Inversement, les femmes stériles en Afrique subsaharienne sont parfois vues comme des sorcières.

Le don permet de créer un réseau d'obligés qui devront un jour où l'autre payer leur dette. Les couples infertiles sont débiteurs face aux familles et à la société. Ils ne seront pas tranquilles tant qu'ils ne rendront pas ce qu'ils doivent : un don de procréation. Ils sont diminués dans leur identité, rabaissés (comme la figure de l'esclave) ; certaines femmes sont parfois accusées de sorcellerie (Paume ; 1960).



Au Sénégal, comme nous venons de le comprendre, l'identité des personnes stériles est perçue comme socialement ambivalente. Elles ne sont pas reconnues socialement comme

« homme » ou « femme », catégories rigides et normatives, car elles sortent des cycles des dons dévolus à leur sexe : don de maternité pour les femmes et don de filiation/transmission pour les hommes. Elles sont aussi rabaisées car, comme nous l'avons compris avec M. Mauss, ne pas donner rend inférieur, esclave, sorcier. Ainsi les personnes stériles chevauchent les sexes (masculin/féminin), les générations (n'accèdent pas au statut de parent, mais ne sont plus des enfants), les mondes (humain/animal et surnaturel), comme dans le rituel du *kañaleen*. Elles sont taboues de par leur état d'être « féminin » et « masculin ». Elles ont transgressé les règles de reproduction sociale et de succession générationnelle. La femme est perçue comme la responsable de l'infertilité car c'est elle qui est censée porter le don de vie (don féminin par excellence) ; l'homme peut se cacher derrière sa femme et dénier son infertilité.

Nous avons constaté le lien fort entre stérilité et inversion de rôle de genre, ou du moins, dans le contexte sénégalais, ambivalence du rôle de genre. Dans les exemples de troisième sexe, nous comprenons qu'une femme ou un homme stérile – que la stérilité soit biologique ou sociale – peut, dans certaines sociétés, changer le rôle de genre. De même, l'esclave, être stérile, peut indifféremment effectuer des tâches masculines ou féminines. Le rôle dans le processus reproductif influence donc le rôle de genre. La stérilité induit un brouillage dans le dualisme sexuel et genré et bloque le système des échanges symboliques.

CONCLUSION

Au Sénégal, plusieurs règles sociales instituent les relations entre les sexes et les générations. Les relations conjugales sont la plupart du temps asymétriques ; l'époux est en position de pouvoir par rapport à l'épouse (écart d'âge important, polygamie, autorité du mari légitimée par l'islam, violences conjugales tolérées socialement). En plus de cette relation asymétrique, les familles ont beaucoup d'influence sur la vie du couple. Il existe de même un lien très fort entre l'époux et sa mère qui affecte parfois la bonne entente entre les conjoints. Lors de dysfonctionnements conjugaux, la famille peut intervenir et proposer des solutions médicales (consultations chez les guérisseurs ou marabouts, traitements) ou conjugales (polygamie, divorce).

L'enfant est le symbole de la survie du couple et il est le pilier de la famille. Plus que l'enfant en tant que personne, c'est l'acte de donner un enfant qui importe car le couple doit aux familles et à la société son enfant ou plutôt ses enfants. L'enfant sera ainsi présent dans le cycle des échanges lignagers (confiage, mariage) et il permettra à ses parents de passer d'un statut de débiteur à un statut de créancier (les enfants devenant à leur tour débiteurs de leurs parents).

La société sénégalaise façonne les sexes dans un but reproductif. Ainsi les espaces et les tâches sociales sont à dominante « masculin » ou « féminin » et sont clairement délimités car leur fusion constitue un tabou. Dans cette différenciation stricte des espaces, les personnes stériles peinent à trouver leur place et leur identité. Elles sont éjectées des catégories « homme » et « femme » par la société. Pour être « vrai homme » ou « vraie femme » il faut faire la preuve de sa maternité pour une femme et preuve de sa virilité/fécondité pour un homme. Sans cette preuve, il manque quelque chose aux personnes stériles qui les relègue dans une autre catégorie sociale : celle de troisième sexe, où sexes, générations et mondes se chevauchent. Certains rituels tentent de remédier à ce chevauchement en incitant la femme stérile à *donner*, à *se donner*.

Cette partie présente l'articulation du genre au don. La femme est celle qui porte la responsabilité de la fertilité d'un couple car le don de vie est un don féminin et premier par rapport au don masculin de transmission. Les hommes peuvent ainsi dénier leur infertilité car la femme reste socialement la responsable. Elle est celle qui doit donner, se donner car la maternité constitue la féminité.

En dehors des rituels de fécondité, les couples stériles ou les femmes (quand le mari dénie son infertilité) cherchent tous les recours possibles pour avoir un enfant. Le fort pluralisme médical dans les parcours des couples infertiles s'explique par ce désir acharné des couples à procréer dû aux pressions familiales et sociales. Quand les couples en ont les moyens financiers, ils recourent à l'AMP. C'est ce que nous allons étudier dans la troisième partie de cette thèse.

La question du genre est présente dans les parcours d'AMP car ceux-ci demandent une forte participation des femmes, alors que la présence des hommes est discrète. La question du don est elle aussi centrale car l'AMP avec don de gamètes pose le plus de problèmes éthiques aux sociétés en remettant en question les normes de genre.

PARTIE III. LES RUPTURES INDUITES PAR L'AMP ET LES RETICENCES SOCIALES, RELIGIEUSES ET POLITIQUES

La sexualité est alors soigneusement renfermée. Elle emménage. La famille conjugale la confisque. Et l'absorbe tout entière dans le sérieux de la fonction de reproduire. Autour du sexe, on se tait. Le couple, légitime et procréateur, fait la loi. Il s'impose comme modèle, fait valoir la norme, détient la vérité, garde le droit de parler en se réservant le principe du secret.

Foucault, 1976, p. 9-10

[...] alors même qu'on inventait rien moins qu'une manière nouvelle de faire des enfants, on l'a remplacée dès le départ dans les habits connus, mais totalement inadaptés, d'une pseudo-procréation charnelle.

Théry, 2010a, p. 139



Panneau médical, Dakar, 2012.



Clinique de la Madeleine, Dakar, 2012.



Mosquée de Ouakam, Dakar, 2012.



Monument de la Renaissance africaine, Dakar, 2012.



La corniche, Dakar, 2012

CHAPITRE 7.

L'AMP AU MILIEU DES ENJEUX POLITIQUES EN SANTE DE LA REPRODUCTION

Nous venons d'étudier dans les chapitres précédents les pressions des familles et de l'entourage exercées sur les couples infertiles. Nous avons compris en quoi l'infertilité constitue une menace pour l'identité des personnes stériles et donc pour leur bien-être social. Il s'agit à présent de comprendre le positionnement de l'État sénégalais sur les sujets de l'infertilité et de l'AMP.

L'infertilité et l'AMP font parties de la santé de la reproduction au Sénégal. Bien que l'infertilité soit stigmatisante pour les couples, l'État ne propose rien pour faire évoluer leur situation. Concernant l'AMP, aucune loi précise n'existe à ce sujet laissant les médecins seuls responsables de leurs actes et les couples sans protection juridique. L'AMP amène des changements en matière de procréation, notamment à travers le don de gamètes ; pourtant aucune loi d'éthique sur ce sujet ne voit le jour. L'infertilité n'est pas une priorité pour le Sénégal, qui place son attention sur d'autres maladies (tuberculose, malaria, sida). L'État sénégalais se trouve influencé par des logiques externes (bailleurs de fonds) et internes (religions) et peine à imposer une autorité sans faille dans le domaine de la santé.

I - L'ABSENCE DE LOI SUR L'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

A - Le manque d'encadrement législatif de l'AMP

La santé de la reproduction est l'une des prérogatives du ministère. Une division lui est consacrée et constitue l'une des priorités fixées par le gouvernement. Il existe cependant un vide juridique concernant l'assistance médicale à la procréation. Aucun texte de loi n'encadre l'AMP, et la seule loi mentionnant la santé de la reproduction omet les nouvelles technologies de reproduction. La loi n°2005-18, du 5 Août 2005 a un chapitre (Chapitre II) relatif aux soins et services de santé de la reproduction (Cf. Annexe 1). Dans le chapitre II, l'article 4 – 7^{ème} point aborde « la lutte contre l'infécondité et l'infertilité ». L'article 6 stipule que « Dans le respect de l'éthique, les couples ont le droit de bénéficier sur leur demande d'une assistance médicale à la procréation ». Dans le Chapitre IV, l'article 9 stipule que « Toute personne a le droit de décider librement des questions relatives à la santé de la reproduction la concernant dans le respect des lois

et règlements en vigueur, de l'ordre public et des bonnes mœurs ». Ces articles de lois ne peuvent constituer pour les médecins un réel encadrement de leur pratique. Ils sont pourtant les seuls existants à ce jour. De plus, selon C. Becker¹³⁵ la loi sur la santé de la reproduction n'a pas de décret d'application. P. L. A. Dieng (2005), étudiant de droit qui a écrit son mémoire sur le statut juridique de l'AMP au Sénégal en fait cette analyse :

Jusqu'à ce jour et ce depuis 1989, le législateur sénégalais a préféré occulter les difficultés liées à la pratique de la PMA alors que ses effets à long terme sur l'imaginaire social, en ce qui concerne la dignité reconnue à l'être humain, sont encore inconnus (Conclusion).

C. Becker¹³⁶ explique que les lois sénégalaises sont orientées en fonction des projets développés par l'Organisation Mondiale de la Santé. Concernant l'assistance médicale à la procréation, il n'y a aucune requête émise par l'OMS car ces questions de procréation assistée ne sont pas dans ses priorités pour l'Afrique. Selon lui, l'assistance médicale à la procréation est contraire à la maîtrise de la fécondité, qui elle, fait partie des axes prioritaires de la santé de la reproduction. S. L. Faye¹³⁷ défend la même idée en déclarant que la lutte contre l'infertilité n'a aucune place, qu'il n'existe pas de prévention de l'infertilité car le Sénégal est un des pays les plus fertiles d'Afrique et que les politiques menées en matière de maîtrise de la fécondité entrent en contradiction avec la lutte contre l'infertilité. Le gynécologue D. explique que le ministère de la Santé, l'Ordre des Médecins, l'Association des gynécologues et l'Association des sages-femmes travaillent sur la sensibilisation aux problèmes d'infertilité et aux nouvelles technologies de reproduction. Monsieur F., travaillant au sein de la Division de la santé de la reproduction, déclare que le gouvernement essaie de légiférer et que des réflexions sont en cours sur l'assistance médicale à la procréation. En parallèle, des initiatives se mettent en place comme le réseau GIERAF¹³⁸ qui regroupe des chercheurs et des gynécologues d'Afrique. Son but est de faire un plaidoyer au niveau des différents pays africains pour permettre aux États africains de réguler les pratiques d'AMP. Ce réseau fait des propositions de lois et des recommandations sur les bonnes pratiques éthiques. Cette société scientifique veut avoir un impact supranational et s'organise donc en réseau avec des antennes dans chaque pays africain.

Le rôle de l'État et questions d'éthique

Qui doit donc faire avancer le débat et la législation autour des nouvelles technologies de reproduction ? Selon P. L. A. Dieng (2005), c'est bien à l'État de légiférer sur l'assistance médicale à la procréation au Sénégal :

¹³⁵ Entretien du 20 juin 2011, Paris.

¹³⁶ Entretien du 20 juin 2011, Paris.

¹³⁷ Entretien du 22 mars 2011, Dakar.

¹³⁸ Groupe Inter africain d'Etude, de Recherche et d'Application sur la Fertilité, sur le site Web : <http://www.gieraf.org/>

Il revient ainsi à l'État, garant de l'intérêt général et de l'ordre public, d'orienter et de limiter, au besoin, le droit des autres acteurs sociaux. Et c'est précisément dans cette finalité que les acteurs médicaux s'obligent à préciser, en leur sein d'abord, un cadre normatif avant que l'État ne vienne, par la suite, formaliser cette volonté en faisant de sorte que ce cadre ne s'isole pas de la politique normative de référence que l'État s'est librement choisi. L'État s'est arrogé et doit donc s'arroger le seul privilège d'élaborer et d'adopter une législation en matière de PMA, même s'il s'est entouré ou doit s'entourer d'experts venant d'horizons divers qui l'assistent à percevoir toutes les incidences et les problèmes que la PMA pourrait susciter (Titre II, Chap. I, Section I *La réaffirmation de l'idéologie*, para.1)

Il relèverait donc du rôle de l'État de mettre en place un dispositif de contrôle de cette pratique et de veiller au respect d'une loi relative aux nouvelles technologies de reproduction. De même, il devrait préserver l'ordre public en le conciliant à la nécessité de faire progresser la science pour le bien-être physique et social (Dieng, 2005). Les nouvelles technologies de reproduction entraînent des questions relatives à la filiation : « La PMA doit, avant tout, fonder son essor sur l'intérêt de l'enfant à naître. Dans le cas de la PMA lorsque l'enfant n'existe pas encore, l'intérêt protecteur de cet enfant mériterait que l'on détermine le cadre familial indispensable à son équilibre » (Dieng, 2005, Titre II, Chap. I, Section I *La réaffirmation de l'idéologie*, para. 2). Ce développement des nouvelles technologies de reproduction inquiète des chercheurs sénégalais :

La stérilité du couple est de plus en plus réglée par les techniques de fécondation in vitro. Ces techniques connaissent un essor au Maghreb et dans certains pays du Sahara. Cette fécondation est intraconjugale, le plus souvent permettant de maintenir le père génétique et le père social identique. Des termes nouveaux apparaissent : père génétique, mère génétique, mère gestationnelle, parents sociaux ou adoptifs. L'identité génétique et sociale des enfants devient compliquée ne respectant plus les repères sociaux traditionnels et surtout religieux. Ces techniques favorisent-elles ou menacent-elles le bien-être et le développement harmonieux des enfants ? Est-il vraiment dans l'intérêt des femmes d'obtenir des grossesses après l'âge de 50 ans, ou est-ce plutôt une forme d'acharnement que de repousser sans cesse les limites de la nature ? Les attitudes possibles vis-à-vis de ces questions peuvent être la tolérance assortie de surveillance, le rejet inconditionnel, ou la réglementation plutôt que l'interdiction. L'avenir, en Afrique, concernera les fécondations avec donneur extraconjugal et les maternités de substitution. Il urge de prendre les dispositions éthiques et légales pour le bien-être de la population (Sow M. L., 2004, p. 75-76).

Certains couples et médecins rencontrés lors de l'enquête à Dakar confirment cette volonté d'encadrement législatif car l'AMP peut amener certaines dérives en constituant un secteur lucratif. Ainsi selon madame H. : « *Les médecins sont drivés par ces techniques car elles sont source de profits. Les dérapages sont connus avec certains médecins. Les médecins sont très intéressés par le profit. Au Sénégal, beaucoup de médecins sont comme ça* ». Ce point de vue est partagé par monsieur T., coordonnateur en santé reproductive au sein d'un hôpital : « *L'État devrait mettre des lois, des cadres. Car dans le privé, les volontés sont opportunistes. C'est un grand marché*

financier ». Les urologues interrogés lors de l'enquête évoquent eux aussi un commerce autour des nouvelles technologies de reproduction :

L'AMP doit se faire en partenariat avec l'urologue. Si c'est infectieux, il faut que l'urologue ait vu l'homme avant l'AMP. L'urologue peut donner des traitements ou opérer, ce qui peut constituer une alternative à l'AMP. Sur 100 malades, l'urologue en enlève 3 au minimum. Mais ce n'est pas intéressant pour le business de l'AMP (Docteur S., urologue).

Le docteur J., qui pratique peu les techniques d'AMP, pense que les gynécologues de Dakar sont trop portés à pratiquer l'AMP, alors que l'attente permettrait à certains couples d'avoir une grossesse naturellement. Selon lui, les gynécologues ne font pas assez de *counseling* face aux couples infertiles et s'orientent trop vite vers les AMP au lieu de discuter avec le couple.

Malgré les enjeux éthiques soulevés par les nouvelles technologies de reproduction, le Sénégal n'a pas pris de positionnement législatif sur cette question. Ce vide juridique laisse les médecins sans encadrement et les patients sans recours possible en cas d'éventuels problèmes.

B - L'infertilité n'est pas une priorité pour l'État sénégalais

Stratégies politiques en matière de santé

Au Sénégal, les médecins et les anthropologues de la santé, rencontrés lors de notre enquête, s'accordent pour dire que l'infertilité n'est pas une priorité pour l'État en matière de santé et même de santé de la reproduction. Monsieur F, de la Division de la Santé de la reproduction, a souligné l'ambiguïté de la situation : bien que l'infertilité soit prise en charge médicalement dans les postes de santé et les cabinets médicaux depuis les années 80, l'AMP reste le « *ventre mou du système* » car elle n'est possible que dans les structures de soins privées. Le manque d'encadrement éthique de l'assistance à la procréation préoccupe la Division de la santé de la reproduction. Selon monsieur F. un centre d'AMP devrait être installé au CHU de Dakar. Cependant le manque de moyens techniques et de financement ne permettent pas de mettre en place un tel projet à l'heure actuelle. Il semblerait que le manque de financement ne soit pas le seul obstacle. B. Ferry (1978) insistait déjà sur le désintéressement autour de l'infertilité :

Les quelques initiatives prises pour l'introduction progressive de la régulation des naissances dans le cadre des services de protection maternelle et infantile restent timides et n'insistent de toute façon pas assez sur l'épanouissement du couple et l'équilibre que celui-ci doit chercher. La lutte contre l'infertilité, problème majeur en Afrique, est trop souvent absente de ces préoccupations (p.115).

Selon l'anthropologue de la santé T. Ndoye¹³⁹, l'infertilité n'est pas considérée comme un problème de santé publique au Sénégal parce que peu de personnes sont statistiquement concernées

¹³⁹ Entretien du 05 mai 2011, Dakar.

par ce phénomène. De même, il explique qu'il existe un décalage entre la politique et les préoccupations sociales et « *il faut attendre qu'un problème soit saillant pour que l'État décide de le traiter* ». Monsieur T. pointe les mêmes faiblesses de l'État sénégalais :

L'État attend souvent les dérives pour intervenir. Aujourd'hui, s'il y a un problème dans ce secteur, il n'y a aucune possibilité pour faire une enquête. Alors que, par exemple, les médicaments sont beaucoup contrôlés. Ça devrait être la même chose au niveau de l'AMP que pour les médicaments (*Monsieur T., coordonnateur en santé reproductive au sein d'un hôpital*).

La politique de prévention au Sénégal est axée sur la contraception, l'espace des naissances et la santé materno-juvénile. Selon Faye, l'État accentue l'opposition entre les femmes fécondes et les femmes stériles :

Au niveau de la politique nationale, il n'y a rien. Toute la politique est orientée vers les femmes qui peuvent avoir des enfants. Rien n'est dit au plan politique ; ils prolongent une mise à l'écart de celles qui ne peuvent pas avoir d'enfant. L'État ne fait rien pour ces femmes. Alors elles courent de gauche à droite ; celles qui ont de l'argent vont voir les guérisseurs. Elles y croient, c'est un besoin social, une question d'identité : être femme, c'est être capable d'avoir un enfant (*Faye, anthropologue de la santé*).

Monsieur T. appuie également cette idée :

Dans le contexte du Sénégal, avoir un enfant est considéré comme un luxe. Et les techniques coûtent très cher ; c'est du luxe ! [...] C'est vrai que l'infertilité est stigmatisante ; les femmes dépensent beaucoup d'argent dans la médecine classique, mais aussi traditionnelle (*Monsieur T., coordonnateur en santé reproductive au sein d'un hôpital*).

Selon lui, l'État pourrait investir dans le secteur des nouvelles technologies de reproduction, mais il faudrait d'abord lui en démontrer l'intérêt. Ensuite l'État chercherait des partenaires privés avec l'étranger pour l'aider à financer ces projets. Dans un contexte de coopération, l'État pourrait aider une ou deux structures sur les projets d'assistance médicale à la procréation avec des mesures d'accompagnement telles que des mutuelles. Cependant, il explique que les faibles taux de réussites de ces nouvelles technologies de reproduction constituent aussi un frein pour son développement. Selon lui : « *C'est une question de priorités qui fait qu'on n'en parle pas. Il faut de la communication au niveau des décideurs et de la communauté* ».

C - Les inégalités face à l'AMP

Privilège des pays occidentaux

L'assistance médicale à la procréation crée des inégalités comme en témoignent les commentaires de certains chercheurs : “[...] in the Western world, access to ARTs reflects pronounced class - and race - based inequalities.” (Inhorn, 2009, p. 173). M. C. Inhorn dénonce le

fait que l'assistance médicale à la procréation soit plus accessible aux élites alors que les couples infertiles pauvres représentent ceux qui sont majoritairement soumis aux risques d'infertilité. De même, l'assistance médicale à la procréation est essentiellement utilisée par les populations des pays développés. E. De La Rochebrochard (2009) analyse la difficulté de l'implantation de l'assistance médicale à la procréation dans les pays du Sud :

Dans le contexte des pays du Sud, la question de l'AMP peut paraître incongrue tant du point de vue économique et culturel qu'en termes de santé publique et de gestion des ressources médicales. Économiquement, la lourdeur financière des techniques d'AMP apparaît comme une barrière à leur diffusion (d'autant que les taux de succès restent limités : 15-20 % de naissances par ponction). Culturellement, l'influence des religieux constitue un frein moral à la diffusion de ces techniques médicales. Sous l'angle de la gestion des ressources médicales, l'existence d'une offre réduite conduit à des politiques de santé publique donnant la priorité aux pathologies mortelles telles que la tuberculose, la malaria ou le VIH/Sida. Par ailleurs, dans des pays où l'on observe un fort niveau d'infécondité lié à des problèmes infectieux, les actions en santé reproductive visent en premier lieu à mettre en place des actions de prévention pour prévenir les IST et les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions sanitaires. Malgré tout, sous l'égide de l'OMS, les spécialistes mondiaux de l'AMP s'interrogent désormais sur la manière de diffuser les techniques d'AMP dans les pays du Sud. Des demandes en ce sens émanent également des pays du Sud qui doivent gérer l'ouverture, dans leurs pays, de centres privés d'AMP (p. 285).

Ainsi, comme l'écrit E. De La Rochebrochard, les politiques sanitaires préfèrent privilégier la prévention de certaines maladies comme la malaria, la tuberculose et le VIH au développement de l'assistance médicale à la procréation qui est très coûteuse.

Inégalités locales de l'AMP au Sénégal

Au Sénégal, beaucoup de patients infertiles n'ont pas recours aux nouvelles technologies de reproduction car ce sont des techniques très coûteuses. Seuls les couples aisés peuvent y avoir accès. Selon la gynécologue M., trois personnes sur dix qui nécessitent une assistance médicale à la procréation feront l'intervention, alors que les autres abandonneront à cause du prix élevé. Pour les gynécologues, le frein à cette pratique est son coût, soit 2 millions de FCFA¹⁴⁰ pour une tentative d'AMP. Souvent les couples ou les personnes interrogées mettent en avant la cherté des protocoles d'assistance médicale à la procréation et en particulier le prix élevé des médicaments. Selon monsieur G., le Sénégal est un pays où il est difficile de pratiquer l'AMP à cause des frais médicaux. Il explique que l'AMP n'est pas subventionnée par l'État, ni pris en compte par l'assurance maladie, et donc pour lui : « *C'est sélectif vu le coût. Toute une partie de la population est laissée en rade qui voudrait pourtant bénéficier de cela* ». Si la FIV avait été possible dans son cas, il aurait tenté avec son épouse l'expérience, même s'ils avaient dû utiliser toute leur épargne. D'autres personnes se déclarent prêtes à faire des efforts financiers comme en témoigne cet extrait

¹⁴⁰ Environ 3000 euros.

faisant suite à une enquête menée par des gynécologues de Dakar sur la possibilité de diffusion des nouvelles technologies de reproduction au Sénégal :

Après avoir pris connaissance des résultats des différentes méthodes d'AMP, 88 % des patientes se disent prêtes à investir dans ces méthodes [...] alors que 9,6 % ne sont pas prêtes. [...] 87,5 % des patientes accepteraient d'avoir recours à des cliniques privées ou de se rendre à l'étranger pour bénéficier de ces techniques modernes. Par contre face à l'importante question financière, 75,1 % estiment qu'elles seraient incapables de mobiliser les ressources nécessaires et 24,9 % seraient en mesure de mobiliser les ressources nécessaires dont 24,4 % avec des ressources personnelles (Moreira *et al.*, 2008, p. 52).

Selon monsieur T., coordonnateur en santé reproductive au sein d'un hôpital, l'inégalité des personnes face à l'assistance médicale à la procréation constitue un problème majeur dont l'État devrait s'occuper : « *Un autre problème éthique, c'est que l'assistance médicale à la procréation n'est accessible qu'à une classe d'individus aisés. Il n'y a donc pas d'équité* ». P. L. A. Dieng (2005) suit ce même raisonnement :

Ainsi, l'offre n'est pas publique, elle est secrète, elle est coûteuse et discriminatoire (portefeuille des groupes d'intérêts aisés). De plus, la PMA ne fait pas encore l'objet des préoccupations de planification sanitaire. Cette absence de faisabilité politique, légale et organisationnelle fait qu'elle repose exclusivement sur des considérations de coût-bénéfice, coût-efficacité et coût-utilité exprimées en unités monétaires et en effets qualitatifs (qualité). Les facteurs quantité et social sont ignorés. Quant à la demande, sa faiblesse résulte du manque d'information, du coût et des appréhensions socio-religieuses (Titre I, Chap. II, Section I, *Les contrastes relevés par la bioéthique*, para. 2, 4°).

L'assistance médicale à la procréation à Dakar n'étant pas reconnue, elle n'est pas subventionnée par l'État. De même, elle n'est souvent pas prise en compte par l'assurance maladie, sauf dans certains cas comme l'explique madame H. :

Les FIV sont à 4000 euros. Avec les assurances maladie, une partie peut être prise en charge. Dans ces 4000 euros, environ 1500 euros sont pour les médicaments. Le reste des frais concerne les analyses, les honoraires du gynécologue et les frais de clinique (*Madame H., 34 ans, Ivoirienne, Musulmane*).

Par exemple, madame et monsieur V. ont bénéficié par l'Institut Prévoyance Maladie d'une prise en charge des soins et des médicaments à hauteur de 85 %. Ce remboursement est pour eux équivalent aux frais engagés pour trois IAC et une FIV. Pour illustrer la difficulté des couples dans le financement des nouvelles technologies de reproduction et la répartition du financement autour de l'assistance médicale à la procréation, prenons l'exemple de madame P.

Madame P.

Madame P., Sénégalaise catholique âgée de trente-neuf ans, secrétaire de direction, et son mari, Sénégalais catholique âgé de quarante-huit ans, technicien supérieur, se marient en 2001.

Après leur mariage, madame P. fait trois fausses couches successives. Sa tante lui conseille de rencontrer le gynécologue A. En 2006, madame P. rencontre pour la première fois le gynécologue A. Elle le consulte régulièrement puis à partir de 2010 ne le consulte qu'une seule fois par an. En 2007, le docteur A. fait passer des examens au couple qui révèlent une oligospermie. Il leur explique qu'ils ont très peu de chances de concevoir naturellement et leur propose de tenter une FIV. Le couple ne connaissait pas les nouvelles technologies de reproduction avant de rencontrer le docteur A. Le couple accepte le protocole de la FIV qu'il réalise à la clinique B. en 2008. Au bout de deux semaines, madame P. fait une fausse couche. Le gynécologue A. et les autres médecins ne comprennent pas les raisons de cette fausse-couche.

Pour cette tentative de FIV, madame P. a contracté un prêt bancaire sur trois ans qui s'est interrompu en décembre 2010. Comme il est difficile d'avoir deux prêts en même temps, elle n'a pas pu retenter une nouvelle fois. Elle a financé seule tout le protocole, car son mari remboursait le prêt de leur maison. Malgré cela, ils avaient le désir d'essayer une autre fécondation.

Leurs deux familles et certains de leurs amis sont au courant de leur problème d'infertilité. Ils l'ont deviné que madame P. était enceinte et ont compris qu'elle avait fait des fausses couches. Leur entourage leur dit de ne pas se décourager et d'aller consulter les guérisseurs, mais eux préfèrent s'orienter vers la médecine moderne.

À travers cet exemple on perçoit bien la difficulté de certaines personnes appartenant à la classe moyenne à emprunter pour faire une tentative d'AMP. Si celle-ci échoue, il leur sera difficile de retenter une seconde tentative. Ici, le couple ne bénéficie d'aucune mutuelle par leur travail comme c'est le cas pour d'autres couples (par exemple monsieur et madame V.).

Selon F. Le Marcis (2014), l'AMP opère un tri parmi les patients. Dans le contexte sud africain, la première forme de tri dans l'AMP se fait au niveau des ressources financières des patients. Les couples pauvres, qui ont en principe accès à certains hôpitaux qui pratiquent l'AMP, ne parviennent pourtant pas à franchir le stade de la première consultation. Dès l'accueil, on se charge de leur faire comprendre qu'ils ne pourront prendre en charge certains examens médicaux très coûteux. L'auteur précise que certains couples sont d'emblée refusés, sans que le médecin n'évalue leur désir d'enfant : ceux qui n'ont pas de salaire, ceux qui n'ont pas des revenus

réguliers, ou lorsque le couple n'est pas ensemble depuis assez longtemps. Les traces de l'apartheid restent aussi visibles dans le secteur de la santé puisque la majorité des femmes noires et pauvres se trouve exclue des parcours d'AMP.

D. Bonnet et V. Duchesne (2014) expliquent que dans le contexte migratoire, les couples africains sont prêts à beaucoup de dépenses pour pratiquer l'AMP. Les femmes sont même prêtes à perdre une partie de leur capital (vente de terrains, vente de leur voiture, etc.) pour investir cet argent dans les tentatives d'AMP. Elles subissent un déclassement social, qu'elles acceptent dans le but de procréer.

Ainsi l'AMP crée des inégalités Nord-Sud du fait d'un mauvais développement de ces techniques dans les pays du Sud, où les populations sont pourtant majoritairement touchées par l'infertilité. Dans les pays où l'État ne propose pas d'aides pour les couples infertiles, un tri s'effectue automatiquement et par les ressources financières et la classe sociale du couple demandeur.

La solution de l'AMP à l'hôpital

Pour le moment, l'assistance médicale à la procréation ne se pratique dans aucun hôpital public de Dakar et du Sénégal. A l'hôpital, des traitements classiques de l'infertilité comme des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des progestatifs sont dispensés aux couples infertiles (Moreira *et al.*, 2008). Par exemple, l'urologue N. explique qu'à l'hôpital, il prescrit des traitements médicaux hormonaux dans les cas d'oligospermies sévères et d'azoospermie, il opère les varicocèles, et donne des traitements médicamenteux pour les causes endocriniennes. Le gynécologue C., quant à lui, estime que peu de demandes sont satisfaites à l'hôpital public. Selon le gynécologue R., « *l'hôpital ne fait pas grand-chose pour les patients !* ». D'autres gynécologues partagent cet avis :

Le fort taux d'abandon relevé dans notre étude (47,1 %) s'explique non seulement par l'inaccessibilité financière des examens biologiques et des traitements mais aussi par le découragement des couples face au manque de résultats obtenus avec les traitements classiques (Moreira *et al.*, 2008, p. 53).

Ainsi l'hôpital public ne semble pas à l'heure actuelle permettre une bonne prise en charge de l'infertilité. Pour répondre aux demandes des couples dans leur désir d'enfant, certains gynécologues tentent de rendre l'assistance médicale à la procréation accessible au plus grand nombre. Un projet de création d'un service d'AMP à l'hôpital universitaire Aristide Le Dantec est actuellement en discussion. La réalisation de ce projet permettrait d'après le gynécologue C. une diminution des frais de l'assistance médicale à la procréation par deux. Il affirme que la tentative de fécondation *in vitro* coûterait 1,2 million de Francs CFA¹⁴¹ à l'hôpital public et moins d'un million de Francs CFA¹⁴² si le laboratoire était intégré à l'hôpital, alors qu'elle coûte actuellement 2

¹⁴¹ Environ 1800 euros.

¹⁴² Environ 1500 euros.

millions de Francs CFA¹⁴³ dans le secteur privé. Ce sont en particulier les hormones pour stimulation ovarienne qui coûtent cher car elles sont importées. L'objectif de ce projet est de diminuer tous les coûts en dehors des médicaments. Le gynécologue D., de son côté, a le projet d'ouvrir un centre d'assistance médicale à la procréation et de faire un partenariat avec un laboratoire privé pour faire baisser les coûts. Son objectif est de faire bénéficier les femmes démunies qui fréquentent les hôpitaux publics de ces techniques de pointe. Certains gynécologues veulent élargir l'offre en matière d'assistance médicale à la procréation au Sénégal pour permettre à un plus grand nombre de couples d'en bénéficier.

D'après P. Moreira *et al.* (2008), l'assistance médicale à la procréation constituerait une solution efficace à l'infertilité au Sénégal : « Au total 313 couples (soit 18,21 %) sur les 1718 ayant consulté pour infertilité pourraient concevoir et avoir un enfant vivant par le biais de l'assistance médicale à la procréation contre actuellement les 65 couples ayant eu une grossesse avec traitement classique (soit 3,8 %). » (p. 52). Selon eux, les indications d'assistance médicale à la procréation concerneraient 98,8 % de leurs patientes. Ainsi la solution viendrait de la création d'un centre d'assistance médicale à la procréation à l'hôpital public au Sénégal :

Il appartient dès lors aux pouvoirs publics, avec l'appui des professionnels de santé et des partenaires au développement, d'organiser la mise en place d'une unité d'AMP au centre hospitalier Universitaire afin qu'un grand nombre de couples infertiles puissent enfin avoir accès aux techniques modernes et efficaces de procréation et ne soient plus confinés aux traitements classiques qui ont montré leurs limites (p. 54).

Pour diminuer le coût, il serait nécessaire de simplifier les procédures d'assistance médicale à la procréation pour les rendre accessibles à une plus large portion de la population (Ombelet, 2009). Une technique de FIV simplifiée a été mise en circulation et permet, dans les pays africains, de démocratiser cette pratique¹⁴⁴. Certains médecins de Dakar pensent que le Sénégal va indéniablement vers l'utilisation des nouvelles technologies de reproduction :

Dans les pays développés, et nous on va arriver à ça, on ne passe plus par des traitements médicamenteux, mais on passe directement à la FIV et à l'ICSI. Les résultats sont meilleurs que pour les traitements. Par contre, quand la cause est bien connue, il faut traiter la cause. Mais quand la cause n'est pas connue, il faut recourir à l'AMP (*Docteur N., urologue*).

Les urologues partagent le point de vue des gynécologues de Dakar pour dire que l'AMP est une solution plus efficace à l'infertilité que les traitements donnés à l'hôpital.

¹⁴³ Environ 4500 euros.

¹⁴⁴ Nathalie Dhont, « The Walking Egg : une méthode simplifiée de FIV dans les pays en voie de développement », communication orale, Colloque international « Technologies de la procréation et mondialisation. Dispositifs, savoirs, expériences en Afrique sub-saharienne », Université Paris Descartes, 12 et 13 décembre 2013.

Concernant le désir de la population sénégalaise, des médecins ont mené une enquête auprès de leurs patientes, lesquelles déclarent qu'elles sont favorables à 87,5 % aux techniques d'assistance médicale à la procréation (Moreira *et al.*, 2008). Celles qui ne souhaitent pas bénéficier d'une des méthodes d'assistance médicale à la procréation avancent ce choix par rapport aux interdits religieux de l'islam et par rapport à des considérations éthiques notamment le don de gamètes. Ainsi l'assistance médicale à la procréation constitue une solution à l'infertilité au Sénégal¹⁴⁵.

Partir faire l'AMP à l'étranger

Certains couples sénégalais n'ont pas le privilège de faire l'AMP au Sénégal et partent à l'étranger pour recourir à l'AMP. La gynécologue M. explique qu'il y a une demande des couples sénégalais d'être soignés dans leur pays, mais quand cela n'est pas possible, comme dans les cas d'assistance médicale à la procréation avec don ou les cas difficiles à traiter au Sénégal, ils partent le faire à l'étranger (souvent en Espagne ou en France). Les coûts de l'assistance médicale à la procréation au Sénégal équivalent à peu près à ceux de la France. La docteure M. précise que l'avantage de faire cette pratique au Sénégal est que l'activité professionnelle des patients est préservée, contrairement à un départ pour la France. Les prises de sang et les échographies se font tôt le matin ou après le travail et l'absentéisme sera au maximum d'un ou de deux jours pour la ponction des ovocytes et pour le transfert des embryons. De plus, le couple n'a pas de frais d'hébergement à prévoir. La pratique revient moins chère au Sénégal, ce qui incite les couples sénégalais à choisir de rester dans leur pays pour pratiquer l'assistance médicale à la procréation. Madame A. et son mari devaient aller faire une fécondation *in vitro* en Espagne, mais ils ont trouvé les coûts exorbitants. Si l'assistance médicale à la procréation n'avait pas été possible à Dakar, ils seraient allés en France. Cependant, selon leurs estimations, une fécondation *in vitro* en France coûterait 7000 euros¹⁴⁶ sans compter le voyage et les frais annexes. Pour prendre conscience de la difficulté d'un séjour à l'étranger dans le contexte d'une assistance médicale à la procréation, prenons l'exemple de madame C.

Madame C.

Madame C., Sénégalaise catholique âgée de trente-sept ans, agent de services commerciaux, et son époux, Sénégalais musulman âgé de quarante ans, informaticien, se marient en 2005.

Peu de temps après son mariage, madame C. consulte un premier gynécologue qui lui prescrit une pilule contraceptive. Au bout de trois mois, elle décide

¹⁴⁵ De notre côté, bien que l'échantillon de notre enquête ne puisse pas être représentatif, deux couples sur onze ont eu un bébé et une femme était enceinte suite aux démarches d'assistance médicale à la procréation faites à Dakar.

¹⁴⁶ Environ 4585000 Francs CFA.

d'arrêter sa contraception avec le projet d'avoir un enfant. Elle rencontre un gynécologue à la clinique B. pendant une année pour un monitoring et des traitements hormonaux. Insatisfaite de ne pas avoir d'enfant, elle parle de son inquiétude à un ami qui lui conseille la gynécologue M. qu'elle consulte en 2007.

Lors du premier examen, la docteure M. lui fait une hystérosonographie et détecte des fibromes. Elle lui prescrit un traitement qui n'a aucun effet. La gynécologue M. lui conseille d'enlever ses fibromes et madame C. se fait opérer. Quelques mois après, la gynécologue découvre un kyste qui grossit de manière anormale. Six mois après la première opération, elle lui enlève ce kyste dû à l'endométriome. Après ces deux opérations faites en un an, la gynécologue constate que la situation d'infertilité n'évolue pas.

Madame C. voyage beaucoup dans le cadre de son travail et la gynécologue M. préfère la mettre en rapport avec une gynécologue française qui travaille en cabinet privé. La gynécologue M. explique à sa patiente qu'elle peut tenter une FIV, mais que les chances sont plus faibles au Sénégal qu'en France car l'endométriome est un cas très rare. Madame C. trouve louable l'attitude de la docteure M. qui a reconnu ses limites pour pratiquer une FIV.

En novembre 2010, madame C. passe des examens en France. La gynécologue française lui propose immédiatement la FIV comme seule solution. Madame C. prend rendez-vous pour la FIV en février 2011. À partir de février le protocole se fait à distance avec la gynécologue française qui envoie des fax pour les ordonnances et pour indiquer le type d'injections à faire, jusqu'à la dernière semaine du protocole.

Un mois plus tard, la ponction des ovocytes et le transfert des embryons sont programmés en France. Madame C. arrive à Paris un dimanche et appelle la gynécologue pour savoir où faire son injection. Celle-ci ne lui indique aucun lieu où la faire. Madame C. déambule alors dans les rues parisiennes pendant deux heures à la recherche d'un centre de soins pour faire cette injection. Deux jours après la FIV, elle rencontre la gynécologue pour le transfert des embryons. La tentative de FIV échoue.

Entre la FIV et le test de grossesse, madame C. a des douleurs dont la gynécologue ne l'avait pas informé. Inquiète elle consulte internet et y trouve des informations à ce sujet. Quelques jours après la FIV, la gynécologue française reçoit les résultats du test de grossesse le même jour que madame C., mais ne la contacte pas. Madame C. rappelle alors l'assistante pour connaître la suite des démarches.

Pour sa première FIV, madame C. voulait être encadrée, alors qu'elle s'est sentie sans interlocuteur. Si le test de grossesse avait été positif, elle n'aurait pas continué avec cette gynécologue française pour le suivi de sa grossesse. Elle va

revoir la docteure M. pour faire le bilan de cette tentative. Selon elle, la gynécologue M. a trop tardé avant de l'envoyer faire une FIV en France. À présent, elle se sent stressée et angoissée car elle avait mis toute sa confiance dans cette FIV : *« J'ai vécu un stress incroyable que je ne voudrai pas revivre »*.

Elle n'a pas aimé le protocole en France et ne conseillerait pas la gynécologue française à son entourage. Elle donne son point de vue sur son séjour thérapeutique en France : *« Ce n'est pas convivial, ce n'est pas humain. On vient chercher une attention, de la considération, une positivité. Et là ce n'est pas ce qu'on trouve... Avec le médecin on ne se parle que par téléphone et le plus souvent ce n'est pas au médecin lui-même, mais à son assistante »*. Elle n'a parlé qu'une seule fois au médecin par téléphone et c'est l'assistante du médecin qui était son interlocutrice. Selon elle, le médecin doit faire l'effort de s'adapter à sa clientèle, surtout dans le privé, car elle estime que les coûts élevés doivent impliquer une bonne prise en charge à tous les niveaux : *« Je paie beaucoup d'argent et je ne sais pas si ça va marcher. On n'a même pas le droit à de la considération alors que c'est cher »*.

Ici, nous comprenons la difficulté de partir à l'étranger pour faire une AMP. Dans le cas ci-dessus, avant la tentative, les rapports avec la gynécologue sont distants et froids, parfois même inexistant car madame C. échange plus par téléphone avec l'assistante qu'avec la gynécologue elle-même. Une fois à Paris, madame C. se sent perdue et sans interlocuteur ; elle n'a plus ses repères habituels. Après la tentative de FIV, le contact avec la gynécologue est toujours aussi impersonnel. Alors que les rapports patient/gynécologue au Sénégal sont personnalisés comme nous allons le comprendre, les rapports avec le gynécologue d'un pays étranger sont beaucoup plus impersonnels. Nous comprendrons par la suite que l'aspect relationnel entre les patients et leur gynécologue joue une place très importante dans le parcours d'AMP.

D - L'oubli de la souffrance des couples infertiles

L'oubli du bien-être conjugal

À la différence des politiciens sénégalais, les médecins perçoivent bien, quant à eux, la nécessité d'avoir des politiques sur l'infertilité. Selon l'urologue S., l'infertilité est un sujet qui pose un réel problème de santé publique car en Afrique la réussite conjugale est appréciée par le nombre d'enfants mis au monde. Selon lui : *« un couple sans enfant, c'est un couple voué à l'échec à causes des pressions des familles »*. Le gynécologue D. démontre que les sociétés africaines sont organisées autour d'un indice élevé de fécondité, et l'absence d'enfants dans une famille est toujours vécue comme une anomalie ; ainsi d'après lui, *« une femme qui n'a pas d'enfant c'est une infirmité pour elle »*. La docteure H. considère que rien n'est cependant mis en place pour pallier le problème de l'infertilité :

Ils ne mettent aucun moyen dans ce secteur. Aujourd'hui, certains centres existent, mais ils ne s'occupent que de l'infertilité féminine et ce sont des sages-femmes qui s'en occupent. Il n'y a pas de gynécologues dans ces centres. La classe populaire va chez les sages-femmes car la consultation est à 1000 Francs CFA contre 5000 Francs CFA pour un gynécologue. Les sages-femmes peuvent intervenir sur un problème de règles, les IST, mais n'ont pas toutes les qualifications pour régler des problèmes d'infertilité. Le problème est qu'il y a seulement un ou deux gynécologues dans les régions. Dans les villages et régions, les sages-femmes deviennent alors toutes puissantes. Dans les campagnes, il y a un grand déficit en personnel de santé. Donc à cause de ça il est important que l'information soit transmise par les médias et puisse toucher aussi les campagnes. L'État n'a rien fait et on n'attend pas grand-chose de lui (*Docteur H., sexologue-andrologue*).

Effectivement le Sénégal souffre d'un problème de manque de personnel médical. La couverture atteinte en 2007 en personnel médical est d'un médecin pour 11000 habitants, y compris en secteur privé, d'un infirmier pour 4200 habitants et d'une sage-femme pour 4000 femmes en âge de reproduction (Ministère de la santé et de la prévention, 2009). De plus, ce personnel est concentré à 43 % sur la région de Dakar (OMS, 2009). La docteure H. pointe un autre fait important, celui que les sages-femmes fassent le travail des gynécologues, bien qu'elles ne soient pas qualifiées pour le faire. De même, elle indique la faible croyance qu'ont les médecins dans le gouvernement de leur pays.

Pour le gynécologue R., les politiques sanitaires sur l'infertilité sont inexistantes. C'est d'ailleurs le point de vue de l'ensemble des gynécologues rencontrés dans le cadre des enquêtes de terrain. Selon le gynécologue C. : « *Les initiatives sur l'assistance médicale à la procréation sont individuelles et non politiques. Il n'y a pas de stratégie nationale sur l'assistance médicale à la procréation* ». Certains pensent que c'est une stratégie de la part des acteurs politiques de la santé de la reproduction pour ne pas avoir à prendre en charge les frais liés au traitement de l'infertilité. D'autres sont moins pessimistes, comme le gynécologue V. pour qui les politiques sur l'assistance médicale à la procréation vont évoluer : « *Je suis sûr que ça va venir. Les gens ne savaient pas qu'on pouvait faire ça ici. Cela ne bouge pas encore, mais ça va arriver. Peut-être d'ici une dizaine d'années* ».

Les médecins espèrent une évolution de la prise en charge de l'infertilité. Selon la sexologue-andrologue H., les émissions télévisées et les journaux proposent quelques débats sur l'infertilité, mais ce n'est pas suffisant. Pour elle, une diffusion efficace autour de l'infertilité devrait impliquer les radios communautaires et les chercheurs pour changer les mentalités et lancer de nouveaux débats. De même, Internet pourrait également être mieux utilisé pour informer les couples et médiatiser les thématiques liées à l'infertilité. Selon S. Boye¹⁴⁷, on parle plus qu'avant de l'infertilité dans les débats télévisés : des tradipraticiens parlent de l'infertilité dans des émissions pour sensibiliser les hommes à l'infertilité masculine. Ainsi, il semble que les mentalités évoluent

¹⁴⁷ Entretien du 22 novembre 2011, Dakar.

doucement et que quelques débats font leur apparition sur ce sujet. Cela ne semble pourtant pas suffisant pour améliorer le quotidien des couples infertiles au Sénégal. D. Mehl (2008) montre le décalage existant dans tous les pays entre les avancées médicales et le débat social :

Si la médecine a, depuis le premier bébé né par fécondation in vitro, réalisé des pas gigantesques en permettant l'arrivée d'enfants inconcevables, la société semble en revanche quelque peu à la traîne. La stérilité demeure relativement taboue. Et les couples affectés le vivent mal. Se sentant incompris dans l'intensité de leur douleur et dans leur acharnement à procréer malgré tout, ils se replient sur eux. Stérilité rime souvent avec solitude (p. 54-55).

Ainsi les couples sont délaissés par l'État alors que les programmes de planification familiale au Sénégal portent le nom de « bien-être familial ». Ce décalage indique que les programmes étatiques ne parviennent nullement à atteindre cet objectif, et qu'ils occultent au contraire les soins nécessaires aux couples en situation d'infertilité, refusant de statuer sur l'AMP et de légitimer ces technologies.

Le point de vue des couples

Les couples infertiles souhaitent, de leur côté, une ouverture du débat social autour des sujets de l'infertilité et de l'AMP au Sénégal. Selon madame D., la télévision et les gynécologues doivent informer davantage sur ces sujets car la population manque d'instruction. Si la population était informée de l'existence de ces techniques de reproduction, elle pourrait mobiliser des moyens financiers pour recourir à l'AMP, même pour les personnes les plus modestes. Selon madame H., les médecins doivent faire plus de prévention auprès des femmes et les sensibiliser à ce domaine. Elle est néanmoins consciente que la Division de la santé de la reproduction sénégalaise doit traiter des sujets beaucoup plus urgents que l'infertilité à l'heure actuelle.

Selon certains couples, l'État doit agir et faire baisser les coûts de l'assistance médicale à la procréation. Par exemple monsieur G. pense que l'assistance médicale à la procréation :

C'est bien, c'est prospectif et ça fait avancer. Peut-être tous ces problèmes d'infertilité seront résolus par la science. Ici c'est cher, peut-être en Europe c'est plus ouvert. Peut-être qu'en Europe, il y a plus d'assistance et de meilleurs pourcentages de réussite. Le seul obstacle est du point de vue financier (*Monsieur G., Sénégalais, Musulman*).

Selon monsieur et madame E., l'État ou les assureurs doivent subventionner l'AMP pour permettre une diminution des coûts : « Ça devrait venir d'en haut ; des autorités, du ministère. Il faudrait sensibiliser les gens et les inviter à en parler ». Madame L. considère que les autorités étatiques doivent informer les populations : « C'est une lacune de l'État de ne pas s'occuper de l'infertilité. Ça serait au ministère de la Santé de mettre en place un volet sur l'infertilité et ça dans tout le Sénégal. Le ministère de la Santé doit s'en occuper de manière plus efficace ». Il faudrait ensuite, selon elle, faire plus de communication sous forme de publicités, de campagnes de prévention dans les villages car 40 % de la population est analphabète. Elle pense que les représentations sur l'infertilité peuvent évoluer au Sénégal, mais qu'il existe un poids important des

traditions et des coutumes. L'évolution peut aussi venir, d'après elle, de la diaspora sénégalaise d'ici quelques années.

D'autres personnes sont plus sceptiques quant à l'évolution de l'information autour de l'infertilité. Monsieur U. déclare : « *ça va toujours rester comme ça, parce que c'est le Sénégal !* ». Madame A. ne croit pas en l'évolution autour des représentations de l'infertilité : « *Je ne pense pas que ça évoluera car les esprits sont un peu tordus et je ne pense pas qu'ils puissent changer un jour* ». Selon elle, l'État peut sensibiliser les femmes et les hommes et aider les couples par rapport aux coûts de l'intervention. De même, l'État peut rendre possible l'assistance médicale à la procréation dans les hôpitaux, car selon elle, pour le moment, trop peu de médecins la pratiquent. Pour monsieur F., la fécondation *in vitro* devrait être vulgarisée au Sénégal et, selon lui, « *les Sénégalais devraient arrêter de mettre tout sur le compte des esprits* ». Madame V. pense aussi que le manque d'information amène des incompréhensions autour de l'AMP : « *Ici les gens sont mal renseignés sur ces méthodes. Ils ont entendu que c'est interdit par la religion, alors qu'au sein du couple ça n'est pas interdit* ». Ainsi on constate que les couples pensent que l'État doit intervenir en matière d'assistance médicale à la procréation. Ensuite, selon eux, les médias doivent informer la population sénégalaise sur ces sujets et les gynécologues doivent davantage en parler à leurs patientes. Certains pensent que la diffusion de l'information sur ces sujets peut faire évoluer les représentations de l'infertilité, alors que d'autres ne croient pas en cette évolution au Sénégal.

On comprend que l'infertilité ne doit pas être traitée comme une maladie, mais comme un sujet qui concerne le bien-être des couples, leur « santé reproductive ». Pourtant ce sujet est occulté par les politiciens, ainsi que celui de l'assistance médicale à la procréation. L'État semble se désintéresser de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation car statistiquement ce problème concerne peu de sénégalais, négligeant le « bien-être familial » qu'il proclame pourtant faire en matière de santé de la reproduction. Voyons à présent quels sont les dysfonctionnements en matière de santé en général et les lignes directrices en matière de santé de la reproduction.

II - LES DYSFONCTIONNEMENTS DU SYSTEME SANITAIRE AU SENEGAL

A - Les bailleurs de fonds et la santé au Sénégal

Au Sénégal, il semblerait que les politiques en matière de santé soient essentiellement orientées par des bailleurs de fonds étrangers. Selon T. N'Doye¹⁴⁸, la politique sanitaire sénégalaise est majoritairement influencée par des pays étrangers et il décrit les effets pervers qui en découlent : « *dès que les financements sont tournés vers un secteur, tout le monde se met dans la brèche* ». S.

¹⁴⁸ Entretien du 05 mai 2011, Dakar.

L. Faye¹⁴⁹ considère qu'au Sénégal, les maladies sont politisées et que les ressources sont disponibles du fait du partenariat. Les principales maladies traitées sont le paludisme, le sida et la tuberculose. Pourtant, selon A. Adjamagbo et P. Antoine (2002), le Sénégal est peu affecté par l'épidémie du sida qui ne concernerait que 1 à 2 % de l'ensemble de la population. D. Fassin (1990) explique que les représentations de la maladie sont liées aux conflits et aux rapports de pouvoir de la société. Les pratiques de la médecine se situent dans des changements profonds dont les déterminations sont très souvent extérieures. Le champ de la santé rejoint le champ du politique: « Car la santé s'affirme aussi de manière croissante comme un objet politique. Les questions qu'elle pose à la société sont de plus en plus traitées dans le champ politique » (Fassin, 1996, p. 302).

L'Organisation Mondiale de la Santé donne, elle aussi, des conseils en matière de santé que le Sénégal doit suivre. Ses objectifs en matière de santé de la reproduction sont la santé des femmes enceintes et la survie des jeunes enfants. Selon A. M. Kanté (2007), la mortalité maternelle représente un problème majeur de santé publique pour les pays en développement. Il explique que depuis 2003, 93 % des accouchements ont lieu à domicile contre 7 % dans une structure sanitaire. Les familles ne s'adressent aux structures sanitaires que lorsque l'accouchement présente des difficultés. L'auteur explique que les accouchements ne sont plus payants dans les structures de soins pour favoriser les accouchements à l'hôpital. La distance aux soins cependant n'est cependant pas forcément une question de kilomètres, mais plutôt une question de barrières sociales, d'inégalités.

Selon J.-P. Chauveau, M. Le Pape et J.-P. Olivier de Sardan (2001), le pouvoir étatique des pays africains est fondé sur plusieurs sources de légitimités : traditionnelles, néo-traditionnelles, patrimoniales, charismatiques, bureaucratiques, clientélistes, militantes et démocratiques. Ces auteurs présentent l'impact des politiques venant des pays du Nord, véhiculées par les bailleurs de fonds en Afrique subsaharienne. Ceux-ci interviennent directement dans les politiques publiques des pays et ils donnent des consignes sous contrainte financière. Selon les auteurs, cela « ajoute une strate supplémentaire de normes, de règles et d'institutions à la pluralité des normes préexistantes, sans les faire disparaître » (p. 149). Les gouvernements africains doivent répondre aux conditionnalités externes (en matière de gouvernance, de décentralisation, de démocratisation, de déréglementation) et gérer en même temps les conditions de reproduction de leur pouvoir et de leur autorité selon des normes politiques qui sont fort différentes. Les États africains ont souvent des normes « non officielles » et une faible capacité à produire des règles acceptées par tous, ainsi qu'à les faire respecter :

De nombreux espaces sociaux sont ainsi « abandonnés » : soit le système de normes officielles en est absent, soit il n'a aucune valeur, laissant ainsi la place non à l'anomie mais à d'autres systèmes de normes « de fait », plus ou moins concurrents, et toujours « informels », au sens qu'a habituellement ce terme. Une conséquence en est cette sorte de schizophrénie de beaucoup d'acteurs, qui naviguent entre d'un côté un système de règles officielles non appliquées ou non applicables, mais censés au moins être la

¹⁴⁹ Entretien du 22 mars 2011, Dakar.

référence dans les rapports avec l'extérieur et les « bailleurs » et, de l'autre côté, des règles « de fait », elles-mêmes diverses (p. 150).

Les normes officielles des États sont informelles et souvent soumises à une négociation, de plus, il existe une porosité de la sphère publique conduisant à un État « à plusieurs vitesses » (p. 151) composé d'un côté de l'État officiel mal équipé pratiquant le clientélisme et de l'autre, un État des cellules de ministère rattachées aux institutions mondialisées.

B. Losch (2001) explique que l'imposition de programmes d'ajustement structurel a impliqué une mise sous tutelle des États qui a affecté les fondements de leur politique et a entraîné un dépérissement des politiques publiques. La crise et l'endettement des pays en voie de développement ont influencé cette prise de contrôle des politiques publiques par les politiques internationales et les États africains ont peu à peu perdu de leur souveraineté.

Selon J.-P. Olivier de Sardan (2003), les problèmes liés au contexte institutionnel relèvent de trois niveaux : la situation de l'État, l'attitude des bailleurs de fonds et la faiblesse de la société civile. Il dénonce un dénuement des finances des États en Afrique de l'Ouest, un délabrement des administrations, une faible productivité des services publics et une généralisation de la corruption, associés à un clientélisme politique et familial. Il constate de plus une absence de politique nationale de santé cohérente en termes de moyens et de gestion. Selon lui, l'aide extérieure est impuissante car malgré les importantes sommes injectées, beaucoup d'argent est détourné. Il évoque de plus le laxisme des bailleurs de fonds qui s'accommodent souvent de documents officiels concernant des projets mis en place, en ne vérifiant pas la concrétisation sur place du projet. Ceux-ci envoient leurs fonds de manière déconnectée du terrain, ce qui contribue au gaspillage quotidien de l'argent et à son détournement. Selon Y. Jaffré et J.-P. Oliver de Sardan (2003), « les projets de développement sont élaborés en fonction d'un monde plus imaginé qu'analysé tel qu'il est » (p. 357).

Ainsi nous comprenons qu'au Sénégal en matière de santé il y a deux politiques : une politique étatique qui n'est pas matérialisée sur le terrain et une politique des bailleurs de fonds qui n'englobe pas l'ensemble des sujets sanitaires, ni l'ensemble de la population.

B - Inégalités dans les systèmes de soins

En plus d'une mauvaise gestion politique de l'argent en matière de santé, le système de soins au Sénégal est profondément inégalitaire. Selon P. Hugon (2007), les pays africains représentent 1 % des dépenses mondiales de santé et 2 % du personnel mondial de santé pour 12 % de la population mondiale. Deux tiers des pays africains consacrent moins de 10 % de leur budget à la santé.

Selon P. D. Diouf (1994), le Sénégal a investi dans des infrastructures lourdes comme les hôpitaux et les centres hospitaliers universitaires qui sont des structures modernes et sophistiquées entraînant des coûts récurrents. Ceci débouche sur un fonctionnement défectueux au bout de quelques années et une paralysie des services. Ces hôpitaux n'existent que dans les grandes villes, laissant toute la population rurale sans recours. Il précise que le personnel de santé est mal payé et

donc démotivé. Selon P. Hugon (2007), le système de santé en Afrique ne couvre qu'une partie de la population et il n'y a pas de sécurité sociale. Ainsi, il existe une très grande inégalité devant la maladie et la mort entre les classes sociales :

L'Afrique ne dispose pas d'un système de santé, public et privé, qui permette la prévention et le soin des maladies, même de manière minimale. Les cliniques privées sont réservées aux classes aisées. Dans beaucoup de pays, le système de santé est sinistré. La santé est un enjeu stratégique qui concerne les acteurs publics nationaux, le corps médical, les ONG, les firmes pharmaceutiques, l'aide internationale et les organisations internationales (OMS, Unicef, FNUAP, etc.) (p. 163).

Selon T. N'Doye¹⁵⁰, les cliniques sénégalaises possèdent de gros moyens financiers et sont proposées pour les cadres supérieurs. Il explique qu'elles fonctionnent comme des entreprises, mais se rabattent sur les hôpitaux publics en cas de problèmes majeurs avec un patient pour maintenir leur réputation intacte. Voici la description qu'il fait, par ailleurs, des hôpitaux publics : « *C'est le laisser-aller. Il n'y a pas de contrôle ; pas de procès judiciaires. Quand ça tourne mal on dit juste que c'est Dieu qui a décidé ainsi* ». Il explique que les infirmiers peuvent être appelés à faire des opérations qui incombent aux médecins sur ordres de ceux-ci et que les médecins, quant à eux, se prennent parfois pour des dieux.

Selon J.-P. Olivier de Sardan (2003) Dakar possède des services hospitaliers de pointe et des cliniques luxueuses, mais un mauvais fonctionnement quotidien du service public de la santé. Il existe un écart entre les normes officielles, la réalité des comportements des soignants et la « routine » des formations sanitaires. Ces dysfonctionnements du système de santé sont très importants et « sont quasiment devenus structurels dans le domaine du secteur urbain public de la santé » (p. 52). Pour lui, les décideurs en santé publique négligent ces dysfonctionnements et font comme s'ils n'existaient pas. De plus, les fautes professionnelles ne sont pas sanctionnées à cause des réseaux d'influence. Ce manque d'impunité entraîne l'absence d'un réel travail d'équipe et un sentiment de « chacun pour soi ».

Les personnes sans ressources sont en dehors de toute prise en charge médicale ; à l'opposé, le système clientéliste permet à ceux qui ont un réseau de se faire soigner plus facilement. J.-P. Olivier de Sardan (2003) explique que l'univers médical moderne est souvent ressenti comme traumatisant pour certains patients du fait de la non-considération dont ils sont victimes (arrogance du personnel soignant ou indifférence). L'accueil du patient n'y est pas du tout développé, ce qui incite certains malades à ne plus fréquenter ces lieux. S. L. Faye (2008) abonde dans ce sens ; pour lui, l'équité est absente dans les services de santé, lesquels sont régis par l'offre et la demande. Il explique que les réseaux d'interconnaissance permettent d'obtenir des passe-droits en milieu hospitalier.

¹⁵⁰ Entretien du 05 mai 2011, Dakar.

Selon J.-P. Chippaux, J.-Y. Le Hesran et A. Souares (2005), les populations sénégalaises ne recourent pas au système de soins, notamment à cause du coût des médicaments et de leur approvisionnement. Ils expliquent comment l'offre de soin à la population pourrait être améliorée :

Améliorer l'utilisation du système de santé nécessite donc une action intégrée, comportant non seulement la rénovation des infrastructures mais aussi la mise à disposition d'équipements performants et de personnel qualifié et la mise en œuvre d'une communication avec les usagers. Cependant, malgré toutes les améliorations effectuées en termes de qualité des structures de soins, les recours aux soins des familles restent limités par leurs capacités financières. La disponibilité des ressources allouées à la santé et la mise en place de mutuelles seraient des éléments intéressants à prendre en compte dans une perspective d'amélioration de l'utilisation des structures de soins (p. 150).

Enfin, des auteurs présentent les conditions désastreuses dans lesquelles sont parfois prodigués des soins aux malades. J.-M. et B. Rousseau (2005) décrivent les infrastructures communautaires des milieux ruraux sénégalais :

Ces infrastructures communautaires sont créées et gérées par les villageois avec le peu de moyens dont ils disposent. C'est là qu'exercent les agents de santé communautaires et les matrones. Mais les médicaments sont rares et le matériel médical fait cruellement défaut. Les soins sont prodigués dans des conditions plus que précaires par un personnel peu ou pas qualifié, formé en quelques mois. Avec des notions d'hygiène très relatives. Et même dans des dispensaires pourtant tenus par des infirmiers, les postes de soins que nous avons visité étaient, outre vétustes, globalement sales. Evier et tables d'examen crasseux, plateau d'instruments fréquenté par de nombreuses mouches, absence d'asepsie dans les soins, manque de matériel stérile..., le risque infectieux est patent. Négligence, formation insuffisante, équipes aux compétences réduites, tout concourt à rendre la prise en charge des patients aléatoire [...] Ajoutons à cet état de faits le fatalisme, l'ignorance, la pauvreté des populations qui font que beaucoup de malades viennent en dernier recours au dispensaire, souvent dans des états alarmants (Sect. *De dispensaires en cases de santé*, para. 1).

Le système de santé sénégalais semble inefficace. La politique sanitaire s'oriente en fonction de fonds monétaires débloqués par les bailleurs et de leurs priorités pour le Sénégal ; l'État sénégalais, quant à lui, n'investit que peu d'argent dans ce secteur. Ce système est, de plus, profondément inégalitaire et rebute tout une partie de la population qui ne se sent pas intégrée au sein des hôpitaux publics.

III - LES TENSIONS POLITIQUES EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Après avoir présenté la situation sanitaire au Sénégal, nous allons à présent découvrir les tensions en matière de santé de la reproduction dans ce pays et comprendre pourquoi l'infertilité ne tient aucune place dans ces politiques.

Selon l'anthropologue D. Bonnet et la démographe A. Guillaume (1999), la notion de « santé de la reproduction » fait apparaître la nécessité d'une équité entre hommes et femmes au niveau de la gestion de leur sexualité et de leur fécondité. La femme n'est plus uniquement considérée dans son rôle maternel. Selon T. Locoh et C. Vandermeersch, la Conférence du Caire¹⁵¹ a adopté un ton nouveau sur les principes d'égalité entre hommes et femmes. La notion d'*empowerment* des femmes¹⁵² a constitué la pierre angulaire de l'argumentation. La notion de droits reproductifs fut mise en avant et il fut clairement déclaré que l'égalité des droits des hommes et des femmes constituait un objectif en soi et non pas seulement un des moyens d'assurer la baisse de la fécondité (Locoh et Vandermeersch, 2006). T. Locoh (1994) explique que derrière ces nouveaux modes de gestion de la fécondité proposés par les programmes de planification familiale se trouve la question du statut des femmes qui serait amené à évoluer. Elle précise que si les femmes d'Afrique jouissent d'une relative économie financière et travaillent, elles sont totalement dépendantes sur un plan socio-jurique et culturel. Selon elle, les politiques de fécondité ne peuvent évoluer sans l'amélioration du secteur de la santé et de l'éducation féminine et doivent « s'inscrire dans des politiques de « changement social » » (p. 289).

A. Adjamagbo et P. Antoine (2002) analysent la mise en place des programmes de santé de reproduction au Sénégal. En 1996, un programme national de santé de la reproduction a été placé dans les cinq priorités du Plan national de développement sanitaire et social 1998-2007. Au départ, le contexte économique et social difficile qu'a connu le Sénégal a perturbé la mise en place des programmes de population car le pays avait une économie faible, une croissance démographique forte et l'État ne débloquent que peu d'argent public pour ces programmes. Le désengagement de l'État dans ces programmes de population a eu pour effet des initiatives prises par des bailleurs de

¹⁵¹ La Conférence Internationale sur la Population et le Développement a fait suite au Sommet de la terre de Rio, dans le but de consolider les principes du développement durable. La fin de la conférence a été marquée par un consensus signé par 179 pays, pour la promotion d'un Programme d'action étalée sur 20 ans. Les trois principaux objectifs visés au cours de cette période sont : la réduction de la mortalité infantile et maternelle, l'accessibilité universelle à l'éducation (particulièrement pour les filles) et l'accessibilité universelle aux soins en matière de santé reproductive avant 2015.

¹⁵² L'*empowerment* est le processus par lequel des personnes, des organisations et des communautés peuvent acquérir la maîtrise des événements qui les concernent. Ce concept est né au début du XX^{ème} siècle aux États-Unis dans un contexte de lutte. Conçu alors comme gain de pouvoir face à un groupe dominant, l'*empowerment* est un concept peu à peu utilisé dans une vision plus large et plus floue, proche de celle de la participation. Dans les institutions internationales, l'*empowerment* peut être utilisé dans une vision néolibérale. L'idée est désormais au cœur des politiques de lutte contre la pauvreté et de développement, notamment dans le cadre de politiques urbaines, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Empowerment>

fonds internationaux comme le FNUAP, la Banque Mondiale, USAID, l'Unicef, l'OMS. À partir de ces initiatives, des actions concrètes ont été menées dans les secteurs de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale. En 1991, le gouvernement sénégalais a créé le Programme national de planification familiale, mais les services de planification familiale sont concentrés à Dakar et d'autres problèmes ont vu le jour comme le manque de formation du personnel, le manque de matériel, un manque d'informations aux utilisateurs et les disparités des prix des contraceptifs.

A - La planification familiale en Afrique subsaharienne et au Sénégal

Les politiques de population et l'enjeu démographique

T. Locoh et C. Vandermeersch (2006) analysent la mise en place de la santé de la reproduction à partir de 1960 dans les pays en développement à travers les programmes de planification familiale. Dès les années 1960, la conjonction de la découverte de méthodes contraceptives et l'attention particulière de la communauté internationale a incité certains pays du Tiers-Monde à concevoir ou à appuyer des programmes d'incitation à une diminution de la fécondité et d'offre de planification familiale. Les programmes de planification familiale ont pris le nom de « bien-être familial » pour ne pas choquer les pays natalistes. Au Sénégal, c'est d'ailleurs cette appellation qui prédomine. Les premiers programmes affichaient un objectif d'épanouissement des familles, de bien-être des couples et la possibilité pour eux d'avoir autant d'enfants qu'ils le désiraient et non des objectifs démographiques de réduction de la fécondité. Les pays francophones d'Afrique de l'Ouest ont longtemps été les plus réticents à toute idée de limitation des naissances. Selon T. Bello (1994), la planification familiale se plaçait pourtant à cette époque dans un enjeu démographique et de politique de population :

L'objectif, implicite ou explicite, de ces vastes programmes est de promouvoir la parenté responsable, d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant et, à terme, d'assurer une adéquation entre le rythme de la croissance démographique et celui des ressources disponibles, de manière à accroître le mieux-être des populations concernées. L'amélioration est mesurée le plus souvent soit par un indicateur synthétique comme le revenu par habitant ou l'espérance de vie à la naissance, soit par des indicateurs socio-sanitaires et éducatifs (p. 195).

N'G. Koffi (1994) précise qu'en Afrique, la reproduction est deux à trois fois plus élevée que partout ailleurs dans le monde, mais relève que le taux de natalité de certains pays ne diminue pas malgré la mise en place d'un programme politique de planification familiale. Au départ, les pays africains se sont montrés réticent à l'adoption de politiques de régulation des naissances, car pour eux, la priorité était le développement socio-économique (Béninguissé, 2002).

Selon N'G. Koffi (1994), les États africains ont jusqu'à très récemment relégué les questions démographiques au second plan dans des actions pour la maîtrise de leur développement. Face aux écueils culturels et religieux, les politiciens des pays africains ont mis l'accent sur la santé de la mère et de l'enfant, occultant l'aspect des limitations des naissances. Selon T. Bello (1994), cinq facteurs freinent la mise en place de la planification familiale : les pesanteurs économiques, les

pesanteurs socio-culturelles, l'adhésion réservée des politiciens aux programmes de planification familiale, l'inadéquation des moyens de communication et de sensibilisation utilisés et enfin l'insuffisance des infrastructures socio-sanitaires. T. Locoh (1994) décrit le décalage entre des programmes ambitieux de planification familiale proposés par les organismes internationaux aux gouvernements africains et une absence d'infrastructure pour réaliser ces programmes. Elle démontre de plus les réticences des responsables politiques des pays d'Afrique :

De leur côté, les hommes politiques et les différents responsables nationaux de la planification économique ou de la santé, tout en reconnaissant maintenant, mieux qu'il y a 20 ans, le bien-fondé d'une maîtrise de la croissance démographique, ne sont pas toujours favorables à une action d'envergure qui modifierait profondément les comportements reproducteurs. Ils sont les héritiers d'une culture qui a toujours privilégié la forte fécondité. Ils constatent aussi que la grande majorité de la population désire une nombreuse descendance tant pour des raisons économiques que pour des raisons culturelles et que, seule une petite minorité est intéressée à limiter la taille de la famille (p. 272).

L'auteure considère que les sociétés africaines ont longtemps désiré une forte fécondité pour assurer leur survie démographique :

Le discours sur la planification familiale a été longtemps reçu comme celui de l'extérieur, opposé au discours « africain » sur la famille, la valeur sociale de la fécondité, la solidarité entre jeunes et vieux. Et pour bien des décideurs africains l'adhésion à la planification familiale reste conflictuelle. Dans certains petits pays, l'optique d'expansion n'est pas absente des choix démographiques. Avoir quelques milliers d'habitants en plus permettrait, pensent leurs dirigeants, d'avoir une voix plus forte dans la concertation internationale (p. 273).

Selon J.-P. Guengant (2007), la volonté des pays africain d'avoir une population nombreuse est à mettre en corrélation avec les pertes démographiques liées à la traite esclavagiste, une association entre population nombreuse et développement et la crainte que la population ne décroisse à cause de la pandémie du sida. Selon lui, l'apparition de l'épidémie du sida dans les années 1980 en Afrique subsaharienne a rendu inopportune les programmes en faveur de la planification familiale ou qui visaient à réduire la croissance démographique. Il explique que la faible implication des gouvernements africains, le manque d'intérêt des associations pour ce sujet et l'insuffisance des ressources et des capacités d'absorption ont été et sont toujours un frein à la mise en place de la planification familiale.

Le désinvestissement de l'État sénégalais en matière de planification familiale

V. Petit et M.-L. des Robert (2004) décrivent le désengagement de l'État sénégalais par rapport à la planification familiale :

Le Sénégal contrairement à d'autres pays comme la Tunisie par exemple, n'a pas su, ou n'a pas voulu, mettre en œuvre des réformes politiques et sociales qui, découlent logiquement de cette analyse, et qui semblent inévitables pour que le niveau

d'utilisation de la contraception moderne médicalisée évolue rapidement et de manière structurelle (p. 228).

Elles expliquent que le rôle de l'État est de rendre « visible et légitime la demande de contraception alors qu'elle reste encore socialement mal acceptée » (p. 2), mais décrivent son absence dans la mise en place de la planification familiale en milieu rural :

Que l'on parle de la santé, du développement rural, du SIDA, etc., nos interlocuteurs villageois mentionnent toujours les mesures des grands bailleurs de fonds, les projets des ONG, les initiatives locales ou individuelles. Mais personne ne cite jamais les actions de l'État sénégalais via ses différents ministères. L'État ne semble pas être particulièrement moteur dans cette réforme, qui pourtant devrait être considérée comme une « révolution culturelle » si l'on regarde les changements de valeurs qu'elle devrait entraîner. Il ne semble pas endosser une politique largement définie par des opérateurs extérieurs (USAID, FNUAP), des objectifs contraints par les impératifs économiques internationaux (FMI, BM). Cette absence de visibilité est fort dommageable car elle affaiblit tout processus de légitimation sociale et politique du contrôle de la fécondité (p. 228-229).

Il existerait donc un décalage entre les discours officiels de l'État sénégalais et la réalité sur le terrain. De même, l'utilisation de la contraception bien que légale, n'est pas encore légitime, notamment aux yeux des élites locales, des hommes et des religieux. P. Ngom (2000) témoigne de l'existence au Sénégal de campagnes d'IEC (Information, Education et Communication) en matière de planification familiale et de santé reproductive. Beaucoup de femmes sénégalaises sont informées de l'existence des méthodes de contraception, de la nécessité de fréquenter les centres de protection maternelle et infantile, les cliniques de planification familiale et les centres de santé, mais il existe un phénomène de résistance à la diffusion des informations sur ces sujets. Les réseaux informels de communications génèrent un phénomène de résistance à l'adoption de la contraception. De plus les structures sanitaires ne sont pas attractives pour la mise à disposition d'un service de contraception (Béninguissé, 2002). Le manque d'information, l'insuffisance de l'offre en matière de contraception, la difficulté d'accès aux services de planification familiale, le coût élevé des contraceptifs modernes et l'attitude répréhensible du personnel de santé à l'égard des femmes constituent des freins à ces programmes (Guillaume et Pilon, 2000).

La contraception mal aimée

Selon le gynécologue C., le Sénégal est une société très nataliste et la contraception ne dépasse pas 10 %. Effectivement, la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS-MICS 2010-11) révèle une prise de contraception à hauteur de 10 % et celle-ci augmente avec l'âge car c'est entre 30-44 ans que les femmes utilisent le plus les méthodes contraceptives, ainsi que celles qui ont beaucoup d'enfants (Ndiaye et Diop, 2012). La contraception moderne est mal acceptée au Sénégal, au profit des méthodes d'espacement de la contraception traditionnelle (allaitement de longue durée et, dans certaines sociétés, abstinence du post-partum) (Locoh et Vandermeersch, 2006).

Dans l'islam, l'espace des naissances est recommandé par le prophète dans les hadiths, préconisant d'éviter une nouvelle grossesse durant la période de l'allaitement (Khiati, 2010). De même, le prophète a toléré la pratique du coït interrompu avec l'accord de l'épouse et une raison valable, comme l'espace des naissances, la préservation de la santé de la mère et de l'enfant, et dans certains cas le refus d'enfant. L'auteur dénombre quatre conditions permettant d'utiliser la contraception : la préservation de la santé de la mère et de l'enfant, l'incapacité de subvenir à une famille trop nombreuse, le désir d'aisance matérielle, l'accord de l'épouse. Selon C. Fortier (2010a), le préservatif est aussi admis par la plupart des juristes musulmans dans le cadre du mariage car : « la sexualité conjugale n'a pas nécessairement une fin procréative en islam comme c'est le cas dans une certaine conception catholique, mais peut aussi avoir une fin hédoniste » (para. 51).

Selon F. Sow¹⁵³, le contrôle de la sexualité et de la fécondité est très problématique au Sénégal car la religion est contre, ainsi que la société. Pour elle, le débat sur la planification familiale est mal posé : « *Il ne faut pas faire la planification familiale qui ne concerne que la famille, les hommes et les femmes mariées ; mais plutôt que les femmes décident ou non d'avoir des enfants en accord avec leurs maris* ». F. Sow reproche au débat sur la fécondité d'occulter la place du droit des femmes sur ces questions :

Le débat sur la fécondité est un débat médical et un débat social ; il n'est jamais un débat en termes de droits sexuels. Le débat sur la santé de la reproduction est trop médical. La fécondité n'est pas pensée comme le droit de ne pas faire des enfants. Ce débat-là n'est jamais ouvert sur la scène publique. [...] Les femmes doivent contrôler elles-mêmes leur sexualité, leur fécondité. Toutes les filles ne sont pas obligées d'avoir des enfants à chaque fois qu'elles ont un rapport sexuel. Au Sénégal, il y a énormément de grossesses non désirées. Ce qui signifie que les femmes ne contrôlent pas leur sexualité (Sow, *sociologue*).

Dans les pays africains, la planification familiale n'est proposée qu'aux personnes mariées. Selon V. Delaunay et A. Guillaume (2007) les jeunes sont exclus des programmes de planification familiale, ceux-ci privilégiant les femmes mariées. La question de la sexualité chez les jeunes est totalement occultée de ces programmes : « les besoins des adolescents sont encore ignorés ou insatisfaits et les conséquences en sont visibles à travers le nombre croissant de grossesse avant le mariage et la pratique de l'avortement » (p. 214). Elles expliquent que la période de sexualité pré-maritale est caractérisée par une grande instabilité où les risques de transmission du sida sont grands, ainsi que les risques de grossesses non désirées. Ainsi, dans ce contexte, A. Adjamagbo, P. Msellati et P. Vimard (2007) pensent que la contraception irait de pair avec une évolution sociale et familiale :

Cette transition de la fécondité accompagne une transition du modèle familial et du modèle de couple [...]. Le lien conjugal prend peu à peu le devant de la scène, avec un investissement des individus dans la vie amoureuse, au détriment des liens lignagers et

¹⁵³ Entretien du 04 mai 11, Dakar.

des relations sociales entre aînés et cadets, et l'on observe une plus grande place des femmes dans les décisions qui concernent la famille, un dialogue plus équitable dans le couple qui peut évoluer vers un partenariat entre l'homme et la femme, notamment en matière de procréation et d'éducation des enfants (p. 603-604).

Selon A. Adjamagbo et P. Antoine (2002), la planification des naissances est beaucoup plus efficiente dans les villes qu'en milieu rural et c'est à Dakar que les femmes utilisent le plus la contraception. De même, l'utilisation de la contraception est associée au lieu de résidence et au niveau d'instruction. V. Petit et M.-L. des Robert (2004) insistent sur le poids des normes traditionnelles comme barrage à la contraception des femmes. La planification familiale est perçue en milieu rural comme une remise en cause de l'organisation familiale. Selon elles, en milieu rural sénégalais, les femmes sont réticentes à solliciter les structures sanitaires de leur village et préfèrent se rendre en ville pour bénéficier d'une contraception. Cette attitude est due au fait que les infirmiers des villages sont souvent réfractaires à la contraception ; de plus elles redoutent un ébrulement de leur démarche lié au manque de confidentialité. L'infirmier manque parfois d'expérimentation pour bien expliquer les méthodes de contraception et il subit aussi certaines pressions des autorités du village. Les femmes se rendent donc en ville pour bénéficier de discrétion et d'anonymat. Selon les auteures, « L'accès à la connaissance des méthodes contraceptives modernes pose d'emblée un problème de visibilité sociale » (p. 133).

Les auteures expliquent aussi que les femmes cachent leur recours à la contraception à tout le monde, y compris à leur mari car la découverte d'une prise de contraception entraîne pour la femme une stigmatisation et un rejet de la part du mari. Leur enquête a montré que les hommes sont majoritairement plus réticents que les femmes à la planification familiale car ils assimilent contrôle et limitation des naissances, ce qu'ils jugent inacceptable sur un plan religieux et social. Elles expliquent que « la reproduction est contrôlée par et pour le groupe, l'individu ou le couple ne sont pas maîtres de leur destinée » (p. 167). Ce sujet est un thème de conversation redouté dans le couple, porteur de tensions ; très peu de couples ont discuté ensemble du nombre d'enfants qu'ils désiraient. Les hommes mettent parfois une pression à leur épouse en invoquant la polygamie si celle-ci refuse d'avoir une descendance nombreuse. Au niveau institutionnel, nombre de centres de planification familiale exigent l'accord du mari pour prescrire une contraception à une femme (Andro, 2001). M. L. Sow (2004) décrit l'autorité écrasante du chef de famille en matière de santé :

Le dialogue, s'il existe, pour répondre à ces questions, se passe entre le médecin et le chef de famille. Les autres membres de la famille, la femme et encore moins les enfants, n'ont qu'une faible autonomie de la pensée, de la volonté. Et tout avis contraire à celui du chef de famille sonne comme une défiance envers ce dernier (p. 75).

C. Becker et V. Delaunay (2000) remarquent une différence dans les points de vue masculins et féminins concernant la contraception. Alors qu'une très large majorité des hommes déclarent ne jamais vouloir utiliser de méthode de contraception, les femmes sont elles très partagées : « la contraception apparaît pour les femmes comme un enjeu de plus grande importance et de nature différente. Elles ont en effet une meilleure connaissance de la contraception

traditionnelle et moderne, une plus grande pratique et un plus grand désir de contraception future » (p. 143). O. Frank (1994) pointe à ce sujet le décalage entre le pouvoir décisionnel très important des pères sur les questions de limitation des naissances et leur faible prise en charge financière des coûts liés à l'entretien de l'enfant. La mère assumant souvent seule la prise en charge de l'enfant, le « coût » de l'entretien d'un enfant échappe à la considération du père et donc n'influence nullement sa décision pour vouloir un enfant de plus.

L'influence religieuse

Selon l'anthropologue de la santé T. Ndoye¹⁵⁴, le Sénégal est un pays où il est difficile de faire une politique antinataliste car l'islam a une politique nataliste et les imams et les marabouts ont beaucoup de pouvoir. D'après Seck¹⁵⁵, la religion n'influence pas l'État, mais les questions de santé reproductive, de planning familial et de droit des femmes restent épineuses avec la religion musulmane. Pour l'islam, il ne devrait pas y avoir de politique pour légiférer sur ces questions qui relèvent de la famille. C. Coulon (1991) note que les tensions présentes entre les États africains et les religions sont souvent dues aux « tentatives de l'État de contrôler les domaines dans lesquelles les institutions religieuses sont actives (éducation, santé, aide humanitaire), ou bien d'intervenir dans la gestion qui relève du sacré, comme la mort » (p. 97). Selon l'auteur le secteur religieux est autonome de l'État et sur lequel l'État a peu d'emprise. Il explique : « [...] les organisations religieuses bénéficient d'une légitimité populaire et d'une autorité morale qui font défaut aux dirigeants politiques et qui les rendent aptes à exprimer les malaises et les mécontentements » (p. 102).

V. Petit et M.-L. des Robert (2004) expliquent que les imams sénégalais s'opposent à la limitation des naissances. Ceux-ci sont souvent polygames avec une descendance nombreuse. Selon A. Gautier (2007), l'Église catholique et les journaux populaires mènent parfois aussi des campagnes contre les méthodes de contraception modernes en affirmant qu'elles donnent le cancer ou d'autres maladies.

B - L'avortement illégal

L'avortement est un sujet mal accepté au Sénégal. Selon C. Becker¹⁵⁶, la question de l'IVG est un sujet très sensible :

Les autorités religieuses et autres sont prêtes à intervenir, à faire du grabuge. Dès qu'on veut faire une loi sur l'IVG, ça pose problème. Alors que l'IVG est pratiquée et que tout le monde le sait. La fabrication d'une loi est déjà longue, mais quand il y a des polémiques autour, ça rallonge encore plus le processus (*C. Becker, historien*).

¹⁵⁴ Entretien du 05 mai 2011, Dakar.

¹⁵⁵ Entretien du 15 décembre 2011, Dakar.

¹⁵⁶ Entretien du 20 juin 2011, Paris.

Monsieur T., coordonnateur en santé reproductive au sein d'un hôpital, décrit les difficultés pour les médecins à pratiquer un avortement : « *L'avortement est interdit au Sénégal, même l'avortement thérapeutique est compliqué à pratiquer. Dans ce domaine, il y a beaucoup de contrôle* ». Il explique que les produits pour pratiquer les avortements ne sont pas accessibles aux médecins du privé et les médecins du public ont aussi de grandes difficultés pour y accéder. Selon F. Sow l'avortement est pratiqué en clinique privée ou à l'hôpital au Sénégal, mais il faut payer les actes du médecin. Elle précise que ce sujet est très tabou et il n'y a pas de débat public sur ces sujets. De même, selon elle, les médias parlent de ces sujets, mais il n'y a pas de campagne de prévention, ni de réels débats de fond. Elle explique que même les femmes n'en parlent pas ; les organisations de femmes militant pour les droits des femmes, abordent les sujets des violences conjugales, de l'excision, mais elles ne parlent pas de l'avortement.

99 % des avortements en Afrique se font dans l'illégalité (Desgrès du Loû et Guillaume, 2002). Selon A. Adjmagbo *et al.* (2013), l'avortement en Afrique est souvent associé à des grossesses pré-maritales. Ces avortements sont souvent pratiqués dans la clandestinité et donc dans une insécurité sanitaire. Les avortements clandestins renvoient aux difficultés d'accès des jeunes célibataires à la planification familiale. Les complications liées aux avortements clandestins sont : la perforation de l'utérus, des lésions génitales, des infections, des douleurs, des hémorragies qui se traduisent parfois par des hystérectomies et des stérilités (Desgrès du Loû et Guillaume, 2002).

En Afrique, seuls les pays du Cap Vert, l'Afrique du Sud et la Tunisie autorisent l'avortement sans restriction. En Côte d'Ivoire, A. Desgrès du Loû et A. Guillaume (2002) notent que ce sont souvent des femmes instruites qui recourent à l'avortement. Les deux principaux motifs de l'avortement évoqués sont la poursuite des études et la peur de la réaction des parents à l'annonce d'une grossesse. Les femmes préfèrent souvent avorter plutôt que d'assumer une grossesse mal acceptée socialement et dont le père redoute les conséquences sociales. Pour les femmes qui ont déjà eu des enfants, cette pratique leur permet d'espacer les naissances ou d'arrêter de procréer. Selon les auteures une meilleure diffusion et acceptation de la contraception permettrait de faire diminuer le nombre d'avortements :

L'avortement dans les deux cas intervient en lieu et place de la contraception pour espacer ou éviter une nouvelle grossesse : cette pratique peut être une réponse à un échec d'une méthode contraceptive ou à une absence d'utilisation de ces méthodes par manque d'information, difficultés d'accès ou refus de recourir à la contraception. Elle traduit en tout cas un besoin non satisfait de planification familiale (p. 280).

De plus, elles expliquent que l'avortement est mieux perçu que la contraception par les femmes car la contraception est vue comme cause de stérilité, alors que l'avortement est « une façon de prouver leur fécondabilité en étant enceinte et en interrompant cette grossesse » (p. 292). Nous comprenons que l'avortement en Afrique subsaharienne intervient souvent à la place de la contraception. Cependant ces avortements pratiqués dans la clandestinité impactent la santé des femmes.

C - L'infertilité oubliée

Des auteurs dénoncent le fait que la communauté internationale, par l'implantation du planning familial en Afrique, ait souhaité limiter les naissances :

La régulation de la fécondité des pays du Tiers-Monde a beaucoup progressé mais elle reste un objectif de la communauté internationale au début du XXI^e siècle. Les programmes de planification familiale et de maîtrise de la fécondité puisent leur légitimité à deux registres argumentaires principaux, celui de la maîtrise de la croissance démographique et celui de la santé et du bien-être, courant qui est popularisé sous l'expression « *santé de la reproduction* » (Locoh et Vandermeersch, 2006, p. 205).

Selon A. Retel-Laurentin (1978a), tant que les centres de planning familial n'intégreront pas réellement les problèmes d'infertilité, ils ne seront pas convaincants pour la limitation des naissances :

Devant les problèmes que posent l'infécondité africaine, les non-spécialistes ont tendance à formuler des énoncés forts simples : pourquoi redonner une fécondité normale à ces populations puisque le monde va vers une surpopulation ? Cette politique nous choque car les régulations démographiques souhaitées ne peuvent en aucun cas s'établir sur des pratiques de génocide, même si celles-ci sont purement passives par abstention des soins médicaux indispensables. Mais songeons aussi que cette conduite maintiendrait les déséquilibres antérieurs de population et que la planification des naissances ne sera pas bien acceptée en Afrique tant que les Centres n'accueilleront pas de la même façon les gens qui souhaitent espacer, voire limiter les naissances profuses, et ceux qui voudraient avoir des enfants (p. 517).

M. C. Inhorn (2009) évoque le silence qui entoure l'infertilité dans les pays en développement qu'elle juge être un accord tacite des puissances occidentales pour limiter et contrôler la population mondiale. L'infertilité apparaît comme une solution à la surpopulation car elle est une manière naturelle de limiter la population (Inhorn, 2003). Pour ces raisons de limitations des naissances, l'infertilité ne serait pas perçue comme un sérieux problème de santé publique et les traitements de l'infertilité ne seraient pas inclus dans les programmes de planning familial (Nachitigall, 2006). Pour W. Ombelet (2009) cette façon de poser le problème n'est pas supportable ; le problème de la surpopulation dans les pays en développement ne peut pas servir d'argument pour masquer le problème de milliers de couples infertiles. Selon lui, il faut prendre en considération les souffrances psychiques pour évaluer l'impact de l'infertilité. Il propose l'idée de créer des centres de santé de la reproduction pour identifier les infertilités masculines et féminines. De même, la prévention et le traitement de l'infertilité devraient être intégrés dans les programmes de santé de la reproduction, alors que ceux-ci se focalisent sur le planning familial, l'éducation de la santé, la maternité et le soin aux enfants et la prévention et le traitement des IST et du VIH. Ainsi, selon lui : "Family planning is not only about prevention of unwanted pregnancies, it also includes promoting the chance of pregnancy in case of involuntary childless." (p. 170). D'après U. Larsen (2009), l'infertilité doit être traitée comme un problème de santé publique et non comme un

problème individuel. D'où l'importance, pour des pays tels que le Sénégal, d'élaborer une réelle politique de traitement de l'infertilité étant donné l'impact de l'infertilité sur la qualité de vie des personnes concernées (Van Balen et Gerrits, 2001).

Les bailleurs de fonds du Sénégal prônent la mise en place d'une planification familiale de qualité pour assurer la diminution du taux de fécondité, l'amélioration de la santé maternelle et du jeune enfant, mais laissent de côté la question de l'infertilité qui ne présente pas, pour eux, une priorité. Face aux exigences de ces bailleurs, le Sénégal tient un discours dans le même sens, mais les politiques de terrain laissent la place aux ONG et aux programmes importés de l'extérieur. Les politiques sénégalaises se soustraient de ces sujets concernant la fécondité des femmes car les autorités religieuses sont en désaccord avec la planification familiale.



Au Sénégal, l'AMP n'a pas de cadre législatif. Alors que les nouvelles technologies de reproduction soulèvent d'importants problèmes éthiques (équité dans l'accès à l'AMP, protection des patients et des médecins, filiation de l'enfant né d'une AMP avec don de gamète), l'État n'intervient pas dans ce domaine qu'il préfère occulter.

Cette occultation est due à plusieurs faits. Premièrement, le fait que le système sanitaire sénégalais est défaillant (manque d'équité face aux soins, corruption des politiciens et du personnel médical, fonds disponibles du fait d'un partenariat avec des pays étrangers). Deuxièmement, la culture religieuse, mais aussi populaire du Sénégal est réticente à toute idée de planification familiale laissant ce domaine à Dieu et valorisant la procréation nombreuse. Ainsi, plus dans le discours que dans les faits, le Sénégal ne semble pas avoir une réelle politique de santé de la reproduction. Troisièmement, le manque d'investissement financier dans la santé fait que les fonds disponibles se dirigent en fonction des intérêts des bailleurs de fonds pour le Sénégal.

CHAPITRE 8. CONTEXTE RELATIONEL AUTOUR DE L'AMP

Malgré l'absence d'encadrement législatif, l'AMP se pratique à Dakar depuis la fin des années 80. Ce secteur est très concurrentiel et les gynécologues ne tentent pas de bâtir ensemble une stratégie collective autour de l'AMP. Les nouvelles technologies de reproduction se pratiquent à petite échelle. Les cas d'infertilité difficile à traiter ou les couples nécessitant un don de gamètes sont dirigés vers les pays d'Europe.

Les couples, surtout les patientes, ont une relation très personnalisée avec le gynécologue, d'autant qu'il n'y a pas de psychologue dans les parcours d'AMP. Les technologies de la procréation se placent dans une logique conjugale, cependant les médecins ont une place à part entière entre les partenaires du couple. Ainsi les femmes sont bien souvent les plus engagées dans les parcours d'AMP, les maris restant en retrait. Les familles sont absentes tout au long des trajectoires d'AMP car le secret est à la base de ces parcours médicaux.

I - UN MILIEU CONCURRENTIEL

A - Mise en place de l'AMP à Dakar

Les précurseurs

La fécondation *in vitro* est pratiquée à Dakar depuis 1989 par le Docteur Youssoupha Diallo et le Docteur Diab El Hadi, suite à une formation théorique et pratique spécialisée qu'ils ont suivie pendant deux années en France (Zamansky, 2000). Dix ans après leurs débuts en cabinet privé, ils exercent actuellement à la clinique du Cap. La préoccupation de ces médecins était alors l'infertilité féminine :

Dans un premier temps, la FIV fut surtout utilisée pour les nombreux cas de stérilité féminine provoqués par de graves infections génitales. « *L'amélioration des techniques de préparation du sperme nous a ensuite permis de répondre d'avantage aux problèmes d'hypofécondité masculine* », précise le docteur Diab El Hadi. Les progrès réalisés portent aussi sur le nombre d'enfants par grossesse, désormais limité à deux (Zamansky, 2000).

Ils ont été les précurseurs de l'assistance médicale à la procréation au Sénégal, cependant ils n'ont jamais rendu compte publiquement de leur activité. D'après le gynécologue A. : « *les précurseurs de la fécondation in vitro au Sénégal ont fait le choix de ne pas partager leurs*

expériences, de ne rien laisser sortir de la clinique. Ne pas avoir transmis leur savoir a été un frein au développement de la discipline ». Les gynécologues qui leurs envoyaient leurs patientes pour faire la FIV, ne les revoyaient plus jamais. Pour cette raison les gynécologues de Dakar ont commencé, eux aussi, à pratiquer la FIV. Ces propos signifient que l'activité est très concurrentielle, mais aussi opaque. Les précurseurs avaient visiblement un intérêt personnel au développement des nouvelles technologies de reproduction au Sénégal et non pas une ambition sociale et collective.

D'autres initiatives

En parallèle de l'activité menée par ces précurseurs, d'autres gynécologues ont pratiqué cette activité dans le privé en collaborant avec un laboratoire faisant de la biologie de la reproduction, le laboratoire Bio 24. Cette activité a débuté pour eux en 2007, date de la première naissance qu'ils ont obtenue par fécondation *in vitro*. Les nouvelles technologies de reproduction sont ainsi pratiquées à Dakar par des gynécologues privés en collaboration le laboratoire Bio 24 et avec certaines cliniques, la clinique Fann Hock et la clinique de la Madeleine. Les cliniques mettent leurs locaux à la disposition des gynécologues pour la ponction des ovocytes et l'accouchement. Le recueil de sperme se fait au laboratoire, ainsi que la fécondation *in vitro* et le transfert des embryons. Les consultations et les échographies se font elles aux cabinets des gynécologues. Seule la clinique du Cap, dont le directeur est le docteur Y. Diallo, possède un laboratoire d'AMP intégré.

L'assistance médicale à la procréation est une activité très délocalisée. Selon la docteure M. : *« le problème majeur est qu'il n'y a pas d'unité de lieu pour la pratique de l'AMP, ce qui constitue un réel handicap »*. Selon elle, une unité de lieu permettrait de gagner en efficacité car à présent, chacun travaille de son côté. Ainsi, comme les précurseurs, les gynécologues qui pratiquent l'AMP à Dakar ne semblent pas parvenir à faire émerger de leurs initiatives personnelles, un réel projet ambitieux pour le Sénégal. Ceci a pour conséquence une sélection des couples candidats à l'assistance médicale à la procréation. Par exemple, la docteure M. envoie les couples dont les cas sont difficiles à traiter ou les couples dont l'assistance médicale à la procréation a échoué au Sénégal à l'étranger, notamment en Espagne ou en France.

Formation autour des NTR

Il n'existe pas à l'heure actuelle de formation au Sénégal sur les nouvelles technologies de reproduction. Dans le cursus de gynécologie, il n'y a pas de formation spécifique pour l'assistance médicale à la procréation. Pour le moment, les étudiants en gynécologie doivent se former à l'étranger, en France par exemple, s'ils veulent se spécialiser dans ces techniques. Le gynécologue C. a le projet de créer un Diplôme Universitaire (DU) sur les nouvelles technologies de reproduction au Centre Hospitalier Universitaire de Dakar. Pour certains gynécologues, il serait nécessaire de créer une formation en hôpital pour les étudiants sous couvert de la responsabilité du CHU. La gynécologue M. explique que dans le privé, il est difficile de prendre des risques car le responsable est le gynécologue lui-même et il n'est encadré par aucune structure. Ainsi, les gynécologues qui maîtrisent les techniques d'assistance médicale à la procréation ne souhaitent pas travailler en équipe ou déléguer certaines tâches à d'autres personnes car ils redoutent le moindre

problème dont ils auraient finalement à assumer la responsabilité. Ils sont donc surchargés de travail et font à eux seuls le travail que devrait coordonner ordinairement une équipe. Voici sûrement un des freins au développement de l'AMP au Sénégal ; les médecins exercent sous leur propre responsabilité et ils ne sont protégés par une structure médicale.

Beaucoup de gynécologues ont suivi une formation en France. Lorsqu'ils ont fait leurs études en France, ils ont pu pratiquer l'assistance médicale à la procréation dans leurs stages. Ceux qui ont eu leur diplôme de médecine en Afrique peuvent venir en France pour recevoir des cours théoriques, mais dans leurs stages, ils assistent les médecins français, mais ils ne pratiquent pas les techniques d'assistance médicale à la procréation. Cela signifie que les gynécologues passent directement de leur formation théorique à une pratique sur leurs patientes. Les formations peuvent avoir lieu à Montpellier, à Paris Descartes pour la partie théorique. Les stages se font dans les hôpitaux, comme par exemple à l'hôpital Cochin, à l'hôpital Clamart, à l'hôpital Tenon, à l'hôpital Américain et à la clinique de la Muette.

Les formations peuvent aussi se faire dans d'autres pays. Le gynécologue C. a, quant à lui, appris la technique de la fécondation *in vitro* au Japon. Le gynécologue V. a fait une formation au Maroc, comprenant des cours théoriques et deux jours de pratique. Il va aussi partir faire un stage à Lomé pour apprendre la pratique de la ponction des ovocytes. Il explique que c'est la demande de ses patientes qui l'a amené à se former. La formation du biologiste L. a duré douze mois dans un hôpital de Paris et incluait d'une part une formation théorique et d'autre part l'expérimentation sur des animaux, avec notamment des embryons de souris. Il a fait des stages en laboratoire pour la spermologie, la FIV et l'ICSI. Il explique : « *C'est beaucoup de travail personnel. Il faut s'entraîner, gagner en dextérité. Il faut pratiquer* ». Il s'est beaucoup entraîné pour l'ICSI qui est une technique difficile.

Le coût de la formation aux nouvelles technologies de reproduction est assez élevé pour les gynécologues. Le gynécologue V. pense que cela représente un problème majeur pour le développement des nouvelles technologies de reproduction au Sénégal. Selon lui, il faudrait former les autres gynécologues à la fécondation *in vitro* mais ceux-ci sont réticents face aux dépenses de la formation de l'assistance médicale à la procréation en France. Un réseau inter-Afrique¹⁵⁷ autour de l'assistance médicale à la procréation existe en Afrique. Ce réseau inter-africain témoigne de la volonté de certains gynécologues africains de faire des technologies de procréation un projet applicable aux pays africains et permet pour le moment d'ouvrir un espace d'échange et de débats pour les gynécologues autour de ces nouvelles technologies.

¹⁵⁷ Groupe Inter africain d'Etude, de Recherche et d'Application sur la Fertilité, sur le site Web : <http://www.gieraf.org/>

B - Les techniques et le protocole d'AMP au Sénégal

Peu de gynécologues maîtrisent l'ensemble des techniques d'assistance médicale à la procréation. Beaucoup pratiquent l'IAC, mais très peu maîtrisent la pratique de la FIV classique et encore moins celle de l'ICSI. Voici les techniques pratiquées à Dakar¹⁵⁸ :

- IAC (Insémination Artificielle avec sperme du Conjoint) : insertion des spermatozoïdes à l'aide d'un cathéter à l'intérieur de l'utérus. La fécondation se fait selon le processus naturel, *in vivo*, à l'intérieur du corps de la femme.
- FIV (Fécondation *In Vitro*) classique : des traitements sont donnés à la femme pour stimuler l'ovulation et permettre la ponction folliculaire réalisée par voie vaginale sous contrôle échographique (sous anesthésie générale ou locale). Après la ponction, les ovocytes et les spermatozoïdes sont préparés. Les spermatozoïdes sont déposés au contact des ovocytes dans une boîte de culture. Les embryons sont transférés deux à trois jours après la ponction. L'embryon est déposé à l'aide d'un cathéter à l'intérieur de l'utérus.
- ICSI (*Intra Cytoplasmic Sperm Injection*): la technique de l'ICSI consiste en l'injection d'un seul spermatozoïde dans l'ovocyte. Sous contrôle d'un microscope, le biologiste maintient l'ovocyte avec une micropipette et, avec une autre pipette, aspire le spermatozoïde sélectionné puis l'injecte à l'intérieur de l'ovocyte. Cette micro-injection est renouvelée pour chaque ovocyte fécondable. La fécondation est ici directement initiée par la technique.

Le bilan d'infertilité consiste à faire plusieurs radios, des prises de sang et des analyses de sperme. Ce bilan dure entre un et deux mois.

Bilan pour la femme¹⁵⁹ :

- Un test post-coïtal de Hünher : prélèvement de la glaire au cours d'un examen gynécologique réalisé dans les 6 à 12 heures qui suivent un rapport sexuel. L'objectif de cet examen est de s'assurer de la qualité de la glaire cervicale de la femme et de la pénétration des spermatozoïdes de l'homme dans celle-ci.
- Une prise de sang permettant de mesurer les taux hormonaux.
- Un examen de sérologie (VIH, Hépatites).
- Une échographie ovarienne permettant de visualiser les ovaires et l'utérus.
- Un monitoring pour le calcul du cycle ovarien (3^e, 5^e, 15^e jour du cycle). La femme voit le gynécologue à des jours précis de son cycle. Le gynécologue choisit les jours de rendez-vous en fonction du cycle.

¹⁵⁸ Les définitions données ici sont inspirées des définitions données sur le site internet de l'agence française de biomédecine : <http://www.procreationmedicale.fr/>

¹⁵⁹ Définitions inspirées du lexique de l'agence française de biomédecine : <http://www.procreationmedicale.fr/lexique/>

- Des examens complémentaires peuvent être prescrits dans certains cas : un IRM (technique d'imagerie permettant de visualiser certaines parties du corps en deux ou trois dimensions, plus particulièrement les tissus mous, par exemple, l'hypophyse), une hystérosonographie (radiographie de l'utérus et des trompes), une coelioscopie (technique chirurgicale qui permet l'observation des différents organes situés dans la cavité abdominale à l'aide d'une fibre optique).

Par la suite :

- Une stimulation ovarienne : traitement médicamenteux (injections ou comprimés) à base d'hormones permettant de stimuler la maturation d'un ou plusieurs follicules par chacun des ovaires. Les injections se font tous les jours pendant un mois à des heures précises.

Bilan pour l'homme¹⁶⁰ :

- Un examen de sérologie (VIH, Hépatites).
- Un spermogramme : analyse biologique du sperme évaluant le volume du recueil, le nombre, la mobilité, la viabilité et l'aspect morphologique des spermatozoïdes.

Concernant les embryons

À Dakar, le transfert des embryons se fait au laboratoire Bio 24. Le biologiste L. sélectionne les embryons ; il choisit les meilleurs embryons selon des critères morphologiques et leur capacité à se développer. Le gynécologue M. conseille le nombre d'embryons à transplanter en fonction de l'âge de la patiente. Elle déconseille les grossesses multiples pour diminuer les risques sur la santé des femmes et des bébés. Le biologiste injecte entre deux et trois embryons : « *pour les femmes jeunes on injecte deux embryons, les autres femmes trois embryons* ». Les autres embryons sont congelés au laboratoire. Les embryons congelés peuvent être utilisés par le couple pour une autre assistance médicale à la procréation comme dans le cas de monsieur et madame L. (ci-dessous). Parfois le biologiste se sert des embryons congelés pour le même couple, mais d'après lui, cela ne donne pas de bons résultats car il n'a eu qu'une seule naissance avec des embryons congelés. Avant de congeler les embryons, il fait signer aux couples un formulaire.

C - Les patients de l'AMP

Nationalités

Les patients de l'assistance médicale à la procréation à Dakar ne sont pas que Sénégalais, certains viennent de Mauritanie, de Guinée, des pays frontaliers où ne sont pas pratiquées les nouvelles technologies de reproduction. Il y a aussi des patients Américains et Européens. Pour

¹⁶⁰ Définitions inspirées du lexique de l'agence française de biomédecine : <http://www.procreationmedicale.fr/lexique/>

donner un exemple des différentes nationalités s'engageant dans les parcours d'assistance médicale à la procréation à Dakar, prenons le cas de madame L. qui est Sénégalaise et dont le mari est Français.

Madame L.

Madame L., Sénégalaise musulmane âgée de trente ans, cadre de la Fonction Publique, et son époux, Français d'origine sénégalaise musulman âgé de quarante ans, directeur général d'un centre de communication, se marient en 2006. Monsieur L. a toujours vécu à Paris et ne parle pas *wolof* et madame L. a vécu dix ans en France. Ils s'installent à Dakar en 2009.

Madame L. a eu deux grossesses extra-utérines en France et a subi l'ablation de ses deux trompes. Après l'ablation de ses trompes, un médecin lui avait parlé de l'AMP. Elle connaît ces technologies de reproduction, car elle avait vu des documentaires télévisés et ses connaissances en France en parlaient facilement. Depuis leur installation à Dakar, elle et son mari ont consulté des spécialistes à propos de leur infécondité. Les analyses de monsieur L. n'ont rien révélé d'anormal.

Madame L. fait une première tentative de FIV en mai 2011. Pendant la durée du traitement, elle se sent écoutée, accompagnée. Elle a juste des douleurs au niveau des seins à cause du traitement hormonal. Elle fait des injections tous les soirs entre 19h et 20h pendant deux semaines. Elle consulte la gynécologue M. une dizaine de fois pendant le protocole d'AMP et se rend aux consultations seule ou parfois en couple. Le rendez-vous avec le biologiste L. s'est bien passé car celui-ci l'a mise en confiance, lui disant qu'en raison de son jeune âge, la FIV allait forcément réussir. Au mois de juin, la gynécologue lui transfère deux embryons, mais la tentative échoue, à la surprise du biologiste.

Cela fait assez longtemps que madame L. veut un enfant, contrairement à son mari qui n'en voulait pas lorsqu'ils vivaient en France. Elle analyse ce fait par une différence biologique entre hommes et femmes : « *Nous, on est des femmes, et on a une horloge biologique. Chez nous le désir d'enfant est naturel. Les hommes ont moins ce désir d'avoir un enfant* ». En venant à Dakar, elle incite son époux à entamer un processus de FIV et celui-ci s'investit dans le processus. Monsieur L. est très croyant et il n'est pas inquiet de ne pas avoir d'enfant. Elle pense que son mari est prêt à avoir un enfant à présent, vu son comportement avec ses neveux ou les enfants d'amis.

Ses trois belles-sœurs et sa belle-mère sont au courant de son infertilité. Sa belle-famille a longtemps vécu en France, ses belles-sœurs « *ont des mentalités françaises* ». Une seule d'entre elles incite le couple à avoir rapidement des enfants, sinon elles cautionnent toutes les techniques d'AMP. La mère de

madame L., son père et ses sœurs sont aussi au courant de son infertilité et de ses démarches d'AMP, mais son père ne comprend pas de quoi il s'agit. Elle explique cette incompréhension par la méconnaissance de l'AMP au Sénégal : « À Dakar, l'AMP est très méconnue. Les gens se demandent en premier ce que la religion pense de ses techniques ». Elle précise qu'en France, elle en parlait facilement autour d'elle, mais qu'au Sénégal, les mentalités sont différentes. Madame L. n'a pas parlé de son infertilité à ses amies : « Ma meilleure amie ne le sait pas. Elle pense que si je ne suis pas enceinte, c'est parce que l'heure n'est pas arrivée. Elle sait que j'ai fait deux fausses couches, mais ne sait pas que j'ai subi l'ablation des trompes. Et je préfère qu'elle ne sache pas ».

La deuxième tentative de FIV de madame L. est un transfert d'embryons congelés. La gynécologue lui transfère trois embryons. Il y a cependant un malentendu lors de cette tentative entre elle et la docteure M. L'ordonnance indiquait de prendre un médicament pendant quatorze jours, ce qu'a fait madame L. Il aurait fallu le prendre jusqu'au transfert des embryons. La deuxième tentative échoue donc, ce qui n'a pas surpris la docteure M. puisque le traitement n'a pas été pris jusqu'au bout.

Madame L. doit faire une troisième tentative en février-mars 2012, mais la gynécologue veut qu'elle se repose car elle va devoir reprendre tout le protocole depuis le début. Madame L. préfère aussi attendre car après les tentatives de FIV elle est dérégulée pendant deux mois. Cependant, sa mère ne veut pas qu'elle laisse passer trop de temps pour refaire une tentative de FIV.

Ici, nous comprenons le rôle tenu par la double culture, car madame L. n'est pas contrôlée par sa belle-famille et elle l'a même informée de son infertilité et de ses démarches d'AMP, ce qui est rarissime au Sénégal, comme nous l'avons déjà démontré. Elle a aussi averti sa famille, mais précise que son père n'y comprend rien. Ici, on perçoit le décalage entre les deux cultures car en France elle a vu des documentaires et ses connaissances parlent facilement de l'AMP, alors que son père, lui, n'a visiblement pas connaissance de l'existence de ces nouvelles technologies de reproduction. Sa mère se place dans une position d'accompagnatrice de sa fille et lui reproche de ne pas enchaîner ses tentatives de FIV. Madame L. est l'un des deux exemples où la famille est au courant des démarches d'AMP. La mère de madame L. semble très préoccupée par cette situation car elle ne veut pas que sa fille attende six mois avant la prochaine fécondation *in vitro*, ce qui a pourtant été recommandé par sa gynécologue. Monsieur L. semble détaché de la situation, ce qui ne serait pas le cas s'il était un Sénégalais vivant au Sénégal. Madame L. fait une supposition sur le désir d'enfant de son mari, mais elle n'a pas eu de discussion avec lui sur leur projet d'enfant. De même, elle dit que cela « n'est pas grave » pour son mari de ne pas avoir d'enfant. Madame L. se méfie de ses amies à qui elle n'a pas confié qu'elle avait subi l'ablation de ses deux trompes. Elle a tout à fait conscience de la différence des mentalités entre la France et le Sénégal ainsi que des représentations différentes qui pèsent autour des couples infertiles au Sénégal.

L'âge des patientes

Concernant l'âge des patientes, les gynécologues pensent que de plus en plus de femmes se marient tardivement et ont des difficultés pour concevoir un enfant. Le biologiste L. refuse les dossiers des femmes trop âgées, mais explique que certains gynécologues reçoivent presque exclusivement des demandes d'AMP de femmes relativement âgées. La docteure M. précise la différence de temps d'attente selon l'âge de la patiente :

Lorsque la femme a moins de trente ans, le délai d'attente d'une grossesse naturelle est d'un an. Pour elle attendre deux ans, c'est trop long, car les bilans et examens prennent du temps et comme il faut parfois recommencer, il ne faut pas dépasser un délai d'un an. Lorsque la femme a plus de trente ans, on n'attend pas ; on commence les examens tout de suite (*Docteur M., gynécologue*).

Selon le docteur C. : « *De plus en plus de femmes se marient tardivement et ont des difficultés* ». Lors de l'enquête menée à Dakar, nous avons rencontré une femme de 26 ans, trois femmes de 29-30 ans, deux femmes de 33-34 ans, trois femmes de 36-37 ans et trois femmes de 39-41 ans. Ce qui indique effectivement que les femmes se lancent assez tardivement dans les protocoles d'assistance médicale à la procréation, souvent après la trentaine. Cependant, certains cas concernent des infertilités secondaires et non pas des premières grossesses. Certains auteurs mettent en avant le sentiment des femmes d'un certain âge confrontées à leur désir tardif de maternité :

La procréation au-delà de 38-40 ans, liée à l'absence de prise de conscience de l'horloge biologique apparaît souvent comme un choix par défaut. Cette nécessité d'avoir un enfant est ressenti douloureusement par une femme qui voit son âge avancer. En effet, l'engagement professionnel, les aléas de la vie amoureuse, l'investissement dans un couple semblent contradictoires avec l'impérieux désir d'avoir un enfant (*Squires et al., 2008, p. 143*).

Selon H. Levilain (2013), les femmes disposent de moins de temps que les hommes pour avoir un enfant. Il explique que cette inégalité est biologique et sociale parce que les femmes ont moins de temps pour vivre leur jeunesse, avoir et éduquer des enfants et faire carrière. Selon lui : « L'enjeu des négociations conjugales est de permettre la synchronisation des calendriers masculins et féminins : elle amène chacun des partenaires à intégrer les contraintes de genre et à se positionner par rapport à son âge » (p. 49-50). Selon L. Tain (2013b), « c'est tout l'enjeu de l'organisation de la division sexuée du travail qui transparaît à travers les tensions liées au resserrement des périodes de fécondité pour les femmes » (p. 59-60).

II - LE COUPLE ET LES PRATICIENS DE L'AMP

A - Informations sur les nouvelles technologies de reproduction

Comment les couples sont-ils informés sur les nouvelles technologies de reproduction au Sénégal ? Souvent les couples disent avoir connu l'AMP par des amis ou par un des membres de leur famille. Par exemple, monsieur G. connaît personnellement la gynécologue M., spécialiste de l'AMP, qui est une amie de sa cousine. Il déclare que les gens parlent entre eux de la fécondation *in vitro*. Madame K. qui est Guinéenne, elle, connaissait l'assistance médicale à la procréation avant de rencontrer son médecin car « *les femmes parlent de la FIV et de l'ICSI entre elles* ». Elle explique : « *Quand les femmes voient que tu n'as pas d'enfant, elles te parlent de ça. En Ouganda¹⁶¹ on dit que la FIV ça marche. Une dame qui n'avait pas eu d'enfant pendant vingt ans, a fait la FIV à Nairobi et elle a eu des jumelles* ». De plus elle affirme que sa parente a eu une fille grâce aux nouvelles technologies de reproduction, après quatorze ans de mariage sans enfant. Cette parente lui a conseillé de venir au Sénégal et lui a donné l'adresse d'une clinique de Dakar. Monsieur et madame F. ont entendu parler de la fécondation *in vitro* avant de rencontrer leur médecin, mais c'est elle qui leur a expliqué plus en détails en quoi consistait exactement cette technique. L'ancien médecin de madame A. lui avait parlé des nouvelles technologies de reproduction, mais il ne les pratiquait pas. Par la suite, elle a entendu dire que la docteure M. traitait bien la stérilité féminine et elle est allée la consulter. Elle a aussi une amie qui a réussi sa fécondation *in vitro*, qui lui en a parlé, et a fait beaucoup de recherches sur internet où elle lisait les commentaires des internautes. Madame V. a rencontré la docteure M. dont lui avait parlé un parent de son mari qui est médecin généraliste ; elle est ensuite allée chercher des informations sur internet.

Nous comprenons ainsi que les principales recommandations proviennent des amies femmes, ensuite des parents et enfin des médecins gynécologues.

Internet

Les couples utilisent beaucoup internet comme moyen d'information sur les nouvelles technologies de reproduction. Par exemple, madame N. s'est documentée par ce moyen pour la fécondation *in vitro*. Monsieur B. et madame C. ont eu leurs renseignements sur des sites en ligne. Madame V. consulte les forums et discute avec d'autres femmes. Madame A. déclare avoir été « *tout le temps sur le net à chercher toutes les informations possibles* ». Madame L. a connu la gynécologue M. par internet, qu'elle a choisie car c'est une femme. Elle a également consulté les commentaires sur les forums tels qu'*au féminin.com* et *doctissimo* à propos de l'assistance médicale à la procréation à Dakar. Sur ces forums, elle a appris « *tout le jargon de l'assistance médicale à la procréation comme TEC, FIV, etc.* » car elle explique que les médecins parlent, quant à eux, de « *transfert d'embryons congelés, fécondation in vitro, etc.* ». Internet procure une documentation

¹⁶¹ Madame K. a voyagé en Ouganda.

facile d'accès et de compréhension pour les novices. Madame L. observe des femmes qui sont dans des parcours d'assistance médicale à la procréation depuis cinq ou six ans conseiller d'autres femmes qui débutent leur parcours médicaux. Elle préfère ne pas écrire, mais elle lit beaucoup. Elle déclare :

C'est enrichissant ! C'est rassurant, surtout quand je suis en plein dedans. Quand on fait des injections, il arrive qu'on se loupe et ça fait des tâches noires. Alors j'ai tapé sur *google* tâche noire après injections de ... et j'ai trouvé d'autres femmes à qui c'était arrivé. Et puis certaines filles racontent qu'elles ont eu une fille ou un garçon après six tentatives. C'est rassurant ! Les filles qui sont aptes à répondre, répondent aux filles qui se posent des questions. Ça rassure plus que le discours médical. En vingt minutes chez le gynécologue, on n'a pas le temps de poser toutes ses questions. Mais je vais aussi sur les sites médicalisés où là c'est des médecins, des gynécologues qui répondent aux questions des personnes (*Madame L., 30 ans, Sénégalaise, Musulmane*).

Internet ne se substitue pas au discours médical, mais joue plutôt un rôle complémentaire par rapport à celui-ci, comme en témoigne cet extrait de S. Fainzang (2006) :

Le rôle majeur joué par Internet dans la transformation des savoirs médicaux et dans les relations que chacun entretient avec l'information a été montré par Hardey (2004), pour qui Internet ne produit pas seulement des patients plus réfléchis, n'accordant pas toute leur confiance aux sources conventionnelles d'autorité mais leur permet de questionner ou de contester les avis des professionnels de santé. Toutefois une telle analyse laisse supposer que la consultation d'Internet est une remise en cause de l'autorité médicale. Or, ce recours est parfois, au contraire, la conséquence d'une reconnaissance par les patients de cette autorité et de la position hiérarchique qui l'accompagne, les poussant, on l'a vu, soit à ne pas oser demander l'information à ceux qui l'incarnent, soit à demander confirmation à leur médecin de ce qu'ils ont lu sur la Toile (p. 99).

Madame L. souligne qu'internet rassure les femmes qui sont engagées dans les parcours d'AMP. Ces dernières partagent leurs expériences avec d'autres femmes et peuvent obtenir des informations sans passer nécessairement par les médecins. Internet tient donc un rôle important pour les couples, surtout pour les femmes et les accompagne tout au long de leur parcours d'assistance médicale à la procréation. À chaque fois il répond à des questions que les couples n'ont pas pu poser aux gynécologues, soit par manque de temps ou par gêne.

Certaines femmes vont aussi sur les forums de discussion pour lire les échanges ou parfois pour poser des questions. Ainsi, en partageant une expérience commune avec d'autres femmes dans la même situation, internet peut aussi constituer un soutien psychologique. B. Simonnot et P. Humbert¹⁶² expliquent que les couples font des blogs pour évacuer leur stress par rapport aux

¹⁶² Brigitte Simonnot et Pierre Humbert « Communiquer sur l'infertilité via les blogs : parcours de soin et expression des patients », communication orale, Colloque international « Technologies de la procréation et mondialisation. Dispositifs, savoirs, expériences en Afrique sub-saharienne », Université Paris Descartes, 12 et 13 décembre 2013.

traitements de l'AMP, leur incertitude et leurs échecs répétés. Par les échanges sur les forums, les couples souhaitent obtenir de l'aide sur un plan émotionnel car ils font face à un manque d'échanges avec leurs familles et une incompréhension de la part de leurs proches. Ces échanges sur la toile leur permettent de réfléchir sur le choix d'un traitement ou sur le nombre d'embryons à transférer ; cela leur permet aussi de se motiver face à un parcours très long et difficile. B. Simonnot et P. Humbert qualifient ces échanges sur le net de « recherche d'informations collaboratives ». Des auteurs montrent qu'internet peut aussi servir d'entremetteur entre des couples receveurs et des donneurs de gamètes ou mères-porteuses (Mehl, 2008). Ainsi internet et le bouche-à-oreille sont les deux moyens de connaissance des nouvelles technologies de reproduction.

Les couples ne font pas la publicité de l'AMP

Alors que les couples entendent parler des nouvelles technologies de reproduction dans leur entourage, les gynécologues ont, quant à eux, le sentiment que le bouche à oreille fonctionne mal au Sénégal car les couples ne confient pas à leur entourage leur recours à l'assistance médicale à la procréation. Le gynécologue C. déplore le fait que : « *Les couples qui ont eu un bébé grâce à la FIV n'en font pas la pub ; ils ne le disent pas. Cette attitude freine le développement de la FIV* ». La gynécologue M. sait comment ses patients l'ont connue : « *certaines par internet, d'autres par le bouche-à-oreille* ». Cependant elle explique que comme le recours à l'assistance médicale à la procréation est caché à la famille et à l'entourage, peu de personnes sont au courant. Ce manque de publicité est critiqué par les médecins qui déplorent l'attitude des couples consistant à cacher leur recours aux technologies de la procréation car ils pensent que s'ils partageaient leur expérience avec leur entourage, l'activité de l'AMP se développerait plus rapidement qu'à l'heure actuelle. Les médias, de leur côté, ne parlent pas de l'assistance médicale à la procréation au Sénégal et il n'existe aucun témoignage car ce sujet est tabou.

Les patients éprouvent en effet des difficultés pour témoigner à propos de leur expérience. Par exemple, monsieur B. a voulu faire un blog pour raconter son expérience, mais ne l'a pas fait, car il explique que le sujet est trop tabou au Sénégal. Il a donc préféré donner des conseils à l'oral ou donner des contacts à d'autres couples. Il a rencontré deux couples qui ont voulu en parler avec lui. Ainsi les conjoints, qu'ils aient ou non eu un bébé suite à ces techniques, ne le diront pas à leur entourage et feront, en cas de réussite, comme si l'enfant avait été conçu de manière naturelle, sans l'aide de la médecine. Cette attitude est un frein au développement des nouvelles technologies de reproduction au Sénégal.

B - La relation avec le gynécologue

La rencontre avec le gynécologue se fait souvent après le mariage. Un étudiant en gynécologie de Dakar affirme que les femmes rencontrent le gynécologue uniquement une fois mariées : « *Avant elle ne vont jamais voir les gynécologues. Une fois mariée et qu'elles veulent un enfant, elles vont le voir* ». À Dakar, la relation entre le couple et le gynécologue est très forte. La docteure M. explique comment elle aborde le sujet de l'infertilité avec ses patients. Elle considère la stérilité comme l'impossibilité de concevoir un enfant ; avec ses patients elle emploie les mots

d'« hypofertilité » et d'« infertilité » pour leur laisser entrevoir l'espoir d'avoir un enfant. On perçoit l'importance du choix des mots, comme nous l'avions déjà constaté lors de l'annonce de l'infertilité par l'urologue (chapitre 6). Elle explique qu'elle prend beaucoup de temps avec les couples car d'après elle, s'ils ont bien compris leur problème, ils se prêtent plus facilement aux examens et ils sont plus motivés. La gynécologue soigne son discours autour de l'assistance médicale à la procréation pour mettre les couples en confiance et ce dialogue est bien perçu par les patients. Par exemple, madame A. trouve que le discours médical est très clair et bien expliqué et apprécie qu'il y ait des images à l'appui de ce discours. La docteure M. lui a donné un papier avec le processus du protocole, ce qui l'a aidée à y voir plus clair. Elle explique que le fait que sa gynécologue soit une femme la met à l'aise pour parler de tout et de rien, ce qui crée une complicité. Selon madame H. : « *Certains gynécologues sont très bons, mais ont une mauvaise approche relationnelle avec leurs patients. Un médecin doit savoir expliquer, rassurer et aussi motiver. Il doit être proche de vous pour vous emmener vers un succès* ». La compréhension et la motivation sont donc des éléments importants pour le fonctionnement des techniques d'AMP. Des auteurs insistent sur l'importance de la relation avec le gynécologue :

Bien que le couple ait conscience d'avoir affaire à une équipe médicale tout entière dont il salue souvent l'efficacité des « sans grade », infirmières, laborantines ou secrétaires, la personnalisation de la relation avec le clinicien est évidente. Elle l'emporte sur la relation avec le biologiste, même si c'est ce dernier qui explique souvent les résultats. La compétence du clinicien est jugée à la qualité de l'information qu'il délivre (ce qu'il va faire, quand, le temps approximatif que cela va prendre) et son écoute. Le rapport qu'il établit détermine en grande partie le succès du processus selon le couple : ce dernier perçoit alors que son désir s'articule avec le désir de réussite et la satisfaction du praticien à évoquer une grossesse. Sinon cette relation devient décevante, commerciale, et le couple change de médecin ou même de centre (Bachelot *et al.*, 2008, p. 249).

Ainsi dans l'AMP, le gynécologue, tout comme le couple désire la grossesse et il s'agit quelque part d'une sorte de travail en équipe autour de cette procréation. Selon Delaisi de Parseval et Janaud (1983) :

Ceux qu'on appelle maintenant « patients » sont pieds et bourse liés au médecin qui a leur confiance. Il s'agit maintenant de faire un enfant avec l'aide de la médecine, avec les médecins. Ce n'est plus « à deux » que l'on procréé, mais « à trois ». La question de la filiation des couples est dorénavant médicalisée [...] (p. 85).

Le gynécologue est le principal interlocuteur des couples et il est celui qui crée la mise en confiance. Lors du premier rendez-vous avec leur gynécologue, madame L. était avec son mari. La docteure M. leur a donné tous les renseignements relatifs au protocole et les a mis à l'aise pendant l'entretien. Madame L. est rassurée de voir les photos de bébés accrochés sur le mur du bureau de la gynécologue.

Le fait qu'au Sénégal il n'y ait pas d'équipe médicale pluridisciplinaire renforce encore plus la relation forte entre le gynécologue et les couples. Par exemple, le gynécologue de madame

N. l'appelait régulièrement pour prendre des nouvelles. Madame P. raconte qu'une fois, son gynécologue l'a appelée pour l'inviter à venir parler des solutions avec lui suite à l'échec de sa fécondation *in vitro*. Il lui a dit de ne pas se décourager et de toujours renouveler l'expérience. Souvent, madame E. et son gynécologue s'appellent. Nous voyons par ces témoignages que les femmes aiment se sentir en confiance, voire même partager une complicité. Le téléphone sert d'outil pour garder le contact. Le patient appelle pour être rassuré et le gynécologue pour prendre de ses nouvelles. Les patients aiment que leur gynécologue soit franc avec eux. Ainsi madame K. déclare : « *Le docteur n'a qu'à me dire si je vais avoir ou pas un enfant !* ».

Les limites de la relation

Les gynécologues témoignent de la difficulté de cette relation. La gynécologue M. affirme : « *Dès que le docteur n'est pas présent, les couples se sentent abandonnés* ». Elle explique qu'elle est la seule référente des couples : « *Ils demandent beaucoup de prise en charge psychologique. Ils refusent les échecs et ne veulent que des réussites* ». D'après elle, il existe un lien très fort avec le gynécologue qu'elle qualifie de malsain car « *trop fusionnel* ». Elle explique qu'il n'y a aucun intermédiaire entre elle et ses patients, comme par exemple des sages-femmes, et qu'il n'y a pas beaucoup de psychologues au Sénégal. Les couples et surtout les femmes attendent un grand soutien des gynécologues que ceux-ci ne peuvent pas forcément leur donner. Certains chercheurs comparent d'ailleurs la relation couple-médecin, dans le cadre de l'infertilité, à la relation enfant-parent :

[...] au moment où le couple fait recours à la technologie réparatrice d'un médecin, il se trouve acculé à une position de dépendance enfantine. En effet sa requête réactualise l'autorité et la toute-puissance du père et de la mère et de la première enfance. Le médecin, qui a le pouvoir de concéder ou de refuser un enfant, se présente comme la réplique du couple père-mère (Vegetti Finzi, 1990, p. 300).

D'autres auteurs parlent des gynécologues comme d'une autorité sur le couple : « [...] les médecins et principalement les gynécologues font presque partie de la cellule conjugale reproductive. Ils sont la référence autorisée et autorisante » (Gavarini, 1986a, p. 203). En effet, à Dakar, les femmes associent souvent le gynécologue à un membre de leur famille. Madame L. se place clairement dans ce positionnement :

J'ai l'impression d'être avec ma maman. Je suis fumeuse et Docteur M. me sermonne surtout pendant le traitement, comme le ferait ma mère. Je préférerais qu'elle m'appelle par mon prénom plutôt que par mon nom de famille. Même si je l'appelle à 23 heures sur son portable, elle décroche. Mais une fois que j'ai les résultats, je ne l'appelle plus (Madame L., 30 ans, Sénégalaise, Musulmane).

Madame L. est tellement en confiance avec sa gynécologue, qu'elle a l'impression d'être avec sa mère. Ainsi madame L. évoque la relation mère-fille et souhaite que la relation devienne encore plus intime et que sa gynécologue l'appelle par son prénom. Cependant une fois que sa tentative de FIV échoue, elle n'appelle plus sa gynécologue. Sa déception et sa colère s'expriment contre son médecin, qui est vu comme responsable de l'échec.

Pour une autre femme, madame C., le gynécologue appartient plus à l'univers familial que médical : « *un médecin c'est un conseiller, un père, une mère, une sœur. On a un mal qu'on ne peut pas soigner. S'il ne m'apporte rien, ça n'est pas la peine* ». Voici sa position concernant sa relation avec le gynécologue :

J'ai un mal, je n'y peux rien. Il y a des médecins compétents. Ils doivent me dire ce que je dois faire pour me soigner. Je m'abandonne totalement à eux. C'est à lui de trouver les solutions à mon problème. C'est lui qui sait ; moi je ne m'y connais pas. Je lui laisse le feu vert. Mais ce n'est pas trop ça ! (*Madame C., 37 ans, Sénégalaise, Catholique*).

Madame C. se place totalement dans la même position de dépendance aux médecins que l'enfant à ses parents. Elle dit que c'est aux médecins de trouver des solutions et non à elle, mais elle comprend finalement que cette façon de raisonner la dessert. Ainsi, le médecin se trouve déplacé, par les patients, de la sphère médicale à une sphère plus intime, voire familiale. C'est probablement l'enjeu de la procréation, mais aussi le fait que le gynécologue soit souvent le seul soutien du couple qui fait que les médecins doivent développer ce type de relation avec leurs patients. Parfois, dans le cas contraire, les patients peuvent se sentir mal à l'aise face au gynécologue :

Les consultations ressemblent parfois à une sorte d'examen, où les patients sont comme soulagés au fur et à mesure qu'ils ont le sentiment d'avoir « bien répondu » aux questions des médecins. Tout en étant médicales, elles permettent aussi de saisir si, oui ou non, la demande du couple est légitime au regard des divers critères, médicaux, psychologiques et sociaux en vigueur (Mathieu, 2013, p. 48).

Ainsi la relation avec le gynécologue est ambivalente, mêlant des sentiments de confiance avec des sentiments de doute et parfois d'hostilité. Pour comprendre cette ambivalence, prenons l'exemple de monsieur et madame N.

Madame et Monsieur N.

Madame N., Sénégalaise musulmane âgée de quarante et un ans, assureuse, et son époux, Sénégalais musulman âgé de quarante-trois ans, ingénieur informaticien, se marient en 2006.

Le gynécologue A. suit madame N. depuis son mariage. En 2006, madame N. a une grossesse naturelle et accouche en 2007. En 2007, elle prend la pilule contraceptive pendant trois mois, puis l'arrête. En 2008, elle retourne consulter le docteur A. car elle veut un deuxième enfant. Celui-ci établit un programme qu'elle suit pendant six mois pour calculer ses cycles d'ovulation et lui dit quand avoir des rapports sexuels pour optimiser ses chances de fécondation. Le gynécologue veut que monsieur N. fasse un spermogramme. Madame N. essaie de convaincre son époux pendant un long moment avant d'y parvenir. Monsieur

N. ne vient jamais aux consultations et il a psychologiquement peur de faire ses examens. En mai 2010, il accepte finalement de faire les tests. Les résultats du spermogramme révèlent une oligoasthénospermie. Monsieur N. a trois enfants d'un précédent mariage ; il ne pensait donc pas être infertile. Il réagit cependant positivement et le couple est soulagé de savoir d'où provient leur problème. Le gynécologue A. leur propose de faire une IAC, qu'ils font en juin 2010. L'IAC est effectuée au laboratoire D. et échoue.

Ils font ensuite une tentative de FIV. À partir du huitième jour madame N. va tous les jours au cabinet médical pour voir l'évolution. Ils font une ponction des ovocytes au treizième jour à la clinique C. Madame N. arrive à 6H30 à jeun pour pratiquer une anesthésie générale. La ponction dure une demi-heure et elle reste en observation jusqu'à midi. Le biologiste récupère ses ovules et part au laboratoire. Au bout de deux jours, le biologiste les appelle pour leur dire qu'il y a deux embryons. Le transfert se passe au laboratoire. Les quinze jours qui suivent le transfert, elle prend de la progestérone. Après ces quinze jours, elle a ses règles. Le gynécologue A. est déçu et pense qu'il n'a pas bien fait le transfert. Monsieur N. est aussi déçu, mais interprète cela comme une volonté de Dieu. Madame N. pense que le docteur A. n'a pas assez accentué le protocole. Elle sait qu'en France il faut rencontrer le gynécologue tous les deux jours, alors qu'elle ne l'a vu que le huitième jour après ses règles.

Ils attendent deux mois avant de recommencer. La deuxième FIV a lieu en novembre 2010. Le protocole est le même, mais dans la phase de stimulation, le docteur A. double la dose hormonale. Les médecins récupèrent deux embryons viables, ce que commente madame N : *« Ils ont récupéré deux beaux embryons. Enfin c'est ce qu'ils nous disent. Le jour du transfert, ils ont montré des photos, mais on ne voit pas les embryons »*. Le gynécologue A. est optimiste pour la deuxième FIV et le transfert se passe bien. Après le transfert des embryons, le gynécologue A. fait suivre un traitement de progestérone à madame N. avec des injections. Au bout de quinze jours, elle fait un test de grossesse qui se révèle négatif. Après cette tentative, le couple va au laboratoire récupérer le bulletin pour connaître les résultats de la FIV et ce jour-là ils ne rencontrent ni le biologiste, ni le gynécologue. Le jour suivant, madame N. envoie un mail au docteur A. pour l'informer des résultats et celui-ci lui demande de passer au cabinet. Le docteur A. est déçu car il était sûr que la FIV allait réussir. Il ne comprend pas les raisons de l'échec et tente de voir si madame N. n'a pas un problème au niveau de l'utérus. Elle fait une analyse qui ne révèle rien d'anormal. Le gynécologue A. conclut que les embryons n'ont pas accroché à l'utérus lors du transfert.

Monsieur N. estime que la FIV doit réussir à 100 % car cela représente beaucoup de contraintes. Selon lui, le gynécologue A. n'a pas insisté sur le taux de réussite et leur a juste donné un prospectus sur le déroulement de la FIV. Madame N., elle, se rappelle que le docteur A. a dit que pour la FIV il y a 25 % ou 40 % de réussite et qu'il a parlé du caractère aléatoire de celle-ci. Monsieur

N. pensait que c'était 90 % alors que c'était 10 % de réussite par embryon. Ainsi, monsieur N. ne comprend pas l'intérêt des tentatives de FIV : « *la FIV c'est bon pour les couples qui n'ont aucune chance d'avoir des enfants ; sinon ce n'est pas la peine face au coût et à toutes les contraintes. Si j'avais su je ne l'aurais pas fait et pourtant nous l'avons fait deux fois* ». Pour les deux fois, il dit qu'il n'était pas suffisamment informé.

Chaque FIV leur a coûté 1,5 million de Francs CFA et ils ont payé tous les deux. Monsieur N. ne veut plus entendre parler de FIV, alors que madame N. veut faire une dernière tentative. Monsieur N. veut comprendre pourquoi la FIV échoue avant de recommencer. Madame N. ne consulte ni les guérisseurs, ni les marabouts, mais pense en consulter prochainement pour savoir si la prochaine FIV va réussir car elle désire avoir trois enfants. Elle est très déçue de ne pas avoir trois enfants car pour elle : « *C'est pour ça qu'on se bat !* ».

Dans cet exemple, la relation couple-gynécologue fonctionne mal. Le mari, absent des consultations, remet en cause la parole du gynécologue. Monsieur N. est réticent à l'AMP. Au départ, il ne voulait pas faire les tests et sa femme a dû le convaincre. Madame N. remet en question le savoir du gynécologue car elle compare le protocole à ceux de la France (elle a probablement eu ces informations sur internet). Lors de la première tentative, leur gynécologue pense qu'il n'a pas bien fait le transfert et il était déçu des résultats. Elle précise que son mari lui aussi était déçu. Monsieur N. déclare ne pas avoir été informé sur les taux de réussite de la FIV, alors que son épouse, elle, les connaît bien. Il trouve cette technique trop contraignante et se plaint de ne pas avoir été suffisamment informé alors qu'il ne vient jamais aux consultations. Il a pourtant été d'accord pour refaire une FIV. Madame N., elle, remet en cause encore une fois le savoir du gynécologue et nous montre qu'elle se pose des questions auxquelles le gynécologue n'a pas répondu. Il est intéressant que madame N. mentionne systématiquement la déception du médecin quand les tentatives de fécondation *in vitro* échouent alors qu'il semble à chaque fois sûr que cela va marcher. Le biologiste montre au couple des photos des embryons comme pour donner la preuve tangible de l'opération ou matérialiser l'instant. Cependant le couple ne semble pas en comprendre l'intérêt et dit même ne rien avoir vu sur les photos. Nous sommes surpris de constater que pour l'annonce des résultats, ni le gynécologue, ni le biologiste ne sont là et que c'est madame N. qui recontacte le gynécologue. Ainsi on peut se demander si l'annonce des échecs n'auraient pas été mieux perçus par les patients si les résultats leur avaient été donnés directement par le gynécologue. Ce témoignage montre l'importance de l'accompagnement des patients et leur besoin de se voir expliquer les différents aspects médicaux de la procédure, et ceci à chaque étape.

C - Pas de psychologue pour accompagner les couples

Au Sénégal, il n'y a pas de psychologue, ni de psychiatre dans les parcours d'assistance médicale à la procréation. Les personnes interrogées semblent, dans la majorité des cas, ne pas

souhaiter la présence d'un psychologue. Ainsi monsieur et madame E. déclarent : « *on est notre propre psychologue ; on se soutient mutuellement* ». Ils répondent que le gynécologue joue ce rôle et sinon qu'eux-mêmes sont leur propre soutien psychologique. Une seule femme a cependant pensé que cette présence pourrait être nécessaire. Madame L. n'a jamais réfléchi sur la présence d'un psychologue dans les parcours d'assistance médicale à la procréation, mais avec le recul, elle juge qu'elle aurait aimé être soutenue par un professionnel quand elle a reçu les résultats négatifs de sa deuxième tentative de fécondation *in vitro* le jour de son anniversaire. La gynécologue M. a appelé son mari pour lui donner les résultats et son mari les lui a annoncés. S. Boye (2008) avait déjà noté dans son étude le manque de prise en charge psychologique des couples infertiles en milieu hospitalier à Dakar :

Comme nous l'avions signalé au départ, notre introduction sur le terrain nous a permis de constater qu'il n'y a pas de psychologue à l'HOGGY¹⁶³. En plus, les assistants sociaux ne sont pas impliqués dans la gestion psychosociale de l'infécondité conjugale. Ce qui justifie qu'il n'y a pas, de façon officielle, un dispositif mis en place pour assurer l'accompagnement des couples inféconds sur le plan psychologique et social. Néanmoins, les soignants qui sont habilités à intervenir, sur le plan biomédical, prétendent offrir un soutien psychosocial aux personnes infécondes, même s'ils n'ont pas bénéficié d'une formation adéquate leur permettant d'allier les soins biomédicaux et non biomédicaux. Il s'agit entre autres des gynécologues, des urologues et de la sexo-andrologue (p. 37).

Ainsi comme l'explique S. Boye, ce sont les médecins qui jouent le rôle de psychologue bien qu'ils n'aient reçu aucune formation spécialisée. Selon elle, la relation avec le médecin détermine le sentiment d'être bien ou mal accompagné pour les patients :

Les médecins sont perçus par les patients comme des psychologues. Ils espèrent trouver de l'écoute et de la compassion auprès d'eux. Ceux qui perçoivent positivement le mode de prise en charge psychosociale, avancent des raisons directement liées aux interactions soignants/soignés, notamment, les échanges de paroles, l'écoute, les informations médicales fournies aux patients par le médecin sur leur dysfonctionnement, etc. [...] Ceux qui, en revanche, perçoivent la prise en charge psychosociale de manière négative, déplorent généralement le manque d'écoute ou d'échange de la part du soignant (p. 50-51).

Si le médecin est à l'écoute du patient, alors celui-ci estime qu'il a été bien pris en charge psychologiquement. Dans le contexte de l'assistance médicale à la procréation en France, la loi permet qu'un entretien psychologique soit proposé afin que le couple précise sa demande d'enfant. Le Code de la santé rend obligatoire l'entretien psychologique pour le receveur dans le cas d'un don de gamètes (Squires *et al.*, 2008). Les psychologues constatent pourtant que les couples sont souvent mal à l'aise avec l'idée de l'entretien psychologique car cet entretien est souvent abordé avec ambivalence ; de même les couples oublient cet entretien ou n'y viennent pas. D'ailleurs nous

¹⁶³ Hôpital Général de Grand-Yoff.

avons vu avec madame V. (chapitre 5), que le biologiste et sa propre mère lui avaient conseillé d'aller consulter un psychologue. Sa mère avait pris un rendez-vous pour elle, mais celle-ci ne s'y est pas rendue. Les patients ne souhaitent pas souvent comprendre le désir qui sous-tend leur demande d'enfant, ils attendent une action et surtout des résultats (Cailleau, 2006).

Squires *et al.* (2008) expliquent l'importance des psychologues ou des psychiatres car ils permettent d'encadrer la demande d'enfant, lorsque le projet d'enfant paraît difficile à mener. Ils suivent les couples au cours du déroulement des grossesses et parfois après la naissance de l'enfant. Quelquefois, les partenaires ne se sont pas accordés sur leur désir d'enfant et chaque membre du couple peut avoir des attentes très différentes. De plus l'entretien psychologique peut servir à atténuer la culpabilité liée à l'infertilité :

Ce qui prédomine au début des entretiens, c'est la responsabilité de l'infertilité, la recherche d'une cause, davantage à travers les faits et les événements traumatisants qu'à travers la biologie. Ainsi n'est-il pas rare d'entendre un des membres du couple et plus particulièrement la femme s'attribuer la responsabilité de l'infertilité [...]. La culpabilité est présente également chez les patientes qui se reprochent leur passé contraceptif ou qui ont vécu, bien avant, une interruption volontaire de grossesse. À nouveau, ce ne sont pas tant les conséquences de la technique qui sont invoquées, mais le sentiment d'avoir commis une faute en refusant cet enfant du destin (Cailleau, 2006, p. 89).

Selon le docteur J., le praticien, le médecin s'arrêtent au médical et ne consacrent que très peu de temps à la détresse psychologique. Ainsi l'absence d'accompagnement psychologique des couples infertiles qui avait déjà été constatée autour de la prise en charge de l'infertilité à l'hôpital public à Dakar (Boye, 2010 ; Seck, 2010), reste toujours présente dans les parcours d'assistance médicale à la procréation. Les gynécologues sont donc tenus de jouer ce rôle de psychologue, ce qui est parfois assez contraignant pour eux. Le fait qu'il n'y ait pas d'unité de structure spécialisée pour l'assistance médicale à la procréation constitue sûrement aussi un frein pour la mise en place de ce soutien. Pour comprendre la nécessité d'un soutien psychologique dans les parcours d'AMP, prenons l'exemple de madame D.

Madame D.

Madame D., Camerounaise catholique âgée de trente ans, commerciale, et son époux, Camerounais catholique âgé de trente-trois ans, informaticien, se marient en 2008 et vivent depuis à Dakar.

Madame D. consulte un gynécologue après un an de mariage. Son mari se demande si sa femme n'a pas un problème d'infécondité. Madame D. fait un monitoring pendant trois mois pour contrôler son ovulation et les examens sont tous bons. Elle se sent rassurée de ne pas avoir de problème car elle ne veut pas être responsable de l'infertilité du couple. Au Sénégal, elle consulte deux

gynécologues avant le gynécologue A. Un des gynécologues qu'elle consulte lui propose de faire une hystérosalpingite, mais elle refuse. Le docteur A. lui déconseille aussi cette opération. Elle préfère faire confiance au docteur A. plutôt qu'aux gynécologues précédents.

Monsieur D. fait, de son côté, des examens qui révèlent une oligoasthénospermie, ce qui l'affecte beaucoup. Il consulte un urologue qui lui prescrit des traitements hormonaux, mais sans résultat. L'urologue conseille à monsieur D. de se faire opérer au niveau des organes génitaux. Monsieur D. accepte cette opération, mais pas madame D. car elle a peur que la situation ne s'aggrave et ne devienne irréversible. Elle demande conseil au docteur A., qui critique lui-même cette méthode et leur propose de s'engager vers l'AMP.

Monsieur et madame D. connaissaient les nouvelles technologies de reproduction avant que le docteur A ne leur en parle. Il les informe sur l'IAC, l'ICSI et la FIV, mais leur conseille la FIV en raison de leur âge. Ils rencontrent ensuite le biologiste L. qui leur conseille l'ICSI. Le docteur A. n'est pas d'accord pour faire une ICSI. Les deux médecins se concertent et le couple fait une première FIV en mars 2010. Celle-ci échoue à cause d'une coupure de courant ; une machine s'est arrêtée de fonctionner pendant que les embryons étaient en formation. Le biologiste les appelle, ainsi que le docteur A., pour s'excuser et les avertir. Le couple se sent très affligé par cet incident.

Ils font une deuxième FIV en juin 2010. Ils reprennent le protocole au début. Pour la deuxième FIV, ils rachètent les médicaments, mais ne paient pas les analyses. Le biologiste L. procède à l'insémination de deux embryons, mais un seul se développe. Madame D. réussit cette grossesse et accouche en mars 2011.

S'ils veulent un autre enfant, ils devront recourir de nouveau aux techniques de procréation, mais pour le moment madame D. n'envisage pas une nouvelle grossesse à cause de la douleur de l'accouchement et de la césarienne. L'entourage n'est pas au courant de leurs démarches car « *c'est juste un secret de couple* ».

Madame D. est très active concernant sa fertilité, contrairement à la plupart des femmes sénégalaises interrogées. Au Cameroun, elle avait déjà consulté des gynécologues, et à Dakar elle en a consulté trois simultanément. Son mari pensait que sa femme avait un problème d'ovulation, ne remettant pas en cause sa fertilité à lui. Madame D. est proche de son gynécologue et lui fait entièrement confiance. Elle refuse que son mari subisse une intervention des organes génitaux car elle redoute que cette opération n'ait des conséquences à long terme. De même elle refuse de faire une opération des trompes et se fie à l'avis du docteur A. Ici, on perçoit que c'est plus madame D. que son mari qui prend les décisions, contrairement au schéma traditionnel du couple au Sénégal ; celui-ci semble lui faire confiance.

Pourtant, ce couple a du faire de nombreux choix (opération, choix de la technique d'insémination) et faire face à des échecs (incident lors de la première FIV). Même si une relation de confiance a été instaurée entre le gynécologue et les patients, avoir le soutien d'un psychologue aurait pu être une bonne chose pour ce couple. Face à cette situation, ils n'ont pu compter que sur eux-mêmes pour se remotiver.

D - La relation avec le biologiste

Lors de l'enquête de terrain à Dakar, nous avons rencontré le docteur L, biologiste à Dakar qui a décidé de créer un espace adapté à la biologie de la reproduction dans son laboratoire. Pour cela il a demandé de l'aide à un biologiste français à la retraite. En France, il avait mis à sa disposition un laboratoire FIV et l'avait guidé pour le choix du matériel et de l'équipement. Ce biologiste français est ensuite venu avec un professionnel qui a vendu au docteur L. le matériel adapté. Au courant de l'année 2011, une biologiste française à la retraite est venue le suppléer pour former d'autres biologistes aux techniques d'AMP pendant six mois. Le laboratoire Bio 24 fait des analyses médicales, de la biologie de la reproduction, du recueil de sperme et de la congélation d'embryons, mais toutes ces activités ne constituent pas l'activité principale du laboratoire et sont même assez marginales. Le biologiste L. considère que l'assistance médicale à la procréation représente un pourcentage infime des activités du laboratoire Bio 24. Le laboratoire pratique environ quarante tentatives d'assistance médicale à la procréation par an et il fait de bons résultats, car il sélectionne les couples les plus aptes à obtenir une naissance grâce à ces techniques. Il explique que d'autres pays africains sont moins sélectifs et font plus de tentatives, mais ils ont de moins bons résultats.

Le rôle du biologiste est également très important dans les processus d'AMP, car après le gynécologue, c'est le deuxième interlocuteur des couples et il intervient lors de plusieurs étapes importantes. Le biologiste L. reçoit les couples et fait un entretien avec eux qui dure environ une heure. Il leur explique leur infertilité et leur montre des photos. Selon monsieur et madame E., le biologiste L. est très sociable et il leur a laissé la possibilité de payer à la fin du protocole. Ils étaient ainsi soulagés de ne pas devoir payer aussitôt. Avant la fécondation *in vitro*, madame et monsieur A. ont fait un entretien d'une heure avec le biologiste. Il leur a donné des explications sur cette technique médicale. Ils l'ont aussi vu le jour de la ponction des ovocytes à la clinique et le jour du transfert des embryons au laboratoire. Le jour du transfert des embryons, le biologiste leur a montré une photo des embryons. Pour la fécondation *in vitro* madame V. a eu un entretien au laboratoire pendant deux heures. Elle explique que le biologiste veut rencontrer les couples avant la fécondation *in vitro* pour les connaître et leur faire signer des documents : l'accord pour le prélèvement des ovocytes et du sperme, le choix du nombre d'ovules à transplanter et la question de la congélation des ovocytes et du sperme. Nous notons une fois de plus l'importance des photos dans l'explication du protocole d'assistance médicale à la procréation et les supports visuels des embryons avant le transfert. Cependant la relation avec le biologiste est beaucoup moins intime qu'avec le gynécologue, son rôle se cantonnant aux explications techniques et aux procédures légales.

III - L'AMP : UNE DECISION CONJUGALE ?

A - Le projet parental

Pour qualifier le souhait des patients qui recourent à l'AMP, les médecins évoquent la notion d'« intention » aux États-Unis et de « projet parental » en France (Merchant, 2009). C'est le couple recourant à l'AMP qui est pris en compte par les médecins ; la femme n'est plus au cœur du processus reproductif. En Grande-Bretagne, les deux conjoints doivent donner leur accord pour la création d'embryons, leur conservation, leur implantation. Cette situation d'égalité devant la procréation artificielle diffère de celle de la procréation naturelle : dans les cas d'avortement, seul le consentement de la femme est nécessaire (Charlot, 2008). La législation (au travers des lois relatives à l'avortement et à l'AMP) introduit donc une différenciation entre les mères naturelles et les mères par AMP. Selon M. Canto-Sperber et R. Frydman (2008), l'AMP affirme la puissance du couple dans ses décisions reproductives et non celle de la femme seule :

Une autre réserve à la toute-puissance de la volonté féminine en matière de naissance apparaît clairement lorsque la femme doit recourir à l'assistance médicale à la procréation. Dans un tel cas, en France, l'intention maternelle ne vaut pas et ne peut pas valoir seule. Le recours à l'AMP n'est en effet autorisé que si l'homme et la femme s'engagent ensemble dans un projet parental, puisque seuls les couples, et non une femme seule peuvent aujourd'hui en bénéficier. Une femme stérile ne peut, grâce aux progrès de la médecine, devenir mère qu'au sein d'un couple, couple animé par le projet affirmé, assumé d'être parents ensemble. Les intentions conjointes du père et de la mère sont alors nécessaires pour faire un enfant (p. 36).

La décision conjugale tient une place majeure dans l'AMP. Selon eux : « La décision de faire ou de ne pas faire un acte médical repose sur un consentement mutuel et engage une responsabilité partagée » (p.75). Ainsi le médecin et le couple s'entendent pour engager un protocole d'AMP.

Le « désir d'enfant »

Le « désir d'enfant » est un critère déterminant pour les médecins concernant l'acceptation ou le refus des dossiers des candidats à l'AMP. S. Mathieu (2013) explique que cette notion est surtout mobilisée dans l'AMP avec don de sperme pour « convaincre le futur père qu'il sera le « véritable père » de l'enfant à venir » (p. 63). M. Canto-Sperber et R. Frydman (2008) décrivent les exagérations de ce désir d'enfant :

Le désir d'enfant est désormais étroitement associé au vœu d'un enfant choisi. L'enfant est représenté comme d'autant plus précieux et valorisé qu'il est censé refléter le désir des parents et leur projet intime. Les parents se sentent en quelque façon responsables de leur enfant avant même la naissance, ils s'en sentent solidaires, car cet enfant à venir incarne ce qu'ils ont voulu, et même ce qu'ils sont. D'où le désir parfois exprimé par les parents d'influer sur ce que sera l'enfant, de le façonner, non nécessairement à leur image mais en tout cas en fonction de leur désir. Tel est le prolongement moderne du

désir d'enfant, souvent fortement exprimé par les futurs parents, même si la médecine, la loi et la société donnent aujourd'hui, nous l'avons vu, peu de moyens de satisfaire pareil désir (p. 43).

On remarque que le fait de simplement vouloir une descendance peut sous-tendre de nombreuses autres exigences, comme un enfant de plus en plus parfait, le plus ressemblant possible : « La force du désir d'enfant rend aujourd'hui particulièrement instables les limites de ce qu'il est possible de faire en matière de procréation humaine » (p. 47). Ainsi la liberté de l'enfant à naître entre parfois en conflit avec la liberté des parents. G. Delaisi et P. Verdier (1994) reprochent à la notion de « projet parental » d'être totalement adultocentrée et d'oublier l'intérêt de l'enfant.

Le « projet parental » est très important pour les médecins qui encadrent l'AMP. Ils doivent sentir le couple prêt à accueillir l'enfant à naître. Ils doivent percevoir que le couple « désire » cet enfant, même s'ils doivent aussi poser certaines limites à ce désir. Alors, l'AMP, en plus d'être une décision conjugale, doit avoir l'aval de cette autorité médicale représentée par le gynécologue. L'AMP déplace la décision principale de la femme (qui prime dans la grossesse naturelle) à la décision conjugale concernant le sort des embryons. Il convient aussi de noter que, contrairement aux consultations chez les guérisseurs et les marabouts, dans les parcours d'AMP, les familles n'ont aucune place, aucun rôle à jouer.

B - L'implication totale des femmes-patientes

L'implication physique

Le corps des femmes est au cœur des parcours d'assistance médicale à la procréation. Ainsi, par exemple, la docteure M. voulait dès le départ que madame V. fasse une fécondation *in vitro*, ce que son mari souhaitait aussi, mais elle ne se sentait pas prête. Elle préférait faire une IAC. Après trois tentatives d'IAC qui ont échoué, elle a accepté finalement de tenter une fécondation *in vitro*. Les bilans à faire avant la FIV sont assez contraignants et c'est en partie pour cela qu'elle ne voulait pas la faire, notamment pour le dépistage du VIH/sida qu'elle appréhendait. De plus, elle pensait que les risques pour sa santé étaient plus grands pour la fécondation *in vitro* que pour l'IAC, notamment lors des prélèvements des ovocytes et du sperme à l'hôpital et de l'anesthésie générale. Elle explique qu'elle est de nature très angoissée et qu'elle part toujours perdante dès le départ. À la difficulté d'intégrer dans son emploi du temps les rendez-vous (elle dit de son travail qu'il est « stressant et contraignant ») s'ajoute la souffrance endurée pendant les examens. Ainsi on constate les conséquences du stress généré par l'AMP sur madame V. : elle a préféré faire trois IAC, plutôt qu'une fécondation *in vitro* à cause de l'implication supplémentaire de celle-ci. Cependant, face aux échecs des IAC, elle a dû se résoudre à faire la fécondation *in vitro*. Ce témoignage démontre que l'impact psychologique et les contraintes des protocoles d'AMP ne découragent cependant pas les patientes quand les autres techniques échouent, le désir d'enfant étant leur priorité.

Une autre femme, madame D. a mal vécu les effets du traitement : les injections lui occasionnaient des douleurs et les hormones et les médicaments la rendaient hypersensible. Les

injections lui donnaient aussi des nausées, elle était fatiguée et éprouvée. La ponction de l'ovocyte a été douloureuse pour elle pendant deux à trois jours. Madame F. raconte avoir beaucoup souffert pendant l'hystérogaphie. Selon madame E., le protocole de fécondation *in vitro* est très contraignant car il faut faire une injection tous les jours à la même heure. Elle se plaignait tout le temps, notamment de maux de ventre, mais elle avait été prévenue de toutes ces douleurs par le gynécologue. Ces difficultés tant physiques que psychologiques font partie intégrante des parcours d'AMP :

Quasiment tous les couples parlent de « parcours du combattant », d'épreuve ou de combat, pour qualifier leur expérience de FIV. [...] Les examens (hystérogaphie, spermogramme, prises de sang et échographies) sont jugés pénibles, d'autant qu'ils sont pratiqués plusieurs fois. [...] Quand à la procédure FIV, il s'agit de traitements standardisés se déroulant à dates fixes, et selon des horaires rigoureux pour les injections qui impliquent de nombreux déplacements pour les consultations, les prélèvements et transferts et une réelle organisation du couple. [...] Ces traitements peuvent être douloureux et entraîner des modifications physiques (anxiété et nervosité). Les femmes ne se souviennent pas d'avoir été prévenues du risque d'une hyperstimulation qui nécessiterait une hospitalisation. En ce qui concerne la pénibilité des traitements, la ponction ovocytaire est considérée comme la plus difficile (49,6 %), suivie par les injections (24,3 %), les prises de sang (14,9 %) et les examens radiologiques (5,5 %) (Bachelot et al., 2008, p. 249-250).

Les désagréments des parcours d'AMP ne sont pas seulement physiques ; toute une souffrance psychologique accompagne les femmes le long des protocoles.

L'implication psychique

Selon G. Delaisi de Parseval et Janaud (1983), les femmes sont beaucoup plus sollicitées physiquement et psychiquement dans ces parcours d'assistance médicale à la procréation : « Ce sont donc toujours les femmes qui portent *de facto* le poids de l'infertilité, et ceci tant physiquement que psychologiquement » (p. 93). Pendant les traitements, la vie des femmes se trouve bousculée :

Quelle que soit l'origine de l'infertilité, c'est la femme qui se trouve au centre du traitement au prix souvent d'une désorganisation sociale. Il semblerait que le parcours de la Fécondation *in vitro* génère un stress bien spécifique. Le spray nasal toutes les six heures, les échographies, les injections d'hormones et les prises de sang organisent la vie quotidienne des patientes autour d'un noyau obsessionnel. Paradoxalement, cette obsessionalité va s'avérer protectrice car elle donne accès au fait, à la technique, dernier rempart contre les craintes d'effondrement. Certaines phases du traitement ne sont pas sans douleur et le corps jusque-là silencieux s'en trouve ravivé. Attachée à un endroit, un organe ou un site, la douleur physique accentuée dès lors l'impression de morcellement qui constitue une menace pour l'identité (Cailleau, 2006, p. 91).

Ainsi les douleurs pour les femmes sont physiques et psychiques, notamment à travers le stress provoqué par l'assistance médicale à la procréation. Selon Bachelot *et al.* (2008), les femmes

tentent de maîtriser leur corps dans l'assistance médicale à la procréation, ce qui est parfois décourageant :

À travers ce « parcours du combattant » qui requiert de véritables capacités stratégiques pour le couple et pour la femme en particulier, il s'agit d'abord de maîtriser, grâce à la médicalisation, un corps perçu comme rebelle à la fécondation. Cette démarche devient un véritable « challenge » à remporter. Au-delà, il faut maîtriser un destin qui n'obéit pas au projet de création d'une famille (p. 252).

L'assistance médicale à la procréation affecte aussi bien la santé physique des femmes que leur santé mentale. Elles portent plus lourdement la charge de l'assistance médicale à la procréation que leur époux. Dans ce contexte, elles supportent mal les échecs de leurs tentatives d'assistance médicale à la procréation.

C - Une implication plus superficielle des hommes-patients

Tout ce que nous avons constaté concernant les consultations pour infertilité dans la deuxième partie de la thèse est similaire au déroulement des parcours d'assistance médicale à la procréation ; au Sénégal les hommes viennent rarement aux consultations. Par exemple, monsieur G. ne se rend aux consultations qu'à la demande du gynécologue. Le mari de madame V. se déplace au moment des inséminations artificielles et fait les traitements demandés. Selon madame A. : « *Les médecins peuvent obliger les maris à venir aux consultations avec leur épouse. Les obliger à faire les analyses, leur expliquer. Il faut les obliger, mais je ne sais pas comment il faudrait faire* ». En effet, si les hommes viennent quand le médecin les convoque, il serait donc possible que le mari soit présent à chaque consultation si le médecin l'exigeait. L. Tain (2013) explique cette relation implicite entre les femmes et les médecins :

Ce sont les femmes qui « assument pour deux » [...], qui prennent l'initiative, qui s'occupent des procédures techniques. Le partenaire masculin s'investit généralement beaucoup moins, parfois même quasiment pas [...]. Les femmes endossent les tâches reproductives qui leur sont assignées et l'institution médicale prend le relais (p. 107).

Cependant, d'autres couples choisissent d'être ensemble aux consultations. Par exemple, monsieur et madame F. ont eu trois rendez-vous avec la gynécologue M. et à chaque fois ils étaient tous les deux présents. La gynécologue M. dit : « *Quand c'est l'homme qui est infertile, souvent il fait l'AMP jusqu'au bout. Il se plie aux examens et il paie jusqu'à la FIV. Il est plus motivé pour les traitements.* ». Le docteur L. appuie cette position :

Dans la plupart des couples c'est l'homme qui a des problèmes. Quand c'est ça il se sent responsable et met les moyens. Si c'est la femme qui a le problème, il préfère prendre une autre femme. C'est pour ça qu'on voit plus d'infertilité masculine ici (*Docteur L, biologiste*).

Ainsi dans les cas d'infertilité masculine, l'homme serait plus motivé pour les démarches de l'assistance médicale à la procréation, même si cela n'est pas systématique. Monsieur B., qui est à l'origine de l'infertilité de son couple, en est un exemple :

Mon épouse et moi on est très proches. Ça nous a encore plus rapprochés ; on s'est épaulé. La grosse partie dans cette histoire c'est la stimulation qui provoque la prise de poids, les injections. Le mari en face il devrait se sentir presque obligé de soutenir son épouse. C'est banalisé, alors que ça reste assez lourd sur le plan physique, surtout pour l'épouse (*Monsieur B., 38 ans, Sénégalais d'origine libanaise, Catholique*).

Monsieur B. a compris l'importance d'accompagner son épouse car il sait l'épreuve induite par ces traitements. Ainsi, pour lui, le rôle de l'époux est de soutenir sa femme à toutes les étapes du protocole. Souvent les maris sont les premiers soutiens de leurs épouses. Par exemple, le mari de madame C. l'a réconforté après l'échec de leur FIV en lui disant : « *ne te fais pas de soucis ; n'y pense pas* ». Des auteurs relatent le fait que l'homme encourage son épouse quand elle souhaite renoncer : « L'homme semble en retrait dans sa revendication, mais on peut se demander quelle est réellement sa place en tant que demandeur : tant qu'il conserve l'espoir d'une grossesse, il encourage sa femme à poursuivre lorsque celle-ci se sent prête à abandonner. » (Bachelot *et al.*, 2008, p. 255). Cependant, à l'inverse, c'est souvent lui qui est à l'initiative de l'arrêt des tentatives d'assistance médicale à la procréation :

Pour les couples ayant renoncé à continuer le traitement, dans la plupart des cas, c'est l'homme (le conjoint, voire le père de la patiente) qui décide d'arrêter : il ne souhaite plus que sa femme prenne des risques inutiles pour sa santé [...]. Contrairement à ce que l'on observait durant les tentatives, sa parole l'emporte alors sur celle des médecins, la femme se sentant enfin rassurée sur sa féminité (Bachelot *et al.*, 2008, p. 257).

Ainsi la parole de l'époux semble libératrice pour une femme même lorsqu'il décide d'arrêter les tentatives ; il lui signifie qu'il l'aimera même s'ils n'ont pas d'enfants. L'anthropologue V. Hörbst (2009) a aussi constaté ce fait au Mali : « Moreover, it is the husband who officially pays for treatment, and he is therefore the one who makes the final decision to move forward with or reject ART. » (p. 5). De même les hommes infertiles ont du mal à supporter la souffrance de leur épouse. Monsieur B. déclare que le traitement est dur et les échecs sont difficiles à accepter. Sa femme souffrait pendant les traitements et après l'échec de la FIV. Il ne voulait plus la voir souffrir et voulait arrêter au bout de quelques tentatives. Madame D. raconte que pendant la FIV, son mari avait « *pitié d'elle* » car elle souffrait pour son problème à lui et il se sentait coupable de la voir souffrir. Dans ces exemples de parcours d'AMP, on voit bien que toutes les interventions médicales se font sur le corps des femmes, que l'infertilité soit masculine ou féminine. L'homme devient un spectateur impuissant face à la souffrance de sa femme. Il éprouve de la culpabilité à voir son épouse souffrir. La solidarité et l'empathie au sein des couples sont la seule réponse possible à la souffrance.

Les hommes se sentent encore plus mal à l'aise dans les parcours d'AMP avec don de gamètes. J. Mazzone (2010) explique : « Pour les hommes en colère, la blessure de la stérilité reste

ouverte, comme une plaie qui ne pourra jamais se cicatriser. Ils n'aiment pas trop parler de leur vécu personnel : le plus souvent, ils insistent sur le fait que leur stérilité ne leur pose pas de problème majeur » (p. 270). Selon D. Besse, M. Emery, D. Wunder-Galié et D. Wirthner (2010), la blessure de l'annonce de l'infertilité masculine amène la décision du secret comme solution au rejet du père par l'enfant et à la stigmatisation de l'enfant du fait d'être différent. Selon ces auteurs, la crainte des hommes stériles est de ne pas être perçus comme le « vrai » père de l'enfant. Pour comprendre la place de l'homme dans les parcours d'assistance médicale à la procréation prenons l'exemple de madame H.

Madame H.

Madame H., Ivoirienne musulmane âgée de trente-quatre ans, pharmacienne, et son époux, Sénégalais musulman âgé de quarante-trois ans, pharmacien, se marient en 2006. Monsieur H. a un fils d'un précédent mariage.

En 2007, suite à des difficultés pour concevoir un enfant, un collègue oriente le couple vers la gynécologue M.

Le problème d'infertilité provient de monsieur H. La docteure M. leur explique les différentes possibilités qu'ils ont pour avoir un enfant : attendre, faire une IAC, faire une FIV. Ils prennent la décision de faire une FIV au plus tôt en concertation avec la gynécologue. La première tentative de FIV réussit et madame H est enceinte.

Madame H. a reçu des conseils de sa famille : « *Tu as un poste à responsabilité, mais prends le temps de faire des enfants* ». Sa mère lui disait : « *Ne négligez aucune solution pour avoir un enfant et ne perdez pas de temps* ».

Dans le parcours d'AMP, monsieur H. a rencontré une seule fois seul la gynécologue M., à la troisième consultation. Madame H. se rend seule à la plupart des rendez-vous et son mari ne vient que lorsque sa présence est nécessaire. Elle ne comprend pas ce fonctionnement des parcours d'AMP : « *Je suis celle qui a le plus d'interactions avec le gynécologue, alors que ça n'est pas moi qui ai le problème. Quand c'est le problème de l'homme, il n'est pas souvent pris en charge. Il réussit à surmonter son problème quand ça se passe bien, mais si ça ne marche pas, il ne le surmonte pas bien [...] la prise en charge de l'homme n'est pas très optimale car c'est la femme qui reste un mois avec le médecin. J'ai reçu de la motivation moi !* ».

Madame H. ne consulte ni guérisseur, ni marabout. Elle fait simplement des prières personnelles. Sa fille est née en 2008. Elle ne sait pas si elle lui révélera son mode de conception, car elle n'est pas persuadée que cela soit important.

Elle n'a jamais parlé de ce problème d'infertilité avec sa famille. Elle est la confidente de plusieurs amies qui lui racontent leurs problèmes d'infertilité car elle est dans la sphère médicale, mais elle ne s'est confiée à personne, à part à leur collègue du laboratoire et à la docteure M. Elle ne peut pas parler de son expérience car ils sont deux à être impliqués, elle et son mari.

Monsieur H. ne vient jamais aux consultations alors que c'est lui qui est infertile. Il ne vient que lorsque sa présence est obligatoire. Il n'a pas cette relation de confiance avec la gynécologue, contrairement à son épouse qui déclare avoir reçu de la motivation. Madame H. soulève le problème intéressant du suivi des hommes engagés dans les parcours d'AMP. La femme reste au cœur de la procédure alors que l'homme semble seulement suivre son épouse. La motivation et l'accompagnement psychologique que peut recevoir la femme lors des consultations ne semblent pas étendus à l'homme qui doit pourtant faire face, en cas d'infertilité à de nombreux choix (notamment accepter les traitements).

L'implication totale des femmes-patientes peut aussi induire une tension forte dans les rapports conjugaux. Selon D. Bonnet et V. Duchesne (2014), dans le contexte migratoire, certains époux soutiennent leur femme partie à l'étranger dans le but de recourir à l'AMP. Les auteures montrent cependant que les femmes, issue de classes aisées ou moyennes supérieures, finissent par payer seules leur recours à l'AMP. En leur absence, les hommes doivent s'occuper de la gestion domestique et de l'éducation des enfants, ce qui crée des discordes entre les époux. Les femmes se coupent de leur activité professionnelle, ce qui n'est pas le cas des époux. Ainsi cette situation de migration, surtout dans les cas où elle s'allonge dans le temps, finit par mettre une distance entre les époux du fait de l'obstination de l'épouse pour son désir d'enfant et de son isolement dans ce projet.

Le spermogramme

Le spermogramme est le moment où l'homme entre, en tant qu'acteur, dans le protocole d'assistance médicale à la procréation. Le spermogramme est le premier examen qu'il doit subir, évoquant pour la première fois la possibilité d'une infertilité masculine. Selon A. Giami, L. Calderon-Velasquez et D. Vasconcellos (2008), beaucoup d'hommes n'associent pas d'emblée le spermogramme à la pratique de la masturbation et se le représentent comme un examen médical. Quand ils comprennent de quoi il s'agit, le spermogramme les met mal à l'aise : « Ces hommes doivent se masturber « sur commande » ce qui provoque chez eux un sentiment de gêne, et ce d'autant plus qu'il s'agit d'un contexte inapproprié dans lequel ils ont l'impression de ne pas bénéficier de l'intimité nécessaire » (p. 231). Cette pratique entraîne un sentiment contradictoire en associant la masturbation, un acte érotique et la procréation. Le recueil de sperme est doté de significations empruntées à deux registres : le registre médical et le registre sexuel (Giami *et al.*, 2008). Le spermogramme fait cependant passer les hommes du statut de spectateur à celui d'acteur :

À partir de ce moment, la prescription du recueil de sperme suscite deux types de postures. D'une part, après avoir été le spectateur ou l'accompagnant du parcours médical de la femme, l'homme a le sentiment, et parfois le soulagement, d'entrer enfin de plein-pied dans la démarche médicale : il se retrouve à son tour la cible des traitements, des préoccupations et de l'attention médicale, et aussi de l'attention portée par sa femme, soucieuse de ce qu'il se conforme aux demandes qui lui sont faites pour assurer l'avancée du traitement médical. Il fait ainsi son entrée dans le protocole médicalisé aux côtés de sa femme, comme acteur à part entière. L'idée selon laquelle l'entrée dans le parcours du traitement rétablit une certaine égalité avec leur partenaire au niveau du partage de l'imputation d'infertilité, apparaît chez certains hommes. Cette situation nouvelle peut cependant avoir des effets positifs : elle ouvre la possibilité d'un renouvellement de la communication au sein du couple (Giami *et al.*, 2008, p. 226).

Ainsi c'est par le spermogramme que l'homme fait son entrée comme acteur dans le protocole d'assistance médicale à la procréation par un acte à connotation sexuelle. Le spermogramme est, au final, le seul examen médical concernant les hommes. Il n'est plus seulement spectateur des analyses et des traitements imposés à sa femme.

Le paiement des soins

Concernant les parcours d'assistance médicale à la procréation des couples infertiles, les entretiens indiquent que ce n'est pas systématiquement l'homme qui les finance. Cela dépend en fait des revenus de chaque époux. Souvent les deux époux financent conjointement l'assistance médicale à la procréation. Dans les milieux hospitaliers, les entretiens ont révélé que les maris prennent en charge les traitements. Sur le financement des soins des nouvelles technologies de reproduction au Sénégal, il existe plusieurs cas de figure, qu'analyse le biologiste L. :

Certaines femmes prennent ces soins en charge ; pas mal de femmes. Souvent des femmes qui gagnent bien leur vie, qui ont eu une grande carrière et qui ont mis leur maternité de côté. Alors dans ce cas ce sont elles qui paient pour leur problème et elles sont en couple avec des hommes plus jeunes qu'elles. Quand les femmes sont jeunes et les maris vieux, c'est souvent les maris les responsables et ils financent. Quand les femmes sont vieilles, ce sont elles les responsables et elles financent (*Docteur L, biologiste*).

La prise en charge financière des soins de l'assistance médicale à la procréation semble donc mieux répartie entre les deux époux que dans celle de l'hôpital public.

D - Les sentiments partagés

L'échec de l'AMP

Les couples ne semblent jamais préparés à l'échec de l'AMP. Étant donné les sacrifices induits par l'assistance médicale à la procréation, ils pensent que les chances de réussite sont assez élevées. Madame V. évoque la difficulté de l'attente entre l'IAC et la reprise du cycle des règles signifiant que la tentative a échoué. Dans la littérature sur l'assistance médicale à la procréation, les

psychologues parlent effectivement de la difficulté de cette expectative : « Après l'étape du transfert des embryons, arrive la période solitaire de l'attente du résultat. » (Cailleau, 2006, p. 91). Ce délai et surtout la perspective de l'échec sont les plus difficiles à supporter et font augmenter l'anxiété et une forme de dépression (Bachelot *et al.*, 2008). Selon S. Fainzang :

Si les patients souffrent du manque d'information, c'est surtout le temps long pendant lequel ils sont privés de cette information qui les tourmente. [...] Le temps et la durée sont des éléments fondamentaux, qui comptent pour beaucoup dans la difficulté à endurer l'absence d'information (Fainzang, 2006, p. 83).

Cette période est aussi difficile car, comme nous l'avons compris, les couples souffrent particulièrement de solitude à ce moment, n'étant plus accompagnés par le gynécologue. Certains couples semblent s'être préparés à l'échec de l'assistance médicale à la procréation. Par exemple, monsieur et madame F. savent que les taux de réussite de la FIV se situent entre 20 % et 30 %. Ils savent qu'il y a des personnes qui réussissent à la dixième tentative, mais eux ne veulent pas aller au-delà de deux ou trois tentatives. Cependant, malgré une certaine préparation, la déception de l'échec est toujours très forte. Par exemple, le jour où l'on a annoncé à madame P. l'échec de la fécondation *in vitro*, elle était anéantie car elle n'y était pas préparée. Son mari était aussi découragé, mais il le cachait. Elle précise que le docteur A. les avait avertis des échecs, mais elle ne pensait pas que la FIV ne réussirait pas. Certains couples prennent conscience du caractère aléatoire de l'assistance médicale à la procréation après plusieurs tentatives. Par exemple, monsieur N. qui a fait une IAC et deux FIV déclare : « *C'est le volet chance. C'est comme à la loterie ; tu peux avoir de la chance ou pas. L'incertitude est frustrante. Tu te sacrifies pendant un mois et tu n'es pas sûr qu'il y ait une grossesse* ». Les couples sont assez mal préparés à l'échec de l'assistance médicale à la procréation, peut-être en raison d'un manque de préparation psychologique en amont de l'intervention médicale. Ils mettent donc souvent du temps à se remettre de leurs échecs.

L'espoir de l'AMP

Les couples engagés dans les parcours d'assistance médicale à la procréation sont majoritairement très enthousiastes face aux nouvelles technologies de reproduction. Pour monsieur B., les nouvelles technologies de reproduction sont un espoir pour le traitement de l'infertilité : « *Il n'y pas un mot plus fort qu'espoir. C'est une joie énorme ; c'est plus que de l'espoir !* ». Il pense que pour que la situation évolue, il faut en parler et sensibiliser la population sénégalaise. Cependant, il a constaté une évolution au Sénégal par rapport au nombre d'hommes venant en consultation pour faire un spermogramme. Selon lui, les mentalités sont en train de changer. Madame D. a aussi une bonne opinion des nouvelles technologies de reproduction :

Les techniques d'AMP, c'est comme le sauveur. C'est une belle opportunité pour les personnes qui ont des problèmes de procréation. Après deux ans sans enfant dans la même maison avec des rapports sexuels réguliers, l'idéal est de penser à ces techniques. Plus vous attendez, plus vous stressez et plus vous perdez vos chances de procréer. Le stress joue un grand rôle dans la procréation (*Madame D., 30 ans, Camerounaise, Catholique*).

Madame H., devenue mère grâce à l'AMP, pense que ces nouvelles technologies de reproduction sont utiles car « *ça donne de l'espoir !* ». Elle connaît beaucoup de personnes de son entourage qui sont dans cette situation d'infertilité et déclare : « *Quand on dit qu'il existe des solutions, il y a un grand espoir chez ces couples. Le protocole est lourd et fastidieux, et les résultats sont incertains, mais ça reste un espoir* ». Elle a d'ailleurs souvent conseillé cette pratique aux gens qui ont des problèmes d'infertilité et elle est consciente de sa chance : « *On reste cependant conscient que ça aurait pu ne pas marcher !* ». Madame L. explique qu'au XVIIème siècle, elle n'aurait pas pu bénéficier de ces techniques et n'aurait donc eu aucune chance de d'être enceinte car elle a subi l'ablation de ses deux trompes. Elle conseille l'assistance médicale à la procréation et elle en a d'ailleurs parlé à une collègue qui est dans une situation un peu similaire. Pour elle, l'AMP est formidable. Madame A. donne son avis sur l'assistance médicale à la procréation : « *C'est très bien et ça aide les couples. Même si au final ça ne marche pas, il faut quand même tenter et se dire qu'on a tout essayé. Même si on a une chance sur mille, il faut tenter* ». Elle le conseillerait à d'autres personnes. Ainsi, même lorsque leurs tentatives ont échoué, les couples sont très majoritairement enthousiastes face aux nouvelles technologies de reproduction car elles constituent un espoir de sortir de l'infertilité.



Contrairement aux consultations chez les guérisseurs et les marabouts où les membres de la famille accompagnent parfois les femmes, dans les parcours d'AMP, les couples sont seuls.

Dans les parcours d'AMP, deux acteurs extérieurs au couple sont à prendre en considération : le gynécologue et le biologiste. La décision de recourir à l'AMP se négocie à trois avec le gynécologue. Ainsi le projet parental et le désir d'enfant sont importants pour les médecins afin d'évaluer la motivation du couple pour un parcours procréatif difficile. Les femmes sont plus impliquées, les hommes s'investissent souvent à minima, hormis certains hommes qui se tiennent aux côtés de leur épouse tout au long du protocole. L'AMP est une décision conjugale, même si le couple passe par le gynécologue pour concrétiser son désir d'enfant et même si les deux époux ne s'impliquent pas de la même manière. L'assistance médicale à la procréation est une épreuve pour les couples infertiles : épreuve physique pour les femmes, psychique et financière pour le couple. Les médecins déplorent l'absence des maris dans les consultations et lors des examens pratiqués sur les épouses. Selon certains auteurs, cela peut constituer un avantage pour la femme dans l'autonomie de sa décision, ainsi qu'une contrainte, en la mettant dans une position de solitude dans sa démarche médicale (Bonnet, 2009).

Les relations entre patients et gynécologues sont parfois personnalisées et difficiles à gérer car il manque des personnes intermédiaires pour coordonner l'assistance médicale à la procréation et soulager le praticien dans les aspects plus psychologiques que médical. Ce manque de moyens humains est accentué par l'absence de service consacré à l'AMP. La sphère familiale n'étant pas associée au projet et l'encadrement psychologique étant absent, personne en dehors des deux membres du couple ne peut l'aider à supporter les souffrances, les attentes et les échecs. Les couples, et surtout les femmes qui auraient le plus besoin d'accompagnement, ne peuvent donc compter que sur leur solidarité mutuelle.

Ainsi, le manque d'encadrement psychologique semble être une lacune du système d'AMP au Sénégal : premièrement pour les couples, et notamment pour les femmes, qui sont souvent seules dans les parcours d'AMP, deuxièmement pour les gynécologues qui se trouvent investis par défaut du rôle de confident, de soutien psychologique.

Il s'agit à présent de comprendre quels malaises soulève la mise en place de l'AMP au Sénégal, et en particulier l'AMP avec don de gamètes.

CHAPITRE 9.

LE REFUS DU DON D'ENGENDREMENT

Nous venons de comprendre les épreuves auxquelles sont soumis les couples dans les parcours d'assistance médicale à la procréation. Ces parcours sont difficiles et contraignants, pourtant les couples essaient à plusieurs reprises les protocoles. Comme nous l'avons présenté dans la seconde partie, la stérilité est très stigmatisante au Sénégal. De fait, les couples tentent tous les recours possibles pour avoir un enfant. Certains couples parviennent à concevoir grâce aux nouvelles technologies de reproduction, mais cela n'est pas le cas de tous les couples, et notamment des couples nécessitant un don de gamètes. Ceux-ci peuvent alors être dirigés vers l'Europe par leurs gynécologues, mais restent sans solution s'ils ne peuvent partir vers ces pays. En effet, bien qu'aucune loi ne l'interdise, les gynécologues de Dakar ont choisi de ne pas pratiquer l'assistance médicale à la procréation avec don de gamètes et de ne pratiquer que l'assistance médicale à la procréation intraconjugale, c'est-à-dire avec les gamètes du couple. Il s'agit à présent de comprendre la raison de ce choix. Pourquoi refuser de pratiquer l'AMP avec don de gamètes au Sénégal ? Pourquoi ce type d'AMP est-il difficile à mettre en place au Sénégal ?

I - L'AMP INTRACONJUGALE ET L'AMP AVEC DON AU SENEGAL

A - La réticence de certains spécialistes

Les attitudes des spécialistes de l'AMP

À Dakar, les gynécologues prennent souvent le parti de ne pratiquer qu'une assistance médicale à la procréation intraconjugale, c'est-à-dire avec les gamètes du couple uniquement. Cette décision est liée à l'islam sunnite qui ne préconise l'assistance médicale à la procréation que dans le cadre conjugal. A. Seck¹⁶⁴ explique que le débat sur l'AMP au Sénégal ne relève pas de l'éthique mais est un débat religieux et moral. D'après les gynécologues de Dakar, l'assistance médicale à la procréation intraconjugale est plus accessible et moins périlleuse. Ils ont le sentiment de prendre moins de risques par rapports aux positionnements de la religion islamique :

Le Sénégal, pays à forte obédience musulmane, a semble-t-il épousé la même démarche. Ainsi, en l'absence d'une législation nationale, les médecins sénégalais se font leurs propres censeurs : la gestation pour autrui et la participation du tiers donneur ne semblent pas admises. De ce fait, l'insémination artificielle et la fécondation in vitro

¹⁶⁴ Entretien du 15 décembre 2011, Dakar.

sont pratiquées depuis 1989 à Dakar au sein des couples hétérogènes maritalement unis (Dieng, 2005, Introduction).

Certains gynécologues estiment d'ailleurs que les demandes des couples qui nécessitent un don ne sont pas majoritaires. Cependant, si cela était autorisé, ils le pratiqueraient. Le docteur D. déclare : « *l'AMP avec don n'existe pas au Sénégal ; en tout cas je crois que ça n'existe pas. Les lois sénégalaises sont beaucoup en accord avec la religion. Les politiques n'autoriseront pas les échanges de gamètes* ».

Pour les couples nécessitant une assistance médicale à la procréation avec donneurs, les gynécologues les orientent vers l'Europe. Les urologues orientent aussi leurs patients vers l'Europe pour avoir recours aux banques de sperme, mais ils indiquent que très peu d'hommes s'y rendent. Par exemple, l'urologue N. informe les hommes, dans les cas d'azoospermie excrétoire, qu'une banque de sperme existe en Europe. Cependant, il affirme que cela ne les intéresse pas et que seulement deux ou trois de ses patients, souvent des intellectuels, ont pu faire cette démarche. Selon lui, « *d'un point de vue culturel, les Africains, s'ils recourent au don de sperme, auront l'impression que ça n'est pas leur enfant* ». Le gynécologue C. donne son point de vue sur l'assistance médicale à la procréation avec donneur : « *Il ne faut pas y compter au Sénégal !* ». Dans ces cas d'infertilité, il envoie les couples à Barcelone. Pour lui la priorité est la fécondation *in vitro*. Si l'assistance médicale à la procréation avec don ne semble pas accessible aux gynécologues, ce n'est pas pour des questions de formation, mais plutôt par rapport à la religion musulmane. Ce choix fait par les gynécologues peut aussi paraître contestable comme en témoigne cet extrait du mémoire de P. L. A. Dieng (2005) portant sur la législation autour de l'AMP au Sénégal :

Au Sénégal, la PMA semble ne pas concevoir l'intervention d'un tiers. Telle est la somme des pensées affichées et servies à l'opinion publique. Toutefois, en l'absence de législation, le doute légitime peut effleurer le bon sens lorsque la stérilité résulte du mari. Dès lors, la médecine sénégalaise va-t-elle continuer à se réfugier derrière le tabou religieux pour ne pas donner suite à la sollicitation d'un couple marié ? A-t-elle le droit de privilégier certains couples au détriment d'autres selon que la cause résulte d'une infertilité de la femme et /ou d'une stérilité du mari ? Ne serait-ce pas bafouer le principe d'égalité des citoyens ? (Introduction).

Le gynécologue A. indique que des femmes sénégalaises ont recours au don d'ovocytes en Espagne. Comme ces démarches sont très confidentielles, il n'a pas pu nous faire rencontrer ces femmes. Il explique qu'elles ont peur du jugement social pour cet acte. La gynécologue M. explique que l'assistance médicale à la procréation avec don est encore plus taboue au Sénégal que l'assistance médicale à la procréation intraconjugale et qu'il nous sera difficile d'avoir des témoignages. En effet, aucun couple ayant eu recours au don de gamètes n'a pu être rencontré à Dakar, malgré l'intérêt scientifique que cela représentait pour cette recherche.

Les gynécologues pensent que les lois sénégalaises sont en accord avec la religion et que les politiques n'autoriseront pas les dons de gamètes. Cependant il n'est pas omis de penser que l'assistance médicale à la procréation avec don se pratique au Sénégal. L'urologue N. explique

qu'il a entendu parler d'un réseau parallèle de don de sperme provenant du Cameroun. Il nous informe cependant que le sujet est très opaque. Malheureusement, l'enquête menée à Dakar n'a pas pu confirmer ces renseignements. Selon madame H., l'assistance médicale à la procréation avec don, n'est pas dans les mentalités africaines et elle pense que cette forme d'AMP ne se développera pas en Afrique. Madame V. donne son point de vue sur le don de gamètes au Sénégal :

Je ne pense pas que l'AMP avec don puisse marcher au Sénégal. Si des personnes le font, ce sont des étrangers, et non des Sénégalais. Les Sénégalais sont trop fiers. Si le problème vient de l'homme, il n'aura pas recours à un donneur de sperme. Si le problème vient de la femme, alors il prendra une autre femme. Au Sénégal, les hommes n'acceptent jamais que le problème vienne d'eux. Plein de couples qui n'ont pas d'enfant ne font aucun bilan. La plupart du temps, seule la femme fait le bilan et l'homme refuse (*Madame V. 29 ans, Sénégalaise, musulmane*).

Pour l'urologue N., le don de sperme pose des problèmes éthiques et religieux en Afrique. Pour le gynécologue A., le problème de l'assistance médicale à la procréation avec don n'est pas que politique et religieux, mais provient de la confidentialité des données :

Sur la pratique du don au Sénégal, la difficulté n'est pas technique : les religions interdisent cette pratique, mais comme il y a un vide au niveau juridique, à priori elle serait envisageable au Sénégal. Cependant, la difficulté se trouve au niveau de la confidentialité de la méthode. Au Sénégal, les gens parlent trop ; y compris les médecins et le corps médical. Donc il serait difficile de garantir l'anonymat du don. Le corps médical n'est pas étanche. Il n'y a pas de secret dans le corps médical (*Docteur A., gynécologue*).

Ainsi, on comprend que la pratique de l'assistance médicale à la procréation avec don au Sénégal pose plusieurs problèmes : des problèmes d'ordre religieux car l'islam sunnite interdit le don de gamètes et des problèmes éthiques car le corps médical n'assurerait pas la confidentialité des patients.

B - Le don non anonyme

Il existe cependant à Dakar une demande des couples pour une assistance médicale à la procréation avec don non anonyme. Le biologiste L. a été confronté dans son laboratoire à des personnes demandant une assistance médicale à la procréation avec donneurs. Il a reçu une femme qui est venue avec sa nièce (nièce comme donneuse d'ovocytes), un homme qui est venu avec un ami (ami comme donneur de sperme), ou encore un couple qui est venu avec le frère du mari pour faire l'assistance médicale à la procréation. Il a refusé ces demandes, mais selon lui, il y a une réelle demande des couples pour une assistance médicale à la procréation avec don intrafamilial. Il déclare :

L'Islam accepte l'AMP avec don, mais le don non anonyme ; il préconise même le don familial. Le don non anonyme, les gens savent. Alors que dans le don anonyme, il y a

un risque d'inceste entre frère et sœur. Les chrétiens, eux c'est encore pire, ils refusent le don (*Docteur L., biologiste*).

G. Delaisi de Parseval et A. Janaud (1983) font référence à cette pratique qu'ils nomment IASDFI (insémination artificielle avec sperme de donateur familial identifié) :

Il convient ici de choisir l'individu masculin qui, tenu compte de notre système de parenté, est le plus apte à devenir donateur, tenu compte aussi de tout le processus d'échange et des contre-prestations verbales, affectives, etc. qui va se créer à cette occasion [...]. Pour nous qui sommes de tradition patrilinéaire, c'est à l'évidence à un frère ou à un cousin du mari que le couple peut demander d'être, de façon non anonyme, donateur ou prêteur de sperme (p. 239).

D. Mehl (2008) explique que dans le cas du don non anonyme, « le donneur ou la donneuse a un visage, une histoire, une identité connus des receveurs qui l'ont eux-mêmes choisi soit dans leur entourage personnel, soit par des voies plus impersonnelles » (p. 116-117). Cette méthode est apparemment pratiquée au Mali. L'anthropologue V. Hörbst (2012) décrit comment ce processus est contourné discrètement : « Nevertheless, the clinic allows men to bring the sperm needed for treatment from home. Thus it is left up to the husband to discretely bring in a younger brother's sperm for use in the intervention. » (p. 20). Au Mali le don d'ovocytes est autorisé, mais pas le don de sperme : « In contrast to his original plans in 2004 not to use donor gametes, he adapted [the physician] his activities according to his anticipation of female agreement and now offers women IVF ova donated from a younger sister, cousin, or niece. » (p. 21-22). Ainsi dans ce pays, les hommes peuvent obtenir le sperme d'un donneur non anonyme pour une technique d'assistance médicale à la procréation, mais cette pratique reste cachée et confidentielle et devient un secret familial. Cette procédure ne semble pas s'être développée au Sénégal. G. Sandjon¹⁶⁵ explique qu'au Cameroun, le désir des couples au départ est de recourir à un don intrafamilial de gamètes. M. Fiadjoe¹⁶⁶ explique qu'il en est de même au Togo, où les résultats d'une enquête réalisée à Lomé sur la perception de l'AMP, de l'anonymat et du secret liés à ces techniques ont indiqué que 58,9 % des personnes interrogées sont contre l'anonymat et pour un don familial de gamètes. Alors que dans les pays occidentaux, l'anonymat est souvent maintenu au niveau des donneurs de gamètes et que les couples infertiles adhèrent majoritairement à la pratique de l'anonymat (Jouannet, Kunstmann, Juillard, J.- Bresson, et la Fédération française des CECOS, 2010), l'opinion semble diverger dans les pays africains.

¹⁶⁵ Guy Sandjon, « La problématique du don de gamètes en Afrique au sud du Sahara : cas du centre de PMA de Douala », communication orale, Colloque international « Technologies de la procréation et mondialisation. Dispositifs, savoirs, expériences en Afrique sub-saharienne », Université Paris Descartes, 12 et 13 décembre 2013.

¹⁶⁶ Moïse Fiadjoe « Connaissances et perceptions de l'AMP dans la ville de Lomé (Togo) », communication orale, Colloque international « Technologies de la procréation et mondialisation. Dispositifs, savoirs, expériences en Afrique sub-saharienne », Université Paris Descartes, 12 et 13 décembre 2013.

C - Les problèmes éthiques et identitaires du don de gamètes

Le don de gamètes anonyme n'est pas pratiqué au Sénégal, contrairement à l'AMP intraconjugale parce qu'il pose de nombreux problèmes éthiques et identitaires pour les médecins, les couples et les sociétés.

Le curieux don de gamètes

La première curiosité dans le don de gamètes est que le don implique une participation douloureuse du donneur, notamment lors de prélèvement d'ovocytes. C. Neirinck (2010) démontre que le don de sperme n'implique pas de complication pour le donneur, à la différence du don d'ovocytes qui implique des actes médicaux qui ne sont pas sans risque pour la santé de la donneuse. Il pointe le fait que la donneuse ne peut pas accepter de faire cela par pur altruisme ; soit elle le fait pour l'indemnité, soit elle le fait pour une sœur ou une personne proche. G. Delaisi de Parseval (2008) rejoint ce même raisonnement :

Mais vouloir organiser un don qui implique de subir des injections d'hormones dont on ignore les conséquences à long terme, une surveillance médicale lourde, une ponction ovocytaire sous anesthésie, sans aucune contre-prestation, aucun contre-don, même en termes de bénéfices secondaires, relève d'un étrange fantasme : s'agit-il de souffrir pour gagner la vie éternelle ? L'altruisme pur est proche du masochisme... (p. 142).

Autre fait étonnant, ce don n'est pas seulement matériel : il implique la filiation, l'hérédité. G. Delaisi et P. Verdier (1994) font le parallèle entre le don de gamètes et l'adoption : « Nous ne sommes pas si loin non plus du « don d'enfant » dans l'adoption » (p. 151). Ainsi, pour eux, la circulation des substances se substitue à celle des enfants :

Tout se passe désormais comme si, à l'heure actuelle, la circulation des substances – rendue désormais possible par l'extériorisation partielle de la capacité reproductrice des corps, la fusion des gamètes pouvant avoir lieu en éprouvette –, avait remplacé la circulation des enfants. Ce terme signifie un ou des transferts d'enfants, d'un foyer dans un autre. Ce ne sont plus, maintenant, les enfants qui, comme dans un passé encore récent, circulent par le canal de la parenté, mais les substances procréatives qui circulent par le canal de la technique biomédicale, et cela sans aucune référence à un quelconque système symbolique (p. 34-35).

Selon V. Duchesne¹⁶⁷, le don de gamètes n'est pas un don d'enfant, mais il y a une inscription de la filiation. Selon elle, il y a un danger pour la receveuse à ne pas redonner.

Ainsi le don de gamètes est un don énorme : il implique un investissement important de la part des donneuses d'ovocytes et il est un don d'hérédité puisque les gènes du donneur seront

¹⁶⁷ Véronique Duchesne, « Le recours au don d'ovocytes pour des migrantes d'Afrique subsaharienne consultant en France pour infertilité. Les paradoxes du modèle français », communication orale, Colloque international « Technologies de la procréation et mondialisation. Dispositifs, savoirs, expériences en Afrique sub-saharienne », Université Paris Descartes, 12 et 13 décembre 2013.

transmis à l'enfant (don de sperme et don d'ovocytes) et un don de maternité quand une femme a porté et accouché d'un enfant pour autrui (GPA).

Quels contre-dons pour les donneurs ?

On peut se poser la question de savoir quels sont les contre-dons proposés par les receveurs, puisque comme nous l'avons compris dans le chapitre 6 et ceci en référence aux travaux de M. Mauss, un don implique nécessairement un contre-don. Selon M. Canto-Sperber et R. Frydman (2008), le dédommagement désigne la somme d'argent ou les avantages (jours de congés, droit à des médicaments gratuits, etc.) accordée à la personne donneuse afin de compenser le dommage que le don a occasionné (heures de travail perdues, indisposition physique). Selon eux :

L'idée d'un dédommagement reconnaît donc le bien-fondé de l'intervention de l'argent, tout en neutralisant le problème moral que l'argent pourrait poser, puisque l'argent n'est pas là pour payer le service, mais pour dédommager des désavantages éprouvés ou des frais occasionnés (p. 196)

G. Delaisi de Parseval (2008) analyse le facteur du don d'embryons des couples stériles comme un contre-don fait aux médecins. Elle explique que certains couples voient dans le don de leurs embryons « la moins mauvaise des solutions, ce comportement généreux leur apparaissant comme un devoir envers la médecine qui leur a permis d'avoir des enfants » (p. 81). Ainsi les couples cherchent à donner eux aussi, en échange du don de gamètes qui leur a été fait. Après avoir eu des enfants par AMP, ils peuvent vouloir faire, eux aussi, un don de gamètes ou d'embryons à des couples infertiles.

L'anonymat efface l'identité du donneur

En France, la pratique du don de gamètes est organisée de façon secrète et médiatisée par des institutions, les CECOS, qui « deviennent elles-mêmes donneuses à des couples receveurs » (Delaisi et Verdier, 1994, p. 136). L'institutionnalisation du don permet d'en faire un acte de cohésion sociale et de défaire le couple donneur/receveur :

Il ne s'agit pas d'un cadeau fait par une personne à une autre (ou à plusieurs autres), mais d'un acte de solidarité qui assure la cohésion et la survie du groupe social. C'est l'organisation du système social qui assure la réalisation et la circulation de cet acte de solidarité. Jusqu'à présent, nos lois ont exprimé ces choix en érigeant le volontariat, l'anonymat et la gratuité de cet acte en principes fondamentaux. Dès lors, si ces trois principes sont remis en cause (tous ou en partie seulement), le sens même que notre société attribue au don sera modifié. En d'autres termes, si le don devient un cadeau (ou un contrat) de personne à personne(s), la dimension symbolique du don n'est plus affirmée. Si le don devient en quelque sorte « direct », alors la dette ne peut plus être traitée au niveau d'un fonctionnement social, mais lie les receveurs du don au donneur, et par la suite l'enfant au donneur (Boizard-Reganault, 2010, p. 211).

Beaucoup de chercheurs questionnent la raison de l'anonymat du donneur et ne comprennent pas ce qui gêne tant les médecins et les couples receveurs à faire une place aux donneurs ; d'autant plus que les enfants nés d'un don, réclament souvent des informations sur leur

donneur (Théry, 2010c ; Delaisi et Verdier, 1994). En effet, les médecins tiennent beaucoup à cet anonymat et justifient ainsi leur choix :

Pour le donneur, l'anonymat permet une dépersonnalisation du produit biologique qui marque la limite de son geste et permet au futur père de le réinvestir librement au titre d'une représentation paternelle non fondée sur le biologique, mais sur son désir et son investissement dans la fonction paternelle (Kunstmaan, Jouannet, Juillard, Bresson et la Fédération française des CECOS, 2010, p. 98).

Selon I. Théry (2010c), l'anonymat prive le donneur d'identité et le réduit à « l'état d'instrument » ou de « spectre menaçant » (p. 283). Le rôle important des donneurs est gommé par l'anonymat et la gratuité du don de gamètes au profit des médecins :

[...] ce sont eux [les médecins] qui reçoivent concrètement ces dons, les anonymisent, parfois les congèlent et décident souverainement comment en user en choisissant d'apparier tels donneurs et tels receveurs. Leur présence et leur pouvoir, leurs intérêts comme leur autorité, sont passés sous silence ; parallèlement, l'image de la « procréation médicalement assistée » présente implicitement l'institution médicale comme la propriétaire des gamètes – comme si elles lui avaient été données. Le donneur disparaît de la scène, comme si le don n'avait pas eu lieu. Par la grâce de l'anonymat qui l'a séparé de l'être humain dont il provient, l'objet du don est devenu un simple « matériau de reproduction ». [...] Utilisant ce matériau qui se trouve à sa disposition dans une cuve, le médecin apparaît comme celui qui provoque concrètement, grâce à son art médical, la grossesse d'une femme (Théry, 2010c, p. 284).

Selon C. Neirinck (2010) : « Il ne s'agit pas par le don de gamètes de soigner et donc de combattre la nature, mais de la transcender » (p. 253). L'anonymat consiste pour lui à :

[...] empêcher la constitution d'un couple donneur/receveur, liés par une dette impossible à rembourser, par une curiosité morbide. L'anonymat permet ainsi au bénéficiaire de faire sien l'élément biologique vital qu'il a reçu d'autrui. L'anonymat du don d'élément ou produit du corps a incontestablement dans cette relation duelle une fonction éthique qui explique pourquoi il n'est pas aujourd'hui remis en cause (p. 257).

Pour lui, « le don est occulté pour garantir la filiation » (p. 259). Selon D. Mehl (2008) :

[...] la question de la dette est toujours présente dans la tête de ceux qui reçoivent. Dès lors, il peut paraître plus confortable d'être reconnaissant envers une personne lointaine plutôt que de se sentir éternellement redevable envers quelqu'un qui rôde dans son entourage (p. 126).

Alors qu'au Sénégal et dans d'autres pays africains, connaître le donneur ne semble pas poser de problème et même être préféré au don anonyme, en France, les couples infertiles et les médecins préfèrent majoritairement cette pratique. Comme l'explique C. Neirinck (2010), c'est

pour garantir la filiation que le don est occulté, sinon le père de l'enfant, au regard des normes sociales, est bien le donneur.

Don et identité

I. Théry (2010a) insiste sur la dépersonnalisation du don qui est toujours à l'œuvre dans l'AMP. Dépersonnaliser le don et les gamètes revient, selon elle, à en faire des matériaux interchangeables. Elle explique que ce modèle du don de gamètes s'est fait sur celui du don de sang, mais doit évoluer car dans l'AMP l'enjeu est la naissance d'un enfant et celui-ci doit pouvoir, s'il le désire, connaître ses origines et connaître du moins en partie son donneur d'hérédité. Elle explique qu'il y a clairement un déni du rôle important joué par le donneur :

En faisant don de sa capacité procréative, il renonce par là-même à engendrer les enfants qui en naîtront. Ce qu'il fait est en réalité un don incomparable à tout autre don et à *fortiori* incomparable à un simple don d'« élément du corps humain » : un don d'engendrement (2012, p. 139).

Bien que le don de gamètes ne puisse être comparé aux autres dons d'organes, les receveurs ressentent un malaise face à l'organe transplanté, lié au donneur. J. Biaudet (2013) décrit la situation des receveurs d'un don d'organe. Il explique que la transplantation est perçue comme menaçante car elle représente le donneur, mais elle suscite aussi des troubles identitaires liés à l'incorporation d'un organe étranger. Comme dans le don de gamètes, ici aussi, les médecins protègent le receveur :

Cette menace est bien perçue par la médecine qui met en place des tentatives pour la neutraliser, ou pour la nier. Ainsi, le caractère anonyme du don est une tentative d'endiguement de ces risques symboliques et identitaires. Elle impose une représentation dépersonnalisée, déréférencée de l'organe greffé ; l'organe lui-même n'a pas d'identité. Du reste, pourquoi en aurait-il ? En effet, l'anonymat est doublé du recours à la métaphore corporelle mécaniste, affirmant par exemple que le cœur est une pompe, mais surtout qu'il n'est que cela. Se joue donc ici la prétention de nier l'idée même de dette et de saper l'inquiétude identitaire en représentant le greffon comme un objet dépersonnalisé (Biaudet, 2013, p. 97).

G. Godbout (2000) décrit le lien entre don et identité dans le contexte du don d'organe. Il explique que ce n'est pas tant la dette qui inquiète les receveurs d'un don d'organe, mais plutôt la peur d'une remise en cause de leur identité. Le danger de recevoir est de perdre son identité. Il précise que le danger d'un trop grand don est que le receveur ne peut le rendre. Selon lui, les médecins jouent un rôle d'intermédiaires entre le donneur et le receveur : ils minimisent le don face aux receveurs le matérialisant à son aspect fonctionnel, alors qu'ils valorisent le don face aux donneurs insistant sur l'acte du don, plus que sur l'organe donné. Ce déni de l'importance du don face aux receveurs, serait selon l'auteur, dû au fait que pour les médecins le don menace l'identité du receveur. Comme la dette est tellement importante, elle ne peut être remboursée, alors la solution est de la nier et de nier « tout lien symbolique avec le donneur » (p. 139). Selon lui, « le don est l'expérience d'une identité non individualiste » (p. 148). Dans le contexte de l'AMP, les

médecins agissent sur le modèle du don d'organe. Le donneur disparaît au profit de « matériaux interchangeables » (Théry, 2012, p. 139).

Nous pouvons trouver une explication de cette identité du donneur présente dans le don en recourant une fois encore au texte de M. Mauss (1924/2005). Celui-ci se pose la question de savoir ce qui pousse le récipiendaire à rendre le don. Il évoque une conclusion basée sur le discours d'un sage maori que le malaise persiste à cause de « l'esprit de la chose donnée ». Il explique que lorsqu'on donne, on se donne : « Mais aussi c'est qu'on *se* donne en donnant, et, si on *se* donne, c'est qu'on *se* « doit » - soi et son bien - aux autres » (p. 227). A. Caillé (2012b) explique que cette chose donnée est « un *hau*, une force spirituelle, magique, un *mana*, une énergie à la fois propitiatoire et dangereuse, qui pourrait tuer celui qui voudrait garder pour lui ce qu'il a reçu sans le rendre ou donner en retour » (p. 332). Pour G. Delaisi et P. Verdier (1994), la dette, comme pour M. Mauss, place le receveur dans une position d'infériorité par rapport au donneur : « Faute, en effet, de restituer sa dimension dynamique à l'échange, le don devient alors un acte de charité, de mansuétude qui, en bloquant la dimension de la dette, coince le receveur dans un état d'incapacité, d'infériorité » (p. 151-152). De même, ils jugent ce don ambivalent :

C'est un don qui prend la forme du bénévolat, de l'action humanitaire ; un don anonyme, unilatéral un « don de vie » qui est censé trouver sa compensation dans le fait de donner. Don qui, pour cette raison, est éminemment ambivalent, voire dangereux dans la mesure où il se situe à l'écart du cycle de don (tel qu'il a été décrit par Mauss). Quand « l'esprit du don » ne circule plus en effet, la perversion est proche (p. 163).

Ainsi, la menace du don de gamètes dans l'AMP concerne l'identité du donneur, véhiculée dans son don, et qui réapparaîtra dans l'héritage qu'il transmettra à l'enfant à naître, ainsi que dans la ressemblance qu'il aura avec celui-ci.

Le genre des dons dans l'AMP

I. Théry (2010a) explique que la féminisation des dons (don d'ovocytes, GPA) est venue interroger la notion de maternité et a bousculé le modèle précédent des dons, lequel reposait sur le modèle masculin du don de sperme. Selon elle, les dons de gamètes ont un genre :

Les dons féminins d'ovocytes, plus récents, sont en général beaucoup moins secrets que les dons masculins de sperme. [...] La gestation pour autrui est toujours « ouverte » - ni secret, ni anonymat - dans les pays démocratiques (Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni) [...] (Théry, 2010a, p. 111).

Selon elle, les dons féminins ne peuvent pas suivre le même chemin que les dons masculins:

Cela nous permettra de réfléchir au genre du don, et de nous demander pourquoi les dons féminins entrent si difficilement dans le modèle du Ni vu ni connu, même rénové pour tenir compte des effets délétères du secret et du mensonge dans la transmission familiale. Plus les dons se féminisent, et moins il est possible de les escamoter selon la formule « il ne s'est rien passé » qui caractérise l'idéologie biomédicale classique d'effacement du don et de la personne des donneurs (Théry, 2010a, p. 180).

De même que la maternité est le don féminin et la transmission patrimoniale est le don masculin (Cf. chapitre 6), dans les parcours d'AMP, les dons de gamètes ont aussi un genre : le don masculin de sperme et les dons féminins d'ovocytes.

Ainsi, c'est le don en lui-même qui pose problème dans l'AMP avec don de gamètes. Nous avons compris qu'il n'est pas un geste anodin, mais le véhicule d'une relation donneur/receveur de laquelle naît un enfant. Cette relation duelle est interrompue et rendue anonyme par les médecins car elle menace l'identité du receveur. De plus, la question du don peut être dérangeante d'un point de vue religieux, car Dieu seul est censé donner la vie.

II - LES POSITIONNEMENTS RELIGIEUX SUR LES NTR

A - Les couples, l'AMP et la religion

Certains hommes interrogés à l'hôpital public de Dakar, disent ne pas vouloir recourir à l'assistance médicale à la procréation. Monsieur Y., Sénégalais musulman, a entendu parler de l'assistance médicale à la procréation à la télévision en Espagne, car il vit et travaille là-bas. Il préfère cependant suivre des traitements plutôt que de recourir à ces techniques car « *cela n'est pas naturel* ». Il ne sait pas quel est le positionnement de sa religion sur ces techniques, mais il ne fera pas ce que sa religion lui interdit. Monsieur T. a entendu parler des nouvelles technologies de reproduction dans des regroupements musulmans¹⁶⁸, mais il n'aime pas cela. La religion islamique n'accepte pas le don de sperme. Il ne connaît pas l'assistance médicale à la procréation intraconjugale, mais il dit qu'il n'aime pas ces techniques car elles ne sont pas naturelles et préfère avoir des rapports sexuels. Monsieur W. a entendu parler des nouvelles technologies de reproduction une fois à la radio. Il est d'accord pour une assistance médicale à la procréation intraconjugale, mais refuse l'idée d'un don. Monsieur J. dit qu'il a déjà entendu parler des nouvelles technologies de reproduction aux informations. Même s'il le pouvait, il n'aurait pas recours à l'AMP : « *Je préfère ne pas faire des enfants comme ça !* ». Ainsi les dix hommes rencontrés à l'hôpital public de Dakar ne semblent pas intéressés à la pratique de l'assistance médicale à la procréation, en tout cas refusent unanimement l'idée du don. Monsieur F., qui entre prochainement dans un protocole de fécondation *in vitro*, analyse ce refus des nouvelles technologies de reproduction par les Sénégalais :

La société sénégalaise est à 70 % analphabète : ils n'ont même pas les informations sur les nouvelles technologies de reproduction. 30 % préfèrent aller voir les charlatans plutôt que de tenter la FIV. Pour eux la procréation revient à Dieu, donc c'est mal vu de faire intervenir l'humain. 100 % des Sénégalais vont voir des guérisseurs (*Monsieur F., 50 ans, Sénégalais, Athée*).

¹⁶⁸ Une cinquantaine de personnes et quatre religieux importants débattent lors d'une séance.

Les arguments des couples ayant recours aux techniques d'assistance médicale à la procréation sont différents de ceux des hommes rencontrés à l'hôpital public. Les couples interrogés sont tous croyants, mais ils ne tiennent pas toujours compte des préceptes religieux avant de s'engager dans une tentative d'assistance médicale à la procréation. Monsieur B., catholique, déclare : « *C'est Dieu qui a donné l'intelligence pour pouvoir faire ça [assistance médicale à la procréation]. Il n'y a rien dans ma religion qui m'interdise de me soigner. Notre foi nous a beaucoup aidés pendant les périodes d'échecs* ». Il n'a pas informé le curé de ses démarches d'assistance médicale à la procréation et lui a demandé de prier pour qu'ils aient un enfant. Cet argument est ressorti plusieurs fois dans les entretiens, lequel argument est souvent amené par les époux. Par exemple, monsieur L. se dit que si Dieu a permis à l'homme de créer ces techniques, il faut en profiter. La volonté d'avoir un enfant prend souvent le pas sur les interdits religieux.

Souvent les couples n'ont pas l'impression de transgresser leur religion en ayant recours aux nouvelles technologies de reproduction, même si parfois ils ne connaissent pas les recommandations religieuses à ce sujet. Selon F. B. Van Rooij *et al.* (2004) la décision de recourir à l'assistance médicale à la procréation varie selon les couples : "Some patients may follow the islamic regulations, while other may decide to use these treatments for reasons they consider more important." (p. 328). En effet, madame H. musulmane, déclare que dans son choix de faire la fécondation *in vitro*, elle n'a pas suivi la religion. De la même manière, madame P., catholique, explique qu'elle ne s'est pas posée la question de la religion avant de faire une fécondation *in vitro*. Au contraire, madame C., catholique, raconte qu'elle ne voulait pas faire une fécondation *in vitro* au départ parce qu'elle est pratiquante et que ces techniques ne sont pas une manière naturelle d'avoir des enfants. Son mari, musulman, voulait qu'elle le fasse. Elle a accepté car elle explique qu'au Sénégal, c'est l'homme qui a l'autorité et de plus elle refusait que les gens disent d'elle qu'elle ne voulait pas avoir d'enfant. Ici, deux faits sont donc plus importants que la religion : la décision du mari et la peur de voir critiquer sa décision de ne pas avoir recours à toutes les techniques disponibles.

Monsieur G. explique que l'islam est une religion ouverte, tant que cela ne concerne pas l'interdit (l'inceste) et tant que les parties en conviennent. D'après lui, c'est une religion évolutive : « *le texte ne change pas, ce sont les hommes qui changent* ». Concernant l'assistance médicale à la procréation, il explique qu'il faut que les personnes concernées soient consentantes, qu'il n'y ait pas de manipulation, ni de transfert d'organes. Enfin, il dit que l'islam est contre la gestation pour autrui. Selon lui, pour avoir des conseils sur les nouvelles technologies de reproduction, il faut demander à un imam qui a une connaissance jurisprudentielle. M. C. Inhorn (2006a) analyse le paradoxe qui touche certains hommes musulmans infertiles. Selon elle, les hommes diraient d'un enfant adopté ou né d'un don de sperme qu'il n'est pas leur enfant à la lumière des préceptes religieux islamiques. Cependant, elle affirme que des hommes adoptent et ont recours au don de sperme contrairement aux injonctions religieuses :

Some Sunni Muslim patients from Lebanon and from other Middle Eastern Muslim countries such as Egypt and Syria are quietly slipping across transnational borders to "save their marriages" through the use of donor gametes, thereby secretly "going against" the dictates of Sunni Muslim orthodoxy (Inhorn, 2006b, p. 445).

Par cette citation on comprend que les hommes font le choix de renoncer à transmettre leur patrimoine génétique afin de préserver leur couple. D'après Serour *et al.* (1995), les choix reproductifs ne sont pas uniquement des choix individuels :

Though reproductive choice is basically a personal decision, yet it is not totally so. This is because reproduction itself is a process which does not involve the person who makes the choice alone. It also involves the other partner, the family, the society and the world at large. It is therefore not surprising that the reproductive choice is affected by the diverse contexts, mores, culture, religions as well as the official stance of the different societies (p. 560).

Le désir d'enfant amène les individus à franchir les frontières pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation interdite dans le pays d'origine (Serour *et al.*, 1995). M. C. Inhorn (2006b) expose les solutions restantes aux couples refusant le don de gamètes et l'adoption interdite par l'islam : rester en couple sans enfant, adopter légalement un orphelin, se mettre en union polygamique ou divorcer. Selon S. Mathieu (2013) :

[...] la religion ne se présente plus comme un cadre général d'emprise, qui impose des normes sur le vrai, le faux, le juste et le défendu : elle est d'abord et avant tout un dispositif de croyances et de pratiques. De sorte que les personnes croyantes « braconnent » ou opèrent une sorte de « bricolage » religieux [...] (p. 40).

Pour illustrer la complexité des parcours d'assistance médicale à la procréation dans lesquels s'engagent certains couples et leur relation ambiguë par rapport à la religion, prenons l'exemple de monsieur B.

Monsieur B.

Monsieur B., Sénégalais d'origine libanaise catholique âgé de trente-huit ans, logisticien, et son épouse, Sénégalaise d'origine libanaise catholique âgée de trente-trois ans, analyste budgétaire, se marient en 2000. Madame B. est née au Sénégal. Le couple vit au Sénégal depuis quinze ans et leurs deux familles vivent au Sénégal.

Après deux ans et demi de mariage, leurs parents les questionnent sur leur désir d'enfant. Ils commencent alors leurs démarches pour avoir un enfant. Ils informent leurs parents des deux côtés qu'ils ont des problèmes pour concevoir, qu'ils consultent des docteurs compétents et qu'ils font faire une FIV. En 2002, ils font des examens au Sénégal et les analyses médicales révèlent un problème d'infertilité chez Monsieur B. Ils doivent faire une ICSI, mais cette technique n'est pas encore pratiquée au Sénégal. Le gynécologue qu'ils consultent les dirige vers un gynécologue français.

Ils font une première tentative d'ICSI en 2002 en France, mais Madame B. fait une fausse couche au bout d'un mois. Ils partent ensuite en Belgique pour

quatre tentatives de FIV successives, dont deux avec des ovocytes ponctionnés directement et deux avec des ovocytes congelés de Madame B., mais aucune des fécondations ne réussit.

La mère de Monsieur B. les convainc de faire une ICSI au Liban. Monsieur B. explique qu'au Liban, il n'y a plus le même tabou par rapport à l'infertilité masculine. Il y a quelques années, la faute de l'infertilité était supportée par la femme, mais actuellement le couple marié va consulter ensemble un gynécologue. Les médecins libanais transfèrent trois embryons dans chaque trompe de Madame B. L'ICSI échoue. Avec le recul, Monsieur B. n'est plus contrarié de l'échec de cette tentative et dit « *Heureusement même que ça n'a pas marché* » au vu du nombre d'embryons transplantés.

Le couple fait ensuite une tentative de FIV aux États-Unis avec la sollicitation d'une banque de sperme. Monsieur B. explique l'échec de leur tentative par la décision divine : « *Ce jour-là Dieu a dit que non !* ». Ils essaient ensuite d'adopter au Sénégal un « *enfant blanc comme eux* ». Ils se rapprochent du curé de la paroisse du Liban et débutent les procédures, mais selon Monsieur B. : « *C'était le parcours du combattant !* ».

Ils retournent en France consulter le premier médecin. Ils se sont dit que comme une grossesse avait débuté une première fois, il fallait retourner voir ce même médecin et tenter une nouvelle ICSI. Le gynécologue français fait passer à Madame B. un test échec ICSI et se rend compte que pendant la première fausse couche, il n'a pas fait de curetage. Une cicatrice est restée au niveau de l'implantation de l'embryon et l'utérus se trouve rétréci. Le médecin fait l'ICSI en avril 2007. Leur fille naît en décembre 2007.

Le couple désire un deuxième enfant. Une personne de leur famille qui connaît la docteure M., les incite à aller la consulter. Ils la consultent en septembre 2009 et elle leur présente son protocole FIV. Elle les met ensuite en contact avec le biologiste L. Celui-ci leur fait visiter le laboratoire. Le couple comprend que le protocole de la gynécologue M. est le même qu'ailleurs et choisit de faire l'assistance médicale à la procréation au Sénégal. Monsieur B. va quatre fois en consultation avec son épouse chez la gynécologue. La ponction se fait à la clinique B. et le transfert au laboratoire D. Ils font l'ICSI en octobre 2009 et leur deuxième fille naît en juin 2010. Monsieur B. ne veut plus d'enfant, mais son épouse en désire un troisième.

Monsieur B. est le seul homme ayant eu recours à l'AMP que nous avons rencontré sans son épouse. Il a accepté de venir témoigner alors qu'il se sait infertile. Il a été contacté par le biais d'un gynécologue qui nous a précisé qu'il était très ouvert. Effectivement pour avoir accepté cet entretien nous confirmons son ouverture d'esprit. Il s'agit ici d'une double culture, puisque les époux sont Sénégalais d'origine libanaise. Sa femme est née à Dakar et ils y vivent depuis quinze

ans. Ils ont tenu leurs parents informés de leurs démarches et notamment de la FIV. C’est le deuxième couple qui a parlé à sa famille de l’AMP, l’autre couple étant madame et monsieur L., un couple mixte franco-sénégalais. On comprend alors l’importance de la double culture qui permet une meilleure connaissance des nouvelles technologies de reproduction. Celles-ci sont connues au Liban¹⁶⁹, ainsi qu’en France. Nous pouvons donc dire que le manque d’information sur ces sujets explique en partie que les couples sénégalais ne peuvent pas en parler à leurs familles qui ne connaissent pas ces techniques, ce à quoi s’ajoutent les interdits religieux. L’exemple de monsieur B. montre à quel point les couples sont prêts à beaucoup de sacrifices pour avoir un enfant : ils ont fait huit tentatives de FIV ou d’ICSI, dont une FIV avec don de sperme et ils ont fait leurs tentatives dans cinq pays différents. Ils ont de plus commencé une procédure d’adoption. Cet exemple illustre aussi la possibilité de faire un parcours d’AMP dans un monde globalisé.

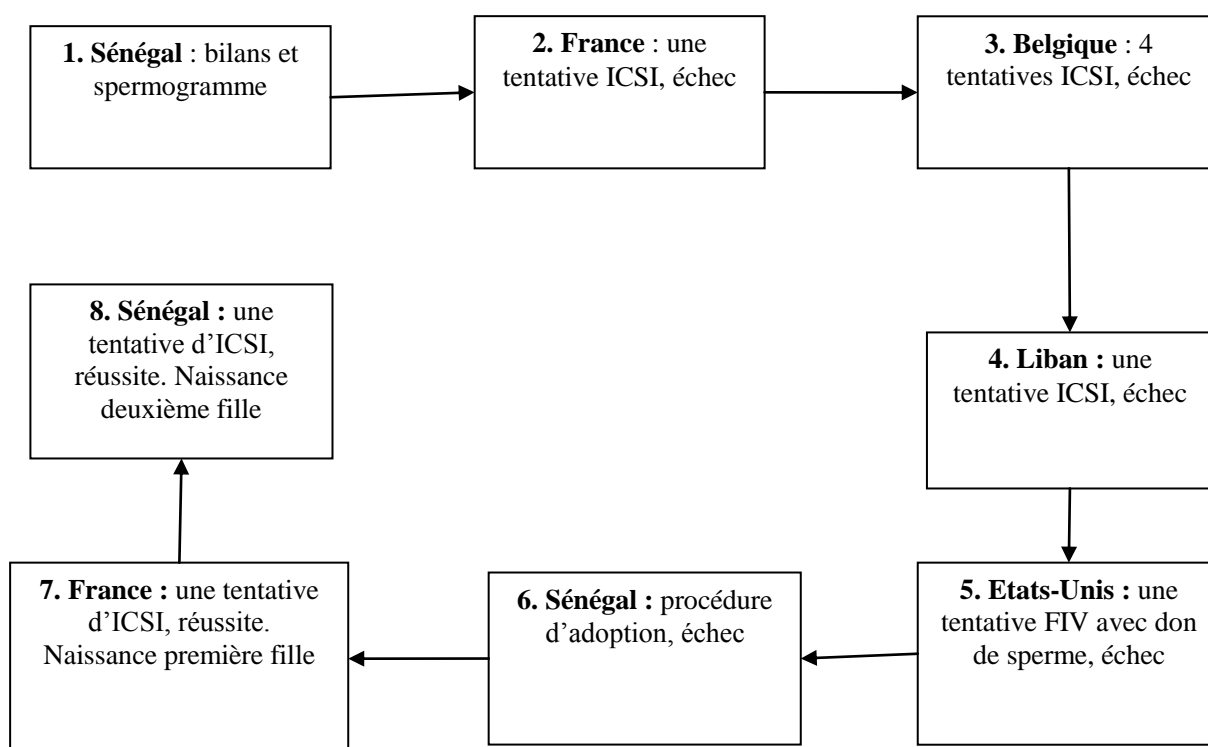


Figure 9 : Trajectoire internationale d’un couple infertile

Selon D. Bonnet et V. Duchesne (2014), depuis les années 1990, les couples africains recourent à l’AMP sur le continent africain ou en Europe. Elles démontrent que le contexte migratoire permet aux femmes une plus grande autonomie face aux normes de genre de leur pays (notamment celles liées à la stigmatisation de l’épouse infertile), mais les place dans une grande dépendance face aux nouvelles technologies de reproduction (procréer « à tout prix »). Les auteures

¹⁶⁹ Nous pouvons aussi mentionner le fait que des gynécologues libanais ont exercé l’AMP dans une clinique de Dakar.

n'adhèrent pas à la notion de « tourisme reproductif » proposée par des anthropologues (Inhorn et Pasquale, 2009 ; Inhorn, 2011), mais y préfère le terme de « mobilité reproductive » qui soulève mieux les difficultés auxquelles se confrontent les couples lors de leurs déplacements, notamment les frais engendrés par le voyage et les rendez-vous médicaux.

I. Löwy, V. Rozée Gomez et L. Tain (2014) expliquent que les recours à l'AMP sont transnationaux et transcontinentaux. Quatre aspects peuvent expliquer cette mobilité : interdictions légales ou religieuses concernant l'accès aux nouvelles technologies de reproduction, les coûts de ces technologies, la qualité des soins et la pratique de l'anonymat ou non du donneur (Gürtin et Inhorn, 2011). L. Tain (2013a) propose le terme de « chaîne mondiale du travail reproductif » (p. 45) pour identifier « l'ensemble des acteurs du travail reproductif, aussi bien les migrant.e.s. en France que les individus.e.s impliqué.e.s dans les circuits transnationaux de reproduction » (p. 45). Cette chaîne du « travail reproductif » peut induire des inégalités, notamment entre femmes des pays occidentaux nécessitant l'aide dans le processus procréatif d'une autre femme (mère-porteuse) d'un pays défavorisé, qui assurera la gestation d'un enfant sur la base d'un contrat. De même, l'auteure explique que dans ce travail reproductif globalisé, les jeunes femmes peuvent fournir des ovocytes à des femmes plus âgées, ayant privilégié leur carrière professionnelle. La migration autour de ce « travail reproductif » se fait dans les deux sens (Sud/Nord et Nord/Sud), notamment dans le cas des couples qui recourent à une mère porteuse.

Bien que monsieur et madame B. n'aient pas tenu compte des préceptes religieux, la religion est importante pour eux et les accompagne dans leurs parcours d'assistance médicale à la procréation. Ainsi le positionnement des couples est ambigu face aux techniques d'assistance médicale à la procréation. On observe de vives critiques de la part des personnes qui n'y ont pas recours, notamment à cause du positionnement de leur religion, alors que ceux qui y recourent ne se préoccupent pas nécessairement des positionnements de leur religion ; d'autres facteurs entrent alors en compte comme le désir de l'époux ou de la famille. De même, le désir d'enfant est souvent bien plus important que les interdits religieux.

B - L'Islam et l'AMP

Les liens du sang sont un impératif moral pour la religion islamique. D'après Serour *et al.* (1995), le concept de base de l'islam est d'éviter les mélanges de sang. L'islam est pour la parenté de gènes et chaque enfant doit avoir un père et une mère connus. Dans l'islam, le traitement de l'infertilité des couples mariés est encouragé par l'AMP pour la préservation de la descendance du lignage, surtout dans les cas de stérilité incurable (Serour, 2008). Selon A. Beddiar (1993) : « L'Islam interdit les dons d'ovules, la filiation adoptive [...] toute recherche visant à obtenir un être humain par parthénogénèse, « fission gémellaire », clonage, les tentatives de fécondation entre gamètes humains et animaux, [...] les projets de construction d'utérus artificiels pour l'embryon humain. » (p. 25). Selon C. Fortier (2011), le sang est considéré comme une substance vitale et non comme une substance transmettant la filiation. Pour elle, le sperme tient un rôle plus important que le sang dans la religion islamique :

[...] l'analyse de textes juridiques, théologiques et médicaux arabo-islamiques nous a montré que la filiation ne passait pas nécessairement par le sang [...]. Le sperme, en revanche, joue un rôle essentiel dans l'établissement de la filiation patrilinéaire en islam. L'interdit de la parenté adoptive en islam témoigne de l'impossibilité de penser une filiation sociale qui ne serait pas fondée sur le biologique (Fortier, 2010, p. 10).

De cette logique découle le fait que dans les pays musulmans, la technique de l'IAD¹⁷⁰ pose problème. Le fait qu'il y ait un donneur enlève au père infertile la place de père de l'enfant et incite les couples à préférer l'ICSI¹⁷¹ à l'IAD (Inhorn, 2006a). L'ICSI est une technique pratiquée au Sénégal. Cette technique traite les infertilités masculines sévères, avec des spermatozoïdes très peu nombreux, peu mobiles et morphologiquement anormaux (La Rochebrochard, 2003). Cette technique redonne l'espoir aux couples d'avoir un enfant biologique : « Pour de nombreux couples stériles, les progrès des biotechnologies ont réanimé l'espoir d'« engendrer sa propre descendance, son œuvre », de se réapproprier la filiation. » (Costa-Lascoux, 2002, p. 732). Cependant cette technique implique un traitement lourd sur le corps de la femme, alors que l'IAD, préconisé dans les cas d'infertilité sévère ou totale du mari, est une intervention moins invasive (La Rochebrochard, 2003). Le don de sperme fracture les liens de la famille génétique et du lignage et il est assimilé à un adultère (Serour, 2008). Pour A. Beddiar (1993) :

L'insémination par un donneur autre que l'époux légitime provoquerait donc la confusion au sein du milieu familial, romprait les liens naturels entre parents et progéniture et donnerait un caractère aléatoire, sinon inopérant, à la norme juridique qui sert de référence et de base à la famille, dans sa forme comme dans sa signification. Dès lors la cellule de base (la famille) dans tous les groupements familiaux deviendrait un milieu artificiel, mutilé, au motif qu'en son sein l'enfant conçu par insémination n'aurait pas de vraie paternité au sens naturel et juridique du terme (p. 28).

De la même manière, l'adoption n'est pas acceptable pour pallier l'infertilité car le mariage et la famille biologique sont très importants pour l'islam : « L'interdit de la filiation adoptive en islam témoigne de l'impossibilité de penser une filiation sociale qui ne serait pas fondée sur le biologique. » (Fortier, 2011, p. 229). L'adoption est donc prohibée, mais il existe la possibilité d'adopter des orphelins à des fins charitables, sans filiation, appelée la *Kafâla* (Serour, 2008 ; Le Boursicot, 2010). Dans les pays musulmans, l'adoption est rarement pratiquée ou quand elle l'est, elle est cachée :

Fostering arrangements are legally permitted and ever encouraged in most Middle Eastern Muslim societies; nonetheless, they are relatively rare and may be shrouded in secrecy. Indeed infertile couples who do foster an orphan may attempt to pass the child off as their own biological offspring to avoid the severe stigma of such an arrangement (Inhorn, 2006a, p. 95).

¹⁷⁰ Insémination Artificielle avec Sperme de Donneur.

¹⁷¹ Intra Cytoplasmic Sperm Injection.

C. Fortier (2010) explique que l'islam prône l'enfant biologique, mais n'est pas opposé cependant à la dissociation entre sexualité et procréation existant dans l'assistance médicale à la procréation :

La rapidité avec laquelle les autorités religieuses de ces pays [musulmans] ont accepté ces nouvelles techniques procréatives témoigne que le fait de dissocier la procréation de la sexualité n'est pas en soi un problème en islam [...], alors que c'est moins le cas dans une certaine conception catholique, qui, liant de façon très étroite la sexualité à la procréation, lie de façon tout aussi étroite la procréation à la sexualité (p. 14).

Selon S. Houot (2010), c'est la conjugalité, légitimée par le mariage, qui introduit une descendance légitime. E. Barraud (2010) précise que l'enfant acquiert une légitimité uniquement par le père. La filiation chez les musulmans ne s'applique que dans le cadre d'une union validée par le mariage. Elle pense le rejet de l'adoption comme « un moyen de défendre les liens de descendance et d'engendrement, comme une façon de protéger un certain modèle familial, et, par extension, la société tout entière, la famille étant l'élément de structuration de la société » (para. 20). Il faut noter que la parenté sociale, induite dans l'AMP avec don de spermatozoïdes remettrait en cause, si elle était pratiquée, le modèle familial et la société islamique. Pour comprendre les interdictions religieuses auxquelles sont soumis les couples dans leurs démarches d'AMP, prenons l'exemple de madame et monsieur A.

Madame et Monsieur A.

Madame A., Sénégalaise musulmane âgée de quarante ans, assistante de direction, et son époux, Français musulman âgé de quarante-huit ans, expert-comptable, se marient en 2010.

Madame A. consulte fréquemment la docteure M. depuis son mariage. Son gynécologue précédent lui a parlé de l'AMP, mais il ne pratiquait pas ces techniques. Les examens faits avec son premier gynécologue révèlent un problème d'infertilité chez monsieur A. La gynécologue leur conseille d'aller faire une FIV en Espagne, mais ils jugent les coûts exorbitants et préfèrent la faire à Dakar.

Lors du premier entretien avec la docteure M., celle-ci lui demande de faire des examens complémentaires. Madame A. rentre ensuite dans un protocole de FIV. Elle se sent très à l'aise avec la docteure M. car elle est « accessible ». Les consultations se déroulent soit en couple soit seule. Avant la FIV, le couple a un entretien d'une heure avec le biologiste qui leur donne des explications sur la FIV avec des photos. Après le transfert d'embryons, madame A. attend dix jours et elle fait un test de grossesse, qui se révèle négatif. Pour les résultats, le laboratoire appelle le gynécologue et c'est lui qui appelle le couple pour leur confirmer l'échec de la FIV.

Madame A. a exclusivement fait appel aux techniques médicales et n'a pas consulté de guérisseur, ni de marabout. Elle a juste demandé à son marabout s'ils pouvaient avoir recours à l'AMP. Celui-ci leur a répondu que tant que c'était avec les gamètes du couple, c'était autorisé, mais que les dons de gamètes étaient interdits.

Madame A. a des fibromes qu'elle devra se faire enlever si elle tente l'essai d'une nouvelle FIV. La docteure M. lui a aussi annoncé qu'elle n'a plus assez d'ovocytes et que pour la prochaine FIV, ils devront avoir recours à un don d'ovocytes dans un autre pays tel que l'Espagne. Si c'est la seule solution, Madame A. ne va pas donner suite à son désir d'enfant car sa religion lui interdit le recours au don de gamètes. Elle n'envisage pas non plus le projet d'adopter un enfant.

Lors de l'entretien que nous avons réalisé avec madame A., monsieur A. était présent dans l'appartement, mais il choisit de se retirer dans une autre pièce et de ne pas participer à l'entretien. Monsieur A. est Français, mais semble très mal à l'aise pour parler de son infertilité. Il accepte cependant que sa femme en parle en sa présence. Ils sont mariés depuis un an et madame A. a commencé aussitôt les démarches d'AMP. Il faut noter que madame A. a quarante ans, ce qui l'amène certainement à précipiter ses démarches. Elle connaît maintenant les interdictions de sa religion et arrêtera les démarches d'AMP si elle doit recourir à un don d'ovocyte. Elle ne pense pas à l'adoption.

Ainsi on comprend l'importance de la filiation biologique dans la religion islamique et notamment l'importance du sperme dans la transmission de la filiation. Si le don et l'adoption sont totalement interdites, les positions sont très divergentes entre les Sunnites et les Chiites.

Les Sunnites

Chez les Sunnites, l'assistance médicale à la procréation est autorisée pour les couples mariés et sans don anonyme de gamètes (Serour, 2008). Si le contrat de mariage est interrompu dans le cas d'un décès ou d'un divorce, il n'y a plus d'assistance médicale à la procréation possible. Les Sunnites ne reconnaissent que l'assistance médicale à la procréation intraconjugale. Cette position est exprimée entre autres, par l'université d'al-Azhar au Caire (Fortier, 2010). C. Fortier (2010) explique que toute forme de procréation ayant recours à un tiers est apparentée à un adultère et que tout enfant qui naîtrait de cette façon serait considéré comme illégitime. Des fatwas interdisent le don de gamètes et c'est à ces fatwas que se réfèrent les couples en matière d'assistance médicale à la procréation (Inhorn, 2006b).

Les Chiïtes

La Fatwa de l'Ayatollah Ali Hussein Khomeini de 1999 autorise le don d'ovules, de sperme et d'embryons et la gestation pour autrui, mais l'enfant est censé hériter du donneur de sperme (Fortier, 2011). Ce positionnement est donc totalement à l'opposé du positionnement sunnite. Cependant, suite à cette fatwa, il y a eu plusieurs concertations sur le don de sperme et beaucoup de religieux chiïtes interdisent cette pratique (Serour, 2008). Chez les Chiïtes, il existe un mariage temporaire appelé *mut'a* qui représente l'union entre une femme non mariée et un homme marié. Ce mariage est contracté, pour une période donnée, contre de l'argent (Inhorn, 2006a). Au Liban et en Iran par exemple, le don d'ovocytes est religieusement légal. Il faut que la donneuse soit célibataire et qu'elle accepte de se marier temporairement avec le mari du couple infertile pendant la période allant de la ponction des ovocytes jusqu'au transfert des embryons (Inhorn, 2006a). En contrepartie la donneuse reçoit une compensation économique pour les ovocytes et le mariage :

Néanmoins, un tel don (don d'ovocyte) a pu être autorisé en 1985 par le Conseil de l'Académie de droit musulman de la Ligue islamique réuni à la Mecque [...]. Cette autorisation s'explique dans la mesure où il n'y a pas d'adultère (*zinâ*) puisque les deux femmes sont unies légalement au même homme et qu'il n'y a pas de problème eu égard à la filiation paternelle de l'enfant, qui revient au mari commun des deux femmes. Concernant la question de la maternité, ce n'est pas l'épouse qui a donné son ovocyte, mais celle qui a porté l'enfant et qui l'a accouché qui sera considérée comme la mère, conformément au principe coranique qui définit [...] la maternité par la gestation et l'accouchement. Ce même principe explique par ailleurs que le recours à une mère porteuse soit interdit, car ce serait elle et non la génitrice qui serait reconnue comme la mère de l'enfant (Fortier, 2011, p. 231-232).

En revanche, pour le don de sperme, une femme déjà mariée ne peut pas épouser un autre homme célibataire, même temporairement, car cette pratique serait assimilée à de la polyandrie. Ensuite la question de l'héritage poserait aussi problème car l'enfant hérite de son père génétique (donc du donneur). Ce qui incite les hommes à ne pas s'orienter vers le don de sperme, sauf dans certains cas :

En Iran, où le don de sperme est pratiqué conformément à la consultation juridique (*fatwâ*) de l'ayatollah Ali Husayn Khamenei, certains hommes sollicitent leur propre frère comme donneur de sperme [...]. [...] le frère fécond est considéré comme pouvant transmettre par son sperme le patrimoine génétique de la lignée ainsi que, par conséquent, les ressemblances propres à la famille, et de surcroît, le patrimoine familial, puisque l'enfant est censé hériter, selon la position de l'ayatollah Ali Husayn Khamenei, du donneur de sperme (Fortier, 2011, p. 234).

De la même manière, C. Fortier (2011) explique qu'en Iran, des femmes sollicitent leur sœur célibataire comme donneuse d'ovocytes. Celle-ci épouse temporairement le mari de la sœur infertile, bien que le fait qu'un homme soit marié avec deux sœurs en même temps soit interdit chez les Chiïte et Sunnite. Selon M. C. Inhorn (2006a), en Iran, le don d'embryon, qui a nécessité

le sperme et les ovocytes d'un autre couple, est autorisé, pour pallier l'infertilité masculine et féminine. Comme l'embryon vient d'un couple marié donné à un autre couple marié, cela est religieusement permis. Les autorisations pour les dons de gamètes renvoient à l'importance de maintenir la structure de la famille selon les représentations religieuses chiites (Serour, 2008).

C - Le catholicisme et l'AMP

Du point de vue catholique, l'enfant doit naître de manière naturelle d'un homme et d'une femme mariés. Dans cette optique, il ne faut pas séparer la procréation de la sexualité (Ford, 2008). La position du Vatican est de refuser l'assistance médicale à la procréation (Schenker, 2005). L'Église argumente que la fécondation *in vitro* est dégradante pour la vie humaine et sépare la procréation humaine de l'acte sexuel. La Congrégation pour la Doctrine de la Foi de 1987 autorise l'insémination artificielle quand elle ne sert pas de substitution à l'acte conjugal (Ford, 2008). L'Église ne reconnaît pas le don de sperme car le donneur est reconnu comme étant le père, et interdit les mères-porteuses, car la mère qui porte l'enfant est sa mère (Ford, 2008 ; Schenker, 2005). Contrairement à la religion musulmane, la dissociation entre sexualité et procréation n'est pas envisageable pour la religion catholique :

C'est en désignant le cadre institué (le mariage) et la manière concrète (l'acte sexuel procréatif) dont doit impérativement se dérouler le processus de la reproduction humaine que la loi morale naturelle voulue par Dieu répond à l'avance à tout dilemme en imposant un ordre liant les trois dimensions de la transmission par l'homme du « don de vie » que lui a fait Dieu : ses dimensions sexuelle, reproductive et matrimoniale. [...] Toute procréation artificielle est proscrite au sein du couple marié. L'insémination avec le sperme du conjoint (IAC), la fécondation *in vitro* (FIV) avec les gamètes du couple sont proscrites puisqu'elles dissocient « le lien indissoluble que Dieu a voulu et que l'homme ne peut rompre de sa propre initiative, entre les deux significations de l'acte conjugal : union et procréation ». Cette dissociation est encore aggravée par un péché spécifique pour les dons masculins : la masturbation nécessaire pour recueillir le sperme de l'homme (Théry, 2010a, p. 91).

L'islam est plus permissif que le catholicisme sur la pratique des nouvelles technologies de reproduction et accepte la séparation entre sexualité et procréation contrairement à la religion catholique. L'islam au Sénégal se base sur les règles de l'islam sunnite en matière de reproduction médicalement assistée : une assistance médicale à la procréation avec les gamètes du couple. L'adoption est aussi interdite car la filiation biologique est primordiale pour la religion islamique. Pour les Catholiques, l'Église rejette l'assistance médicale à la procréation, mais des exceptions peuvent être faites pour des couples mariés qui ne peuvent procréer, dans les cas où la technique ne se substitue pas à l'acte sexuel. Seuls les Chiites permettent l'assistance médicale à la procréation avec don ; cependant, certains religieux chiites refusent le don de sperme à leurs fidèles. L'interdiction sous-jacente est celle de l'enfant non biologique et non conçu dans le cadre du mariage. L'institution du mariage semble pour l'islam et le catholicisme le cadre en dehors duquel toute AMP est impossible.

À côté de ces dogmes religieux, nous percevons que les couples font leurs propres interprétations religieuses. Certains recourent à l'AMP avec don de sperme, comme dans le cas de monsieur B, d'autres vont voir le biologiste L. avec le donneur qu'ils ont choisi (un frère, une cousine) pour pratiquer une IAD.

D - La question du don dans les religions

La question du don a une place omniprésente dans les religions monothéistes. S. Mathieu (2013) explique que « le Vatican considère l'enfant comme un « don » de Dieu et conseille plutôt aux couples stériles d'adopter ou de se mettre au service des enfants » (p. 13). Selon P. Murat (2009), l'AMP fait violence aux religieux car elle intervient dans un champ qui était jusqu'à présent réservé aux puissances divines :

L'assistance médicale à la procréation constitue, au sens premier des termes, un passage du sacré au profane. L'homme intervient sur ce qui depuis la nuit des temps restait hors de sa portée créatrice et cette intervention provoque chez certains un sentiment d'effraction. De plus, ce déplacement des limites touche à ce qu'il y a de plus sensible : la reproduction de l'homme lui-même. L'entreprise recèle inévitablement un aspect démiurgique, et s'y ajoute en corollaire, la crainte de dérapages : risques d'instrumentalisation de l'embryon et du fœtus ; crainte de céder au pur utilitarisme ou même crainte que la simple rationalité appliquée à la production de l'homme ne donne des choses aberrantes. En intervenant pour encadrer l'assistance médicale à la procréation, la loi a indirectement consacré ce passage au profane : elle a indirectement déplacé les bornes du sacré (p. 320-321).

Selon S. Mathieu (2013) l'AMP peut « renvoyer aux médecins l'image d'une toute-puissance qui met à bas « l'ordre naturel », c'est-à-dire cet ordre selon lequel la réalité humaine est modelée par la loi divine, socle des directives religieuses » (p. 11). Les médecins entrent dans une sphère religieuse, chargée de sacralité et prennent une place relevant du divin. Selon L. Tain (2013): « [...] ce transfert institutionnel amène une superposition du biologique et du sacré. L'institution médicale, chargée du « don de la vie », hérite des caractéristiques de l'institution ecclésiale » (p. 135). Ainsi, non seulement les médecins interviennent dans une sphère qui relève du divin, mais en plus ils permettent à des couples de procréer en dehors du cadre religieux défini : mariage, acte sexuel procréatif, maternité.

Selon M. Hénaff (2008), « la transcendance absolue du don divin va être au cœur des courants les plus puissants du christianisme » (p. 508). Il distingue trois types de relation de don : le don réciproque cérémoniel (constitue la vie sociale des sociétés traditionnelles), le don unilatéral (la grâce) et le don individuel de type moral (générosité et compassion qui dépendent de la libre décision du donateur). Il explique que « seul Dieu peut donner, aucun don humain ne saurait ajouter au don divin » (p. 510). Pour lui, dans le discours des théologiens catholiques :

[...] la relation sociale se définit par la charité. La charité et la bienveillance, amitié, désir de vouloir le bien d'autrui, de le secourir, de le soutenir. Cette relation est présentée comme « naturelle » et spontanée. Naturelle, parce qu'elle émane d'un ordre

des choses voulu par Dieu. Telle est la relation de Dieu envers l'homme : pure générosité sans calcul. Il n'y a de communauté entre les hommes que parce qu'il y a entre eux le type même de lien que Dieu établit envers eux (p. 512).

Il explique que la culture catholique permet un don en retour à Dieu par le biais de la charité. Selon C. Tarot (2008), « le christianisme se veut une économie de la grâce » (p. 482). Il explique que l'enracinement à partir duquel se construit le christianisme, c'est le Testament :

Tout le système chrétien du don et de la grâce a son origine dans cet héritage commun : le monothéisme, l'élection d'Israël, don des dons gratuits par excellence, le don de la terre à Abraham, le don de la loi à Moïse au Sinaï, le don de la monarchie à David et du Temple, le don de l'esprit aux prophètes qui annoncent d'autres dons à venir : le messie, l'alliance nouvelle, le cœur nouveau, les cieux nouveaux et la terre nouvelle [...] (p. 485).

Jésus a instauré le devoir de pardon mutuel, de la réconciliation. C. Tarot rappelle que devant l'échec de son projet, Jésus a dû donner sa propre vie. En échange du sacrifice de Jésus, les croyants doivent à présent offrir leur vie à leurs frères. Selon E. Durkheim (1912/2003), le sacrifice religieux se compose de deux éléments : un acte de communion et un acte d'oblation. Le fidèle fait une offrande à son dieu et communit avec lui en ingérant un aliment sacré. Le sacrifice est aussi un don et un acte de renoncement car le fidèle abandonne ses biens et ses subsistances.

Le don est aussi important dans la religion musulmane. Selon D. Falcioni (2012), l'homme doit s'acquitter de sa dette envers Dieu à travers la gratitude, la prière et en prenant soin des pauvres. Dans les sources islamiques, la *sadaqa* (acte de générosité) est encouragée. La *zakat* (l'aumône) est destinée à tous sans condition. Faire l'aumône constitue le troisième pilier de la religion islamique et « représente l'unique devoir envers Dieu qui engage le croyant avec la communauté » (p. 355). Selon E. Guillermet (2009) :

Le lien direct entre le don et son inscription dans les préceptes islamiques est clairement exprimé : les flux monétaires ainsi mobilisés s'inscrivent dans une économie morale fondée sur une logique de réciprocité (le don) et de redistribution (l'institutionnalisation de la charité islamique) (p. 171).

Ainsi les grandes religions monothéistes désignent déjà le fait que tout être vivant doit son existence à Dieu ; de même, l'enfant est un don de Dieu. Ensuite, en échange des dons divins, les hommes doivent se sacrifier pour s'aider les uns les autres. L'AMP intervient au cœur même du processus divin du don. Alors que les religions définissent le cadre de la procréation, les médecins des NTR la remettent parfois en cause, troublant par là-même les règles de filiation, les normes de genre et les normes religieuses.

III - L'ENFANT GENETIQUE : LE PRIMAT DU BIOLOGIQUE

A - Le silence autour des NTR

Au Sénégal, les couples qui ont un enfant suite à l'assistance médicale à la procréation font comme si celui-ci était né de façon « naturelle ». Souvent le médecin est le seul à connaître les démarches d'assistance médicale à la procréation des couples. Selon la gynécologue M., l'assistance médicale à la procréation est cachée aux familles car les couples ont peur que l'enfant soit stigmatisé. Les couples demandent alors au médecin une très grande confidentialité. Certains couples ne veulent pas parler de leurs démarches d'assistance médicale à la procréation, comme par exemple madame K. : « *Mon problème je le garde. Sinon les gens parlent de ça entre eux. Même à mes sœurs je n'ai pas dit que je fais la FIV* ». Monsieur G. partage ce point de vue : « *On n'en parle pas. C'est une histoire qui ne concerne que le couple* ». Madame A. pense la même chose : « *La famille sénégalaise est un peu complexe. C'est vraiment intime, il faut garder ça dans le couple* ». Ce sujet est, d'après les couples, intime et c'est pour cela qu'ils n'en parlent pas à leurs familles. Madame V., elle, pense que sa mère n'aurait rien contre les méthodes d'AMP et prétend lui en parler si la fécondation *in vitro* qu'elle entreprend réussit. De même, elle n'en a pas parlé à sa sœur qui vit en France et qui est aussi infertile. Celle-ci a confié à madame V. les démarches d'AMP qu'elle a entreprises en France, contrairement à madame V. qui elle ne s'est pas confiée en retour. Elle aimerait en parler à sa sœur, mais préfère attendre après la fécondation *in vitro*. Madame E., au contraire, s'est confiée à une sœur qui a le même problème qu'elle. Celle-ci va bientôt venir à Dakar et madame E. va l'aider pour débiter les démarches en vue de faire une assistance médicale à la procréation. Bien souvent les couples n'en parlent pas aux personnes proches car ils ne veulent pas les inquiéter. Ils ne veulent pas non plus que leurs angoisses deviennent pesantes pour eux.

Aucun couple ayant eu recours à un don de gamète n'a pu être rencontré lors de l'enquête, cependant les gynécologues disent envoyer leurs patients à l'étranger pour bénéficier de ce type d'assistance médicale à la procréation. Tout laisse à penser que les couples qui bénéficient d'une assistance médicale à la procréation avec don le cachent de la même manière que le font les couples qui bénéficient d'une assistance médicale à la procréation intraconjugale. Par exemple, monsieur V., qui avec sa femme doit faire une tentative de FIV intraconjugale, a eu l'idée que son épouse parte voyager après la FIV pour faire croire à une grossesse naturelle. Madame V. justifie l'idée de son mari : « *On n'est pas dans le bon cadre. Les gens se surveillent beaucoup. Ils sont curieux* ». Lors des IAC qu'elle a faites précédemment, elle devait rester à l'hôpital, mais elle a préféré ne pas y rester à cause du regard des gens. Si les couples ne parlent pas de leurs démarches d'AMP c'est parce que ces technologies de procréation créent un malaise :

La plupart des individus intéressés ressentent comme un malaise moral la pratique de la PMA. Autrement dit, celle-ci est perçue comme une amoralité caractérisée comme une atteinte grave à la nature même de la conception humaine. Elle constitue un acte contre l'origine naturelle de l'être humain, une violation du déroulement naturel de la création d'une vie humaine. La PMA apparaît comme une immixtion intolérable dans le foyer

conjugal des époux et est considérée comme un fait injurieux avec la crainte d'une remise en cause des bases mêmes de la société et de sa cellule fondamentale, la famille. [...] avec la PMA, on assiste à l'éclatement des notions classiques de « père » et de « mère ». Qu'est-ce qu'un « père » alors ? Une « mère » ? « Un enfant » ? Que devient le rôle du lien du sang dans tout cela ? Qu'est-ce une « généalogie » ? Une « descendance » ? (Dieng, 2005, Titre I, Chap. II, Section II, *Les problématiques dans le cadre de vie*, para. 1).

Les usagers des nouvelles technologies de reproduction ont le sentiment de violer une norme sociale en ayant recours à ces nouvelles technologies et préfèrent ainsi le dissimuler. L'assistance médicale à la procréation remet donc en cause le modèle de filiation basé sur la famille nucléaire : père-mère-enfant(s). Dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation avec don, les géniteurs qui sont les donneurs sont effacés et les parents sociaux deviennent les parents biologiques. Quel que soit le pays concerné, les nouvelles technologies de reproduction soulèvent des questions en rapport avec la filiation, et notamment la question de la stigmatisation de l'enfant né par assistance médicale à la procréation.

B - Imiter la procréation « naturelle »

Primauté de la filiation biologique ou sociale

Derrière cette stigmatisation de l'enfant né par assistance médicale à la procréation se trouve une autre question : les sociétés privilégient-elles l'enfant biologique ou l'enfant social ? Pour F. Héritier-Augé (1985d), les sociétés privilégient le social au biologique :

Au total, il n'existerait pas jusqu'à nos jours de sociétés humaines qui soient fondées sur la seule prise en considération de l'engendrement biologique, ou même qui lui auraient reconnu la même portée que celle de la filiation socialement définie. Toutes consacrent la primauté du social, de la convention juridique qui fonde le social, sur le biologique pur. La filiation n'est donc jamais un simple dérivé de l'engendrement. C'est une troisième constante (p. 241).

Ainsi en suivant le raisonnement de F. Héritier, le social primerait dans les sociétés sur le biologique. Elle démontre que l'assistance médicale à la procréation est dans la même logique que le modèle précédant de filiation car elle se base aussi sur la primauté du social. Donc, selon elle, les nouvelles technologies de reproduction ne seraient pas si nouvelles que cela et n'apporteraient pas de réels changements dans la filiation et dans la reproduction :

[...] nous trouvons dans différentes sociétés des institutions qui dans leurs effets, correspondent à l'insémination artificielle avec donneur (IAD), aux dons d'enfants, et même aux mères porteuses avec rétribution et à l'insémination post mortem. Je donnerai deux exemples d'équivalents de l'IAD. Chez les *Samo* du Burkina Faso, la fillette est donnée en mariage dès sa naissance. Un homme peut avoir plusieurs épouses légitimes ; mais chacune d'elle ne lui est confiée qu'après avoir, étant pubère, cohabité plusieurs années dans la maison paternelle avec un amant de son choix et en avoir au

moins un enfant. Cet enfant est considéré comme le premier des enfants issus de l'union légitime. Ainsi un homme impuissant ou stérile ne sera jamais considéré comme tel. Il aura toujours autant d'enfants que d'épouses légitimes. Ce sont les mariages, la parole et l'attribution du nom qui font la filiation (Héritier-Augé, 1985c, p. 37).

Nous retrouvons effectivement dans la littérature des exemples se rapprochant des techniques d'AMP. A. Sow Sidibe (1993) relate l'existence d'une coutume chez les *Sérère none* du Sénégal, dont elle fait le rapprochement avec le phénomène des mères-porteuses :

Celle-ci [la coutume] admet que la femme frappée de stérilité et sans progéniture fasse mettre à sa disposition une jeune fille en payant une dot. Elle autorise ensuite un jeune parent à entretenir des rapports sexuels avec la jeune fille. L'enfant issu de cette union est alors considéré comme celui de la femme stérile et devient son héritier (p. 144).

Ainsi, si l'on suit le raisonnement de F. Héritier, la médecine, par les nouvelles technologies de reproduction, n'a rien révolutionné par rapport aux précédents modèles de filiation puisque ces méthodes existaient déjà, sans l'intervention médicale. Ainsi elles ne créeraient aucun nouveau mode de filiation (Héritier, 1996).

Le modèle du « ni vu ni connu » et l'anonymat du donneur

I. Théry (2010a) pense au contraire que les nouvelles technologies de reproduction amènent d'importants changements dans la reproduction. Premièrement, en dissociant sexualité et procréation et ensuite en introduisant des donneurs et des médecins dans la reproduction. Ainsi, à la différence de ce qu'écrit F. Héritier, les nouvelles technologies de reproduction proposent déjà un système à grande échelle, autre que des arrangements ponctuels ou communautaires. De plus, dans les exemples donnés par F. Héritier, il y a toujours un acte sexuel à l'origine de la procréation ; lequel tend à disparaître avec l'assistance médicale à la procréation. Ce changement à lui seul est énorme car il permet concrètement une reproduction en dehors du « couple hétérosexuel reproducteur ». Les techniques médicales peuvent permettre à des couples de procréer sans rapports sexuels, ouvrant par là même la possibilité concrète pour des couples de même sexe d'accéder à la procréation. Cependant, les nouvelles technologies de reproduction sont paradoxales. I. Théry (2010a) reproche au modèle qu'elle nomme « *Ni vu ni connu* » reposant sur le secret autour d'un enfant né par assistance médicale à la procréation, d'effacer l'histoire de l'enfant au profit de la préservation d'un modèle de filiation. Elle reproche à l'assistance médicale à la procréation de s'être calquée sur un modèle de filiation existant plutôt que d'en définir un nouveau où les parents pourraient s'ajouter :

Cette réaction présente deux paradoxes. D'une part l'enjeu du débat est clairement un enjeu de parenté, et tous ces discours sur le « vrai parent » se situent de dehors de l'univers de la parenté, qui est par définition un univers institué. D'autre part, on n'a cessé d'opposer deux candidats au rôle de vrai parent, le parent « social » et le parent « biologique », alors que cette alternative (logique du *ou*) est directement contraire à toute reconnaissance de la nouveauté de l'AMP où l'enjeu n'est pas d'éliminer un

protagoniste mais d'apprendre à penser la complémentarité des rôles (logique du *et*) (p. 140).

Selon D. Mehl (2008), trois types de filiation coexistent depuis l'AMP : une filiation « naturelle » fondée sur « le primat de la nature et pour laquelle coïncident théoriquement parenté biologique et parenté sociale », une filiation adoptive basée sur « le primat de la volonté et dans laquelle la parenté biologique disparaît au profit de la parenté sociale » et filiation liée au don de gamètes « qui combine une reconnaissance de la dimension biologique du côté du parent géniteur et son élimination du côté du géniteur donneur qui, protégé par l'anonymat, ne pourra jamais être ni identifié ni convoqué et donc, bien sûr, jamais être institué comme parent » (p. 297). Ainsi c'est par l'anonymat que la filiation avec le donneur se dissout. Selon G. Delaisi de Parseval (2009), la filiation avec don de gamètes est basée sur une fiction procréative :

Par un tour de passe-passe, la filiation avec don de gamètes a été ainsi rattachée à la filiation charnelle, ceci sans jugement, à la différence de la filiation adoptive. En incitant les parents à adopter une position qui pérennise l'illusion d'être des géniteurs alors qu'ils ne le sont pas, la loi est devenue complice d'une tentative d'annuler la portée symbolique de l'acte procréatif (p. 159).

S. Lallemand (2009) explique que l'anonymat des donneurs de gamètes renvoie à la peur qu'ils ne viennent réclamer l'enfant après sa naissance : « il vaut mieux faire disparaître du champ relationnel les protagonistes de la procréation une fois la besogne achevée. Il ne faudrait pas qu'ils viennent troubler, avec des revendications à propos de l'enfant, la quiétude de la famille qu'ils ont contribué à construire... » (p. 189). D. Mehl (2011) explique que la préoccupation principale des médecins dans l'IAD est : « de prémunir cette famille éclos grâce à la médiation d'un tiers contre une éventuelle concurrence de figures paternelles » (p. 23). S. Mathieu (2013) note cependant le comportement paradoxal des médecins, qui privilégient un discours sur le père social et font l'inverse avec la mère en insistant sur l'importance de la grossesse et en mettant en avant le rôle de gestatrice sur celui de génitrice. Elle précise donc : « aux mères la biologisation de la parenté, aux pères sa socialisation » (p. 108). Maintenir le mode de conception secret a pour but de protéger l'enfant et ses parents « contre les réactions négatives possibles issues du cercle social, familial et amical » (Kalampalikis, Haas, Fieulaine, Doumergue, Deschamps et Chiron, 2010, p. 66).

Remise en question des rôles sexuels dans la procréation

E. Fassin (2010) pense que la hiérarchie entre les filiations, qui était avant instituée par le mariage, est aujourd'hui instituée par un principe de légitimité biologique ; les autres formes de filiation deviennent alors secondes ou dérivées. Le débat portant sur la notion de parent biologique/parent social a une fonction idéologique : « [...] l'alternative consistant à opposer le « biologique » et le « social » comme deux voies rivales pour définir un « vrai parent » n'est rien de plus (et rien de moins non plus) qu'un puissant discours idéologique » (Théry, 2010a, p. 129).

Les sociétés confrontées aux nouvelles technologies de reproduction s'orientent vers la primauté du biologique car la peur sous-jacente au besoin de cette définition du « vrai parent » est celle de la remise en question des rôles sexuels dans la procréation : « L'enjeu implicite est

d'ancrer la filiation suffisamment loin dans les profondeurs d'un ordre extrinsèque à l'institution sociale de la parenté pour lui trouver un *fondement naturel* indiscutable » (Théry, 2010a, p. 141). L'assistance médicale à la procréation préfère rester basée sur l'ancien modèle parce qu'en troublant la filiation, elle trouble aussi la logique de la différence des sexes :

[...] non seulement nos mythes modernes des origines font du mariage la seule et unique institution directement inscrite dans l'état de nature, mais ils confèrent à la sexualité procréative le statut de fondement ultime de la différence entre l'homme et la femme (Théry, 2010a, p. 254).

Ainsi pour ne pas troubler la logique des identités sexuelles, les nouvelles technologies de reproduction renaturalisent la reproduction : « par la reproduction, la définition du « sexe » est socialement articulée à la définition légale de la parenté et de la filiation, et donc à l'ordre de la famille » (Dorlin et Fassin, 2010, p. 10). Ainsi genre, filiation et famille sont interdépendantes et imbriquées et la chute de l'une d'elles entraînerait celle des autres.

Le sociologue et philosophe du droit D. Borillo (2010b) explique qu'en France les débats sur les nouvelles technologies de reproduction ont conduit à une « naturalisation du couple hétérosexuel comme fondement de la filiation [...] » (p. 127) et précise que ce qu'il nomme « hétérosexualisation de la filiation » existe pour sens commun, mais n'a aucune valeur juridique. Dans un autre chapitre (2010a), il explique qu'à la différence du droit canonique, le droit civil n'est pas déterminé par les contingences biologiques. Selon lui, « s'opposer à l'homoparentalité, en invoquant la dimension biologique de la filiation ou son nécessaire caractère bisexué [...], pourrait constituer une atteinte aux droits fondamentaux » (p. 30). Certains chercheurs défendent pourtant cette idée :

On dira en premier lieu que dans toutes les sociétés il n'y a de filiation, et plus largement de parenté, que sociale. Aucune institution au monde n'est biologiquement fondée. Si elle l'était, elle serait naturelle, donc nécessaire, et donc universelle. Il y a cependant des limites biologiques à la diversité : elles tiennent à ce qu'il y a de plus irréductible dans le corps humain, la différence des sexes. La filiation ne peut s'établir qu'en référence au masculin et au féminin (Héritier-Augé, 1985c, p. 35).

F. Héritier (1996) doute du fait que l'égalité entre hommes et femmes se réalise dans plusieurs domaines car pour elle aucune société ne pourrait se construire sans « cet ensemble d'armatures étroitement soudées les unes aux autres que sont la prohibition de l'inceste, la répartition sexuelle des tâches, une forme légale ou reconnue l'union stable, et [...] la valence différentielle des sexes » (p. 29). I. Théry (2010a) pense que c'est justement cette égalité entre les sexes qu'amènent les nouvelles technologies de reproduction :

Cette perspective qui fonde la filiation sur l'hétérosexualité parentale revendique une conception entièrement sexualisée – plus précisément hétérosexualisée – de la différence des sexes. La distinction sexué/sexuel n'y a aucune place. [...] L'argumentation des médecins des CECOS défendant un modèle rénové d'AMP avec tiers donneur anonyme repose sur la prémisse exactement inverse. Pour eux, la nouveauté radicale apportée par l'AMP est bien la dissociation entre sexualité et

procréation. [...] Dans cette perspective, ce qui fait le « vrai parent » n'est pas du tout une sorte de conception imaginativement issue d'un cadre hétérosexuel fictif, mais au contraire le fait que tout le processus procréatif d'AMP avec tiers donneur est construit sur le principe de l'absence de relation sexuelle (et même de connaissance mutuelle) entre le donneur et la receveuse [...] (p. 152).

Ainsi pour ne pas bouleverser l'ordre des sexes et des sexualités, l'AMP imite la nature : « l'intervention technique bouleverse les frontières de la « nature », et requiert comme en compensation un effort explicite pour fonder à nouveaux frais la naturalité du fait reproductif » (Dorlin et Fassin, 2010, p. 8).

La pratique la plus controversée de l'AMP avec donneurs est celle des mères-porteuses. D. Mehl (2008) explique que l'interdiction de la gestation pour autrui est souvent due au fait qu'elle « met en cause le fondement légal de l'institution maternelle ancrée dans la réalité de l'accouchement » (p. 302). M. Canto-Sperber et R. Frydman (2008) abondent dans ce sens : « Ce qui fait de la maternité de substitution l'objet d'une désapprobation morale est qu'elle touche à la grossesse, expérience intime, essentiellement forte pour une femme » (p. 217). Selon eux, la grossesse se déroulera certainement bientôt en dehors du corps des femmes :

D'un point de vue technique, la conduite de la grossesse en dehors de l'utérus féminin peut être considérée comme l'achèvement d'un mouvement commencé par la fécondation in vitro : le corps de la femme n'est plus le lieu nécessaire de la fécondation, et ne sera bientôt plus le lieu nécessaire de la gestation (p. 248).

Les mères-porteuses sont l'ultime étape avant l'ectogenèse, qui établirait une égalité totale entre homme et femme devant la gestation de l'enfant :

[...] si l'ectogenèse devait un jour se réaliser et se généraliser, elle pourrait faire perdre à la grossesse l'essentiel de son sens humain. En effet, imaginons que, cette possibilité étant offerte, plus aucune femme ne soit enceinte ni n'accouche. Les femmes alors ne connaîtraient plus l'expérience existentielle qu'est la grossesse, avec la transformation du corps qui lui est liée. Elles n'en connaîtraient plus les émotions, sensations, joies, peines, souffrances, voire traces qui accompagnent la plupart des grossesses. Le point de vue des mères sur la gestation deviendrait en tous points semblables à celui des pères, c'est-à-dire un point de vue empreint de sympathie, mais extérieur, détaché du développement de l'enfant. Il n'y aurait plus de liens charnels entre l'enfant et la mère [...]. Affranchi de tout lien physique à ses parents, l'embryon, puis le fœtus seraient des produits détachés, « fabriqués » à partir du capital génétique parental. La reproduction humaine serait artificialisée et donc dépersonnalisée, à l'exception de l'apport des gamètes. Davantage, dans la mesure où les parents se limiteraient à être pourvoyeurs de gamètes, un rôle majeur dans la gestion serait joué par de nombreux intermédiaires, médecins, infirmiers, techniciens, qui seraient, si l'on peut dire, en contact constant avec le fœtus, contrairement aux parents (Canto-Sperber et Frydman, 2008, p. 256-257).

Ils soulignent que l'ectogenèse permettrait d'établir une totale égalité entre les hommes et les femmes car les femmes pourraient avoir des enfants sans préjudice pour leur carrière. La maternité serait alors construite comme la paternité.

Le rejet de l'homosexualité au Sénégal

L'AMP est aussi une porte d'ouverture aux différentes formes de sexualité et de parentalité. Cependant au Sénégal, il existe un fort rejet de l'homosexualité. Selon A. Degrées Du Loû, C. Enel J. Larmarange, et A. Wade (2009), les pratiques homosexuelles au Sénégal sont réprouvées et légalement condamnées. Un article de loi¹⁷² évoque les « rapports sexuels contre nature » passibles de cinq années de prison. Les homosexuels subissent des violences domestiques, communautaires et institutionnelles et sont stigmatisés par la société. Ils cherchent le plus souvent à se fondre dans la masse en adoptant des pratiques hétérosexuelles ou en étant bisexuels, en se mariant (Diongue, Fall, Ndiaye, Faye et Tal-Dia, 2011). Selon Diongue et *al.*, les personnels de santé ont une attitude négatives envers les personnes homosexuelles et négligent leur prise en charge. Au Sénégal, l'islam et ses représentants dénigrent l'homosexualité et interviennent parfois dans des affaires publiques relevant de l'État sénégalais, comme dans « l'affaire du mariage homosexuel » de février 2008 où deux jeunes hommes s'étaient faits photographiés célébrant un mariage gay (Awondo, Geschiere et Reid, 2013).

C - La préférence du couple infertile pour l'AMP : la ressemblance entre parents et enfant

D'autres pratiques peuvent se substituer à l'AMP au Sénégal comme le confiage ou l'adoption. Cependant dans le confiage, les couples n'ont aucune autorité parentale sur l'enfant, mais sont plutôt des tuteurs pour lui. L'adoption, tout comme l'AMP est elle aussi mal perçue à cause de la religion islamique. La meilleure solution semble donc l'AMP en ce qu'elle imite au mieux la reproduction naturelle.

Le confiage au Sénégal

Les couples infertiles peuvent contourner leur infertilité en adoptant ou en recueillant des enfants dont ils ne sont pas les géniteurs. L'anthropologue S. L. Faye¹⁷³ explique qu'il y a quelques années au Sénégal, les problèmes d'infertilité étaient réglés par le confiage d'enfants ; le couple pouvait prendre les enfants d'une sœur ou d'un frère. Madame M., une Sénégalaise, affirme que : « *Dans les villages, les dons d'enfants se pratiquent encore, mais plus dans les villes* ». M. Lecarme (1992) précise qu'au Sénégal le prêt d'enfant peut être destiné aux femmes infertiles :

Le prêt d'enfant bénéficie aussi aux femmes infécondes ou perdant leurs enfants en bas âge, à celles n'ayant pas donné naissance à des filles ou les ayant vu partir se marier.

¹⁷² Art. 319, du 21 juillet 1965.

¹⁷³ Entretien du 22 mars 2011, Dakar.

Toutes constituent des mères sociales des enfants qui leur sont confiés, pour une durée pouvant aller jusqu'à leur mariage (p. 310).

L'enfant confié peut-il remplacer l'enfant biologique ? Selon V. Hörbst (2012), dans le cadre de l'infertilité conjugale au Mali, le confiage d'enfants ne remplace pas l'enfant biologique :

Similar convictions were communicated to me by many other women – fertile or not. They emphasized recurrent aspects with regard to foster children: First, they are difficult to handle in daily life. Second, they are not as reliable as biological children as they can go back to their biological parents. Third, the women do not go through a pregnancy. First and foremost, pregnancy is the socially visible bodily proof of the couple's capability of making children and the only means to end stigmatization (p. 15).

C'est aussi l'idée présentée par D. Bonnet dans une communication¹⁷⁴ portant sur l'adoption, le fosterage et l'assistance médicale à la procréation au Cameroun. Elle explique que cette pratique d'envoyer un enfant au couple infertile ne règle en rien le désir d'enfant de ces couples, car le couple infertile n'acquiert pas le statut de parents des enfants confiés. De plus, le couple craint le retour des enfants dans leur famille de naissance.

L'adoption

L'adoption, qui est interdite par l'islam, est pratiquée par certains couples sénégalais qui ne peuvent avoir d'enfant naturellement. A. Sow Sidibe (1993) explique qu'au Sénégal, l'adoption est organisée par le législateur et s'inspire du système occidental. Il y a deux types adoption : l'adoption plénière et l'adoption limitée. Dans la première, l'adopté change de filiation et devient l'enfant de ses parents adoptifs ; la deuxième fonctionne comme l'adoption simple et ne rompt pas les liens de l'adopté avec sa famille d'origine. Elle note cependant, que l'adoption est bien plus souvent « une simple situation de fait, un phénomène de mœurs presque étranger au droit » (p. 132).

L'auteure distingue deux types d'adoption en Afrique francophone : l'adoption légale héritée du système français et soumise à des règles strictes et l'adoption de fait, non juridique. Elle explique : « L'adoption produit un certain nombre de conséquences précisées par le législateur dans l'hypothèse du régime légal. Quant à l'adoption de fait, ses conséquences, non organisées par la loi, sont variables d'une coutume à une autre et interpellent parfois le juriste » (p. 133). L'adoption de fait est souvent sans conséquences successorales, sauf dans certaines sociétés sénégalaises et lorsque l'adoptant n'a pas de descendance directe. Dans l'adoption légale, les droits successoraux de l'adopté sont dépendants du système successoral existant.

L'« adoption de fait » décrite par A. Sow Sidibe (1993) est celle dont nous avons entendue parler lors de notre enquête. Selon l'urologue S., « *au Sénégal il n'y a pas de papier pour adopter ni de procédure et il n'y a aucune trace des parents biologiques de l'enfant* ». Selon lui, l'adoption

¹⁷⁴ D. Bonnet, Le statut du confiage dans le parcours d'AMP de couples camerounais, communication orale, réunion genre et santé, CEPED, le 05 mars 2013.

concerne toujours les enfants de la famille. Le couple adopte un enfant très jeune (quelques mois) et le présente à leur entourage comme leur bébé. Le gynécologue R. connaît plusieurs couples qui ont adopté un bébé :

L'adoption, comme l'assistance médicale à la procréation avec donneur, est interdite par la religion musulmane, mais les couples y ont recours. Ils sont prêts à tout pour avoir un enfant. Ils le font donc discrètement. Ils adoptent et vont à l'étranger une année et en revenant, ils disent qu'ils ont eu l'enfant à l'étranger. Ils adoptent très souvent des bébés de trois mois (*Docteur R., gynécologue*).

Il précise que 100 % des couples qui adoptent ne le disent pas à leur entourage. L'urologue N., parle aux couples infertiles de l'adoption, qui, selon lui, la préfèrent à l'assistance médicale à la procréation. Des auteurs expliquent la préférence de certains couples de l'adoption. Ces couples se sentent assujettis aux médecins dans la pratique de l'AMP et ne veulent plus entendre parler de leurs corps déficients (Fanchin *et al.*, 2007). Selon les auteurs, adopter c'est renoncer à l'enfant biologique et à la capacité du couple à procréer. Ils expliquent que les hommes sont plus réticents à l'adoption que les femmes :

La filiation biologique, donc narcissique, semble plus importante pour les hommes que pour les femmes car l'angoisse de castration est réactivée par la stérilité. L'angoisse de castration, même si elle existe chez la femme, est moins déterminante dans son processus de féminisation alors qu'elle est essentielle dans le processus de virilisation (Fanchin *et al.*, 2007, p. 237).

Selon le gynécologue J., beaucoup de couples n'ont pas les moyens d'aller dans le secteur privé pour bénéficier des nouvelles technologies de reproduction. Il pense que pour ces couples-là, il n'y a que deux solutions : renoncer à leur désir d'enfant ou adopter. L'urologue S. pense que certains couples infertiles ne veulent pas adopter, car ils veulent leurs propres enfants. Cette idée est aussi celle développée par D. Bonnet dans une communication sur le Cameroun¹⁷⁵. Elle explique qu'au Cameroun, beaucoup de couples refusent l'adoption car ils considèrent que ce n'est pas dans leur « culture ». L'adoption est bien souvent une procédure discréditée par la famille élargie. De plus, les personnes interrogées évoquent souvent le doute sur les origines de l'enfant par peur de ce qu'ont pu être ses parents biologiques et des risques de transmission par le sang à l'enfant. De même, dans une communication¹⁷⁶, Arielle Ekang, une doctorante qui étudie l'AMP au Gabon, précise que les couples gabonais privilégient l'assistance médicale à la procréation face à l'adoption car le père veut transmettre son sang à l'enfant et la mère veut faire la preuve de sa maternité en accouchant.

¹⁷⁵ D. Bonnet, Le statut du confiage dans le parcours d'AMP de couples camerounais, communication orale, réunion genre et santé, CEPED, le 05 mars 2013.

¹⁷⁶ A. Ekang, Les couples gabonais face à l'AMP, exposé oral, CEPED, 18 avril 2013.

L'AMP avec don de gamètes

S. Mathieu (2013) explique que la fiction procréative induite par l'AMP a pour but « de se préserver du fantasme de l'adultère » (p. 84). Selon elle, ce fantasme est très présent chez ses interlocuteurs et « confond la manière et l'acte [...] comme si le sperme d'un autre revenait à avoir une relation sexuelle avec cet autre, alors même que le propre de l'AMP est de dissocier sexualité et procréation » (p. 84). Elle explique que les médecins français, font donc attention aux caractères morphologiques (couleur de peau, taille, couleur des cheveux, etc.) pour assortir donneur et couple receveur. Ils mettent en avant l'intérêt de l'enfant, disant qu'il s'agit de le protéger lui, mais aussi ses parents, d'éventuelles questions déstabilisantes. G. Delaisi de Parseval (2009) explicite la demande des conjoints face au futur enfant :

Ce qu'ils demandent c'est avant tout d'avoir un lien corporel avec l'enfant, que ce soit par la grossesse ou par les gamètes - ou encore par l'allaitement [...]. Ils demandent « du corps », « le plus de corps possible » dans cette procréation (p. 164).

G. Delaisi de Parseval (2008) explique qu'aux États-Unis, les couples infertiles peuvent choisir leur donneur, « les dons de sperme et d'ovocytes sont attribués habituellement en fonction de la nationalité, de la religion, de l'ethnie et des traits physiques des donneurs et des donneuses » (p. 135). Ce même désir se retrouve dans l'adoption. S. L. Howell et D. Marre (2009) expliquent que dans l'adoption, les parents adoptifs expriment une « volonté de « naturaliser » le lien adoptif » (p. 212). Les parents ont besoin d'une ressemblance physique avec l'enfant pour s'identifier en tant que parent. Elles nomment « processus d'emparentement » le fait d'incorporer l'enfant dans leur groupe parental. C. Fortier (2009) explique que ce désir de ressemblance est aussi social :

Dans notre société, il n'est pas rare que les premières interactions avec des parents au sujet de leur enfant concernent les ressemblances qui lui sont prêtées. Ces ressemblances sont immédiatement référées à la filiation, notion fondamentalement sociale, néanmoins spontanément associée au biologique (p. 251).

Dans le cas des couples infertiles qui recourent au don de gamètes, la ressemblance fait « l'objet d'un surinvestissement » (p. 255) de leur part. Elle explique qu'il pallie au manque biologique : « [...] le lien de ressemblance, pensé comme relevant de la nature, apparaît comme un substitut du lien génétique qui fait ici défaut » (p. 254). Elle précise que c'est dans ce désir des ressemblances, que certains couples préfèrent s'orienter dans un parcours d'AMP plutôt que vers l'adoption. Le désir de ressemblance émane très souvent des femmes car celles-ci désirent que l'enfant ressemble le plus possible à leur conjoint :

Derrière cette préoccupation se cache sans doute l'idée que plus l'enfant ressemblera à son époux, plus celui-ci le reconnaîtra comme le sien – la ressemblance physique pouvant lui faire oublier, ou tout au moins reléguer au second plan, le manque de lien génétique avec cet enfant. Par ailleurs, cette préoccupation cache encore plus profondément la crainte qu'on puisse soupçonner ces femmes d'adultère dans le cas où l'enfant ne ressemblerait pas à leur mari, surtout qu'elles-mêmes considèrent parfois dans leur for intérieur l'IAD comme une forme d'adultère (p. 261).

Les ressemblances avec la mère sont perçues par les couples comme moins importantes. Cette importance des ressemblances est « associée à la crainte de l'illégitimité de la filiation [...] qui peut, lorsqu'elle est avérée, se révéler stigmatisante pour les descendants, à l'échelle individuelle comme à l'échelle de toute une lignée » (p. 273). Selon elle, les ressemblances peuvent intégrer l'enfant dans une lignée qu'elle qualifie de corporelle. Elle explique que l'AMP avec donneur n'implique pas de trouble dans la filiation juridique, mais elle en implique dans la filiation, entendue par le sens commun, par cause de manque de génétique. Les ressemblances permettent de « remettre de l'ordre en recouvrant les failles du biologique et en retissant une « parenté de corps » » (p. 274).

Quand les couples sont dans l'impossibilité d'engendrer un enfant, ils peuvent soit avoir recours au confiage, à l'adoption ou à l'AMP avec don. Cependant, on constate dans la littérature scientifique, une préférence dans le couple pour le plus de lien biologique avec l'enfant. Quand le lien biologique fait défaut, la ressemblance est l'objectif recherché par les couples, pour que l'enfant « est l'air » d'être né de ses « parents ». Cette volonté de biologique et de ressemblance n'est-elle pas une logique de la preuve ? Prouver que l'enfant est le sien face aux doutes de l'entourage.



Au Sénégal, l'assistance médicale à la procréation n'est pratiquée que dans le cadre intraconjugal selon les recommandations de la religion islamique sur ce sujet. Les couples, de leur côté, ne tiennent pas toujours compte des recommandations de leur religion avant de s'engager dans le protocole d'assistance médicale à la procréation. Le discours religieux privilégie l'enfant biologique et légitime issu du mariage et du couple hétérosexuel : l'enfant biologique a une importance inégalable. Ainsi les religions refusent majoritairement le don de gamètes (les dons masculins sont les plus interdits) et parfois l'adoption. Seuls les chiites acceptent le don de sperme malgré des résistances internes. L'assistance médicale à la procréation bouscule la filiation, notamment l'assistance médicale à la procréation avec donneurs et remet en question la nécessité de passer par la sexualité pour procréer. Cela pose la question de la nécessité de la différence des sexes dans l'acte d'accouplement et donc de la nécessité de la différence des sexes dans la parentalité. Ainsi, dans chaque société, s'affrontent les parents biologiques et les parents sociaux pour être reconnus comme le « vrai parent » d'un enfant.

Dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation avec don, celle-ci tente de se calquer sur la procréation « naturelle » pour établir une pseudo-filiation biologique là où la filiation est en fait sociale. Il est intéressant de constater comment l'assistance médicale à la procréation parvient difficilement à se détacher des normes sociales et religieuses dans le modèle de filiation qu'elle propose. Remettre en question la procréation dite « naturelle », c'est aussi remettre en question la parentalité, le mariage, la filiation et les normes de genre. Ainsi le paradoxe des nouvelles technologies de reproduction évoqué par I. Théry est celui-là : médecine et sociétés s'affrontent sur des idéologies différentes. La médecine veut évoluer dans certains pays vers un modèle de reproduction, là où la société préfère préserver l'ancien. Ce paradoxe est issu du

compromis réalisé entre les deux idéologies permettant d'un côté de faire accéder des couples infertiles à la procréation et de l'autre, de créer un nouveau modèle de reproduction modéré se calquant sur la reproduction dite « naturelle » et en restant caché. Au Sénégal en tout cas, malgré l'absence de loi sur l'AMP, les médecins ont été leurs propres censeurs se basant sur les règles de la religion musulmane et les normes de genre de leur pays.

Le don d'engendrement amène un problème identitaire pour les receveurs. La médecine a fait barrage à ce problème en proposant de dépersonnaliser les dons en les rendant anonymes. Cela permet au couple infertile de se construire comme véritable parent de l'enfant. Sans l'anonymat, le donneur est le parent car le don transporte avec lui l'identité du donneur (hérédité, ressemblance entre le donneur et l'enfant) et pour les religions, le donneur de sperme est le père de l'enfant et la mère-porteuse est la mère de l'enfant. Pour toutes ces questions de légitimité de la filiation, les couples sénégalais qui recourent au don de gamètes le taisent et se proclament parents de l'enfant.

CONCLUSION

L'assistance médicale à la procréation à Dakar ne concerne qu'une partie de la population et elle n'est pas encadrée par la loi. Les médecins proposent à des couples une solution de procréation médicale pour sortir de la stigmatisation sociale et atteindre l'objectif ultime : l'enfant. Les femmes sont les principales actrices de l'assistance médicale à la procréation tout comme elles le sont pour la reproduction, alors que les époux sont souvent spectateurs des parcours d'assistance médicale à la procréation et ne cherchent pas à s'investir d'avantage. Les médecins déplorent cette situation sans pour autant exiger une plus grande implication des époux, comme s'ils étaient eux-mêmes impuissants face aux normes de genre sénégalaises.

L'assistance médicale à la procréation est tolérée au Sénégal car elle ne bouleverse pas l'ordre social, respecte du mieux possible les règles religieuses et reste discrète. Ainsi l'assistance médicale à la procréation à Dakar est intraconjugale et les couples font comme si l'enfant né par assistance médicale à la procréation était né de façon « naturelle ». Dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation avec don, pratiquée par les Sénégalais à l'étranger, les couples cachent les origines de l'enfant et deviennent, aux yeux de leur entourage, ses géniteurs. Les couples font le secret sur la mise au monde de cet enfant pour éviter sa stigmatisation sociale. Ils calquent la reproduction permise par l'assistance médicale à la procréation sur la reproduction non-médicale pour ne pas remettre en cause la « naturalité » de la reproduction et de la filiation basée sur la différenciation des sexes et des rôles sociaux : il faut un homme et une femme pour faire un enfant et un père et une mère pour le bien-être de l'enfant.

L'infertilité est stigmatisante pour les couples au Sénégal et les nouvelles technologies de reproduction semblent proposer une solution en permettant à certains couples un accès à la procréation. Cependant malgré les sollicitations des gynécologues et le désir des couples face à ces technologies de reproduction, l'État semble se détourner de ces problématiques. Il n'a adopté aucune loi sur l'assistance médicale à la procréation malgré les enjeux éthiques soulevés par ces technologies. Il semblerait que derrière ce silence, se tient une lutte entre deux politiques contraires: une politique nationale influencée par la religion musulmane et ses normes pro-natalistes et une politique internationale qui finance des programmes de planification familiale visant pour les pays africains un contrôle de leur population très élevée et une amélioration de la santé maternelle. Pour ces deux politiques, l'attention se porte sur les femmes qui ont des enfants et néglige les autres. Seule la santé des mères est évoquée, laissant de côté la santé des femmes, et celle des couples sans enfant.

À travers cette troisième partie, on prend conscience de l'encadrement législatif et religieux des « corps reproducteurs » (Tain, 2013a) au Sénégal. La maternité biologique est stigmatisée lorsqu'elle est hors mariage et que le père ne reconnaît pas l'enfant, favorisant alors la pratique de l'avortement. La filiation sociale est stigmatisée (adoption, AMP avec don) également, n'ayant pas

de dimension biologique. Seule la procréation dans le cadre du mariage est valorisée, encore plus si elle est nombreuse.

La question du don pose des problèmes religieux : le don est le monopole des religions et le don de vie, celui de Dieu. Les médecins interviennent dans un domaine délicat relevant du divin. Ainsi, au Sénégal, intervenir dans la reproduction - à travers les programmes de planification familiale ou à travers l'AMP - est problématique et s'expose à des contestations religieuses et sociales. Dans cette partie, nous percevons la manière dont les couples et les médecins s'accommodent des normes religieuses et sociales. Quelque soit la solution envisagée (adoption, AMP avec don), l'important est que cela reste caché, secret et de faire comme si de rien n'était, d'imiter la « nature » invoquée par des modèles sociaux et religieux. Ici encore, le don vient troubler le genre, car c'est l'AMP avec don (ou l'adoption) qui s'éloigne le plus de la procréation dite « naturelle ». Dans l'AMP avec don comme dans l'adoption, il est difficile de cacher les différences entre les parents sociaux et l'enfant. Le don de gamètes bouscule le système de genre, puisqu'il dépasse le couple hétérosexuel reproducteur et peine à masquer ce dépassement.

CONCLUSION : L'ARTICULATION DU GENRE ET DU DON DANS L'INFERTILITE ET L'AMP

*Les hommes des origines se sont trouvés
confrontés à un mystère déconcertant, lui aussi permanent
et non maniable, comme en témoignent certains mythes : le
privilège exorbitant qu'ont les femmes d'enfanter les deux
sexes*

Héritier, 2003, p. 35

*On oublie ou on feint d'oublier que le pouvoir des
parents sur les enfants n'est pas naturel, que rien n'est
naturel dans une société humaine.*

Delphy, 2008b, p.111

Le genre comme outil indispensable pour comprendre les normes reproductives

Le genre nous a permis de comprendre et d'analyser les normes reproductives du Sénégal. À l'échelle la plus intime, celle du couple, les rapports sont asymétriques. L'époux possède l'autorité morale et légitime sur son couple car les femmes sont perçues comme menaçantes. La polygamie est un privilège masculin et la violence conjugale est admise socialement et légitimée par la religion islamique. Ensuite, à un deuxième niveau, les familles interviennent dans la gestion reproductive des couples et prennent des décisions face aux dysfonctionnements conjugaux et notamment dans les cas d'infertilité. Puis, la société, à son tour, émet des jugements sur les attitudes des couples, notamment les couples sans enfant qui ne répondent pas aux attentes communautaires. Enfin, à une échelle bien plus large, les religions prônent une reproduction légitimée par le mariage, décidée par Dieu et non interrompue par la volonté humaine (refus du planning familial). En dernière instance, les politiques gèrent sur un plan législatif les « corps reproducteurs » (Tain, 2013a) : d'un côté une politique nationale influencée par la pensée religieuse, laquelle interfère en faveur de normes pronatalistes, et de l'autre côté, des politiques internationales visant des enjeux démographiques et de santé maternelle et infanto-juvénile, mais négligeant ceux de l'infertilité.

Comme nous l'avons compris dans la première partie, c'est à cause de la spécificité des femmes, souvent appelée « nature féminine » que les femmes sont dominées. La maternité est une spécificité, mais elle est aussi la cause de l'échange des femmes, analysé par C. Lévi-Strauss (1949). Ce ne sont pas « les hommes » qui échangent les femmes, mais une certaine catégorie d'hommes, les aînés. Parfois même ce sont les hommes qui sont échangés, ou bien hommes et femmes indifféremment (Collard, 2003 ; Godelier, 1996b). C'est donc cette classe sociale des aînés qui organise la reproduction et répartit les sexes en fonctions des alliances du lignage. Cependant, c'est par l'âge que s'acquiert le statut d'aîné, ainsi comme l'explique C. Meillassoux (1975/2005), d'exploité en tant que cadet, chaque homme devient ensuite exploiteur en tant qu'aîné. C. Meillassoux pense donc que seules les femmes sont exploitées car elles ne changent pas de statut. Hors cela n'est pas exact, car les femmes aussi passent d'un statut de cadette à un statut d'aînée reconnue par leur lignage et par le lignage du mari, d'autant qu'elles contribuent à l'agrandir en captant des cadettes pour les donner en mariage dans le lignage du mari (Gruénais, 1985). De même, des auteurs ont montré que les femmes s'appuient souvent en Afrique subsaharienne sur le travail gratuit des cadettes pour asseoir leur pouvoir et dégager plus de temps de travail dans leur propre intérêt (Jacquemin, 2012, 2013; Lecarme, 1999, 2000 ; Locoh, 1995). Ainsi la domination générationnelle s'applique aussi entre les femmes.

Le point central de l'articulation des dominations de genre et de génération est en premier lieu le mariage et en second lieu la procréation. Par le mariage, les époux changent de statut social et n'appartiennent plus à la catégorie des cadets ; ils ne sont pourtant pas encore des aînés. Ils le deviendront progressivement en mettant plusieurs enfants au monde. C'est souvent à l'arrêt de la procréation que les époux deviennent des aînés ; leurs enfants sont grands pour la plupart et c'est à leur tour de procréer pour le lignage. L'épouse entre dans la ménopause (qu'elle soit sociale ou biologique) et s'occupera à présent de capter des dépendants pour assurer son confort de vie et asseoir du mieux possible son autorité dans le lignage du mari et dans son propre lignage.

Comme le mariage et la procréation sont indispensables pour accéder au statut d'aîné, la stérilité pose problème aux deux époux. Alors que, dans de nombreuses sociétés africaines, l'homme peut cacher sa stérilité en devenant le père d'un enfant de son épouse qu'elle aura eu d'une précédente union ou en épousant d'autres femmes (Héritier, 1994), une femme, elle, ne peut pas la cacher car la grossesse est un processus visible. Ainsi, soit elle sera marginalisée par la société et perçue comme une sorcière, soit elle sera soumise à des rituels de fertilité, soit elle changera de rôle de genre en prenant les attributs du masculin. La femme stérile n'est pas une « vraie femme », au sens où elle ne se soumet pas aux exigences sociales et politiques des lignages ; elle remet en question l'organisation de la reproduction. Les catégories « homme » et « femme » ne sont donc pas exhaustives car elles laissent de côté certaines personnes qui sont en dehors du cadre dualiste : femme/féminité/maternité et homme/masculinité/virilité/paternité. Pour les féministes que nous avons étudiées dans la première partie, ces catégories normatives servent uniquement à la formation du couple hétérosexuel dans un but de reproduction sociale (Rubin, 1998 ; Wittig, 2001) ; tous les autres-différents devenant des dominés (Wittig, 2001).

La notion de troisième sexe a été proposée pour pallier l'oubli social ou plutôt le déni social de ces personnes qui chevauchent ou transcendent les frontières du masculin et du féminin (Saladin d'Anglure, 1986, 1992, 2006, 2012). Certaines les transcendent de par leur corps (hermaphrodites, personnes stériles), d'autres de par une volonté individuelle (homosexuels, travestis, transgenres), d'autres enfin de par une décision familiale ou sociale (Vierges jurées, *Nuer*, *Hijas*). Ces personnes sont taboues car elles chevauchent les sexes, les générations et les mondes (humain/surnaturel) ; les sociétés prônant la séparation des sexes et des espaces sociaux.

Les nouvelles technologies de reproduction proposent une intervention médicalisée de la reproduction et une solution aux problèmes d'infertilité. Elles interviennent majoritairement sur les corps des femmes quelque soit l'origine de la stérilité et présentent parfois des risques pour leur santé. Elles se basent sur une logique conjugale de la reproduction, et n'accordent aucune place aux familles des couples. Bien qu'elles restent basées sur un schéma très normatif des rôles sexuels dans la reproduction - femmes actrices principales des parcours d'AMP et hommes très largement absents de ces parcours - l'AMP bouscule totalement le système de genre et les règles reproductives. Elle dissocie premièrement la sexualité de la procréation, puis scinde la maternité. Alors que pour la paternité, il existait depuis toujours une dissociation entre père biologique et social ou père biologique et père légitime, etc., pour la mère, la maternité n'avait jamais été scindée à ce point : mère sociale, mère génétique et mère porteuse. Par l'AMP, la procréation dépasse le cadre du couple hétérosexuel, puisque des médecins et surtout des donneurs apparaissent dans le paysage reproductif, ce qui soulève la question d'une pluriparentalité. Enfin, par tous ces changements induits par l'AMP, on en arrive à une remise en question de la parentalité normative et la proposition de nouvelles formes de parentalités : monoparentalité, homoparentalité.

Au Sénégal, les nouvelles technologies de reproduction aident les femmes à sortir de la stigmatisation en les aidant à procréer, mais restent cependant dans le schéma des normes de genre : une femme doit procréer. De plus, elles se conforment aux normes de genre en ne pratiquant qu'une assistance médicale à la procréation intraconjugale avec des couples hétérosexuels et mariés. Elles reproduisent le modèle du « *Ni vu ni connu* » (Théry, 2010) pour

copier la reproduction naturelle et ne pas perturber l'ordre établi. Les nouvelles technologies de reproduction offrent aux couples infertiles la possibilité de sortir de la stigmatisation, mais ne bouleversent pas, dans la mesure où elles sont cachées, les normes de genre de la société sénégalaise. Elles copient la reproduction naturelle pour ne pas perturber l'ordre établi. Penser la place de l'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur au Sénégal serait remettre en question les normes de genre sénégalaises et repenser les catégories de « père » et de « mère » car les géniteurs ne seraient plus forcément les parents. Si le sujet de l'assistance médicale à la procréation au Sénégal était concrètement débattu dans le débat sociétal et juridique, cela permettrait certainement aux couples infertiles de passer de l'ombre à la lumière et de ne plus être en marge de la société en interrogeant et en faisant évoluer les catégories : « femme », « homme », « mère » et « père ».

Cette idée est d'ailleurs soutenue par certaines féministes, comme J. Butler (1990/2005), avec l'idée d'une performativité du genre. Faire évoluer le genre permettrait aux individus de vivre plus librement leur sexualité et leur identité sans être prisonniers de la « camisole de force du genre » (Rubin, 1998, p. 26).

Le don comme outil pour comprendre l'endettement symbolique des couples infertiles et le rejet de l'AMP avec don de gamètes

Comme nous l'avons compris dans la seconde partie, le don organise la vie sociale lignagère. Premièrement, les mariages, les confiages et tous les autres dons cérémoniels ont pour but de renforcer les alliances entre les lignages. Ces alliances permettent le respect mutuel, l'entraide ; l'inverse étant la guerre. Deuxièmement, entre les générations s'établit un dispositif de don/contre-don : les générations antérieures s'occupent des enfants, lesquels devront ensuite fournir des travaux gratuits à leurs aînés. Les aînés fourniront une épouse au cadet, qui devra en contrepartie donner certains de ces enfants aux aînés, au lignage dans des confiages ou des mariages. Les aînés sont aussi pris en charge quand ils ne peuvent plus travailler, puisqu'aucun système de sécurité sociale n'existe. Les personnes qui se soustraient au cycle des échanges sont accusés de sorcellerie (Marie, 1997).

Dans ce contexte, l'enfant est celui du lignage (Rabain, 1979) ; les couples étant voués à servir les intérêts lignagers. L'enfant est ainsi le symbole, le contre-don de la vie dû aux aînés, aux ancêtres. Ainsi comme nous l'avons compris grâce aux entretiens, ce n'est pas l'enfant qui est recherché en lui-même, mais le contre-don qui est attendu. L'attente de ce contre-don se matérialise par des pressions envers les couples sans enfant et comme le dit madame P. : « *En Afrique, si tu n'as pas d'enfant, tu es la risée de tout le monde. C'est pour ça qu'on se donne corps et âme pour en avoir* ». Ainsi les couples doivent donner l'enfant et « se donner » pour avoir des enfants. D'où la stigmatisation des personnes infertiles au Sénégal qui sont endettés symboliquement dans le cycle des échanges et donc diminués dans leur identité, car comme nous l'avons compris avec M. Mauss, ne pas rendre un don constitue un grave danger, celui d'être menacé dans son identité, d'être rabaissé, dépendant, esclave.

Les femmes sont les plus touchées par la stigmatisation de l'infertilité au Sénégal. L'explication de ce phénomène a été trouvée dans le genre du don. Les dons sont genrés et le fait

que le don de maternité soit le don féminin par excellence, fait de la femme la première accusée en matière d'infertilité. Il faut non seulement donner des enfants, mais il faut se donner ; se donner entièrement à cette tâche. Le don de maternité, de grossesse, d'enfant est un don féminin. Si un couple n'a pas d'enfant, c'est que la femme refuse de donner, de se donner. Ainsi la société organise sa remise dans le droit chemin à travers des rituels comme celui du *kañaleen*, ou des remontrances quotidiennes. Les dons masculins de transmission, de filiation sont en fait seconds par rapports aux dons féminins de maternité ; ils viennent par la suite. De plus, la femme est perçue dans les représentations comme proche du don, donneuse de soin, d'attention (le *care*). Elle est donc attendue en premier sur ces attributs-là ; les hommes, eux, ne sont pas attendus sur le registre du don, mais plutôt sur celui de la démonstration de force, de la virilité.

Au Sénégal, seule l'AMP intraconjugale est pratiquée car le don de gamètes pose des problèmes religieux et sociaux. Le don d'engendrement pose des questions de filiation dans la définition du « vrai parent » de l'enfant. Dans la littérature scientifique, on constate que le discours médical se rattache tantôt au biologique, tantôt au social pour que le couple qui a fait la demande d'AMP se sente entièrement parent de l'enfant né de l'AMP. Cependant, le don en transmettant l'identité du donneur avec lui, pose parfois des problèmes au receveur - surtout aux hommes - concernant la transmission patrimoniale et génétique, mais également la ressemblance de l'enfant au donneur renvoyant alors à un fantasme d'adultère.

L'AMP dérange les religions car d'une part, elle intervient dans un domaine qui relève du divin - c'est Dieu qui « donne » les enfants -, et d'autre part, elle remet en question les règles religieuses fondamentales : le mariage comme fondement d'une descendance légitime. Dans l'AMP, le don bouscule le système de genre, premièrement en dissociant sexualité et procréation et deuxièmement en faisant intervenir des médecins et des donneurs dans le processus reproductif. Par l'AMP avec don de gamètes on assiste à l'éclatement du couple hétérosexuel reproducteur comme seule possibilité pour la procréation, et donc à la possibilité d'une parentalité non fondée sur l'hétérosexualité. Seule la possibilité de cacher ces avancées procréatives et de filiation en renaturalisant ces techniques médicales permet de maintenir le système du genre.

Au Sénégal, tout comme la stérilité est souvent cachée et contournée (polygamie, divorce, adultère, etc.), l'AMP avec don (tout comme l'adoption) est occultée. La stérilité, comme l'AMP avec don remettent en cause le système de genre et toute l'organisation de la reproduction. Dans la stérilité, le couple hétérosexuel ne parvient pas à se reproduire, à re-donner la vie qu'il a reçu, ce qui a des conséquences sociales sur son rôle de genre. Dans l'AMP avec don, la reproduction dépasse le couple hétérosexuel, ce qui détruit les bases du système de genre. Ainsi, ne pas donner (au sens d'engendrer) tout comme donner en plus (don de gamètes, don d'engendrement) remet en cause le système de genre, basé sur l'hétérosexualité, comme organisation « naturelle » de la reproduction.

Perspectives de recherches : poursuivre la compréhension de l'articulation du genre et du don

Nous avons dans cette thèse proposé des pistes de recherches pour comprendre la stigmatisation des couples infertiles au Sénégal et l'occultation sociale et politique des nouvelles

technologies de reproduction. Plusieurs questions restent encore en suspens et mériteraient d'être développées dans des travaux ultérieurs.

Concernant l'AMP au Sénégal, il serait intéressant de mener une étude sur les couples qui ont recours au don de gamètes. Cela ne sera possible qu'avec l'appui d'un gynécologue qui accepte de mettre le chercheur en relation avec sa clientèle ayant recours au don de gamètes. L'aspect tabou de ce sujet n'avait pas permis de faire aboutir cette question lors de nos enquêtes, constituant alors une limite à notre recherche.

Ce travail nous a amenée à penser la stérilité comme fait biologique et social à la fois, ainsi que l'articulation entre stérilité et changement de rôle de genre. Des questions sont restées sans réponse : Pourquoi certaines sociétés créent-elles de la stérilité (institution des vierges jurées, émasculatation de certains hommes) ? Pourquoi certaines sociétés privilégient-elles une inversion de rôle sexuel en cas de stérilité (*Nuer*) ou dans certaines fonctions (femmes chefs *tikar* au Cameroun) ou pour une autre raison (*Inuits*) ? Quand une femme est stérile biologiquement ou socialement elle perd le don de maternité et peut adopter, dans certains cas, les attributs masculins, épouser une femme et engendrer socialement comme les hommes (*Nuer*). Un homme peut aussi être féminisé (*Massai*, esclaves Cameroun). D'autres personnes chevauchent sur les deux sexes (troisième sexe) du fait d'une socialisation inversée qui leur donne une puissance chamanique (*Inuits*). Puisque des hommes peuvent être féminisés et des femmes masculinisées (allant jusque parfois un changement de sexe pour les personnes transgenres) et que d'autres sont et masculine et féminine à la fois, ne serait-il pas plus juste de dire que l'espace social est divisé en « masculin », « féminin », « androgyne » - adjectif valant pour des personnes, des objets, des espaces, des dons, etc. - plutôt qu'en catégorie « homme » et « femme ». De même, n'y a-t-il pas, comme le dit (Wittig, 2001), autant de genres qu'il y a d'individus ? P. Broqua et A. Doquet (2013) montrent d'ailleurs très bien que la catégorie « homme » recouvre plusieurs types d'hommes. Selon eux, « le masculin n'apparaît pas dès lors comme dominant par essence » (p. 19). Le statut d'un homme en fonction de son clan, sa caste, sa classe sociale, son statut ou non de prisonnier, d'esclave. De même les différents statuts générationnels et statuts économiques ne font que creuser les écarts entre les hommes. On associe souvent « homme » et « masculin » et « femme » et « féminin », mais justement, n'y a-t-il pas des écarts que l'on tente de masquer ? Un homme trop gentil est-il féminin ? Une femme violente est-elle masculine ? Finalement qu'est-ce que le masculin et le féminin, si ce n'est des représentations symboliques ? Quelle importance se cache sous ce désir de catégorisation ?

Il faudrait aussi approfondir le lien entre stérilité et esclavage (esclaves émasculés et esclaves stériles socialement). Les esclaves constituent selon l'expression de C. Meillassoux (1986) l'antithèse de la parenté car ils n'engendrent pas leur progéniture qui appartient au maître. Ainsi, ils sont stériles socialement. De la même manière, les personnes stériles sont diminuées dans leur identité, perdant du pouvoir au sein de leur société, étant marginalisées. Même si elles n'atteignent pas le statut d'esclave, elles sont en tout cas infériorisées, rabaisées à l'inverse de la reconnaissance (voire du pouvoir) allouée à la mère de nombreux enfants, au père d'une famille nombreuse.

Enfin il faudrait poursuivre sur la question de savoir si la maternité constitue l'origine de la domination de sexe ? Supposons que le don de vie (profondément inégalitaire) que possède les femmes soit à l'origine du système de genre et de l'opposition « masculin »/« féminin ». Puis, supposons que par l'AMP, les enfants ne naissent plus dans le ventre des femmes, mais dans des machines. Si la médecine par les nouvelles technologies de reproduction en arrive à l'ectogenèse (utérus artificiel) et que la maternité devient obsolète, la distinction féminin/masculin sera-t-elle encore utile ? Est-ce du fait de ce don profondément inégalitaire que les femmes sont diminuées dans leur identité et que leur don, puisqu'il est inégalable, est dénié (Caillé, 2012) ? Le don des hommes est-il un don de mort (Caillé, 2012) ? La différence des dons masculins (transmission, filiation, héritage) et féminins (maternité) induit-elle le système de genre ? Celui-ci deviendra-t-il caduque si les dons sont indifférenciés par la destruction de la maternité ?

GLOSSAIRE

Assistance Médicale à la Procréation (AMP) ou Procréation Médicalement Assistée (PMA) : Désigne tous les procédés permettant la fusion d'un ovule et d'un spermatozoïde par intervention médicale et non par relation sexuelle.

Azoospermie : Absence totale de spermatozoïdes dans le sperme émis.

Azoospermie excrétoire : Azoospermie dans laquelle un obstacle bilatéral, siégeant de chaque côté sur les voies excrétrices du sperme, empêche le cheminement des spermatozoïdes normalement produits par les testicules.

Chlamydia : Genre de bactéries, appartenant à l'ordre des *Chlamydiales*. *Chlamydiales trachomatis*, responsable d'infections sexuellement transmissibles (lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas Favre, uréthrites, prostatites, épидидymites, cervicites, endométrites et salpingites).

Cœlioscopie : Technique chirurgicale qui permet l'observation des différents organes situés dans la cavité abdominale à l'aide d'une fibre optique (les trompes, les ovaires et l'utérus, par exemple). La cœlioscopie est utilisée pour le diagnostic de certaines pathologies et pour réaliser certaines interventions chirurgicales.

Échographie ovarienne : Méthode d'examen indolore, utilisant les ultrasons, qui permet de visualiser les organes génitaux, en particulier les ovaires, la cavité utérine et les trompes et de surveiller le développement des follicules situés dans les ovaires.

Échographie génito-urinaire : Méthode d'examen indolore, utilisant les ultrasons, qui permet de visualiser les organes génitaux en particulier les testicules, les épидидymes, la prostate et les glandes concourant à l'élaboration du sperme.

Embryon : Premier stade de développement, après la fécondation d'un ovocyte par un spermatozoïde. On parle d'embryon dès la fusion des noyaux de l'ovocyte et du spermatozoïde après la fécondation. La phase embryonnaire se termine au 3ème mois de grossesse. On parle ensuite de fœtus jusqu'à la naissance.

Endométriose : Maladie définie par la présence, en dehors de la muqueuse utérine, d'éléments épithéliaux identiques à ceux de la muqueuse utérine et qui se développent dans des tissus plus ou moins distants de cette muqueuse. Elle est cause de stérilité.

Fécondation : Étape de la reproduction correspondant à la pénétration d'un spermatozoïde à l'intérieur d'un ovocyte, s'unissant pour former un embryon.

Fécondation In Vitro (FIV) : A l'aide d'une éprouvette, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde se déroule en dehors du corps de la femme, afin de former un embryon. Elle s'effectue dans des éprouvettes en matière synthétique à usage unique, ainsi que dans des milieux de culture dont la composition est proche de l'environnement naturel des trompes.

Fécondation *In Vitro* et Transfert d'Embryon (FIVETE) : Technique qui consiste à ponctionner les follicules ovariens, à isoler les ovocytes et à les mettre en présence de spermatozoïdes. Après une incubation de 16-20 h, les ovocytes fécondés sont identifiés. Parmi ceux-ci, 1 à 2 ovocytes fécondés sont mis en culture en vue du transfert d'embryons. Les ovocytes fécondés surnuméraires sont cryoconservés pour une utilisation ultérieure.

Fertilité : Capacité pour un couple à concevoir, c'est-à-dire de débiter une grossesse.

Fœtus : Stade du développement embryonnaire allant du 3ème mois de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

Follicules : Formations arrondies situées dans les ovaires, formées d'un ovocyte entouré de cellules nourricières et contenant un peu de liquide. Au cours de sa croissance, le follicule est visible à l'échographie, contrairement à l'ovocyte, qui lui, est trop petit pour être vu.

Gamètes : Cellules reproductrices humaines ; spermatozoïde chez l'homme et ovocyte chez la femme.

Gonococcie, Gonorrhée (*Gonorrhea*) : Maladie infectieuse sexuellement transmise, due au gonocoque et se manifestant essentiellement par une uréthrite chez l'homme et une cervicovaginite chez la femme. En l'absence de traitement adapté, elle peut se compliquer d'orchépididymite, de salpingite, de conjonctivite voire de septicémie. Chez la femme, l'atteinte souvent asymptomatique de l'urètre, des glandes de Skène et du col utérin, peut se compliquer d'une bartholinite, mais surtout d'une salpingite, qui expose à la stérilité tubaire.

Hypofertilité : Diminution de la capacité pour un couple à concevoir, c'est-à-dire de débiter une grossesse.

Hystérosalpingographie : Radiographie de l'utérus et des trompes effectuée après injection par le col de l'utérus d'un produit chimique window aux rayons X, rendant visible la cavité utérine et les trompes.

Hystérosonographie : Échographie utérine qui permet de visualiser l'utérus et sa muqueuse.

Hystéroscopie : Examen permettant de visualiser le contenu de la cavité utérine à l'aide d'une fibre optique introduite par le col de l'utérus. Cet examen permet de réaliser un diagnostic et des biopsies (prélèvement de l'endomètre utérin ou de structures anormales).

Hypogonadisme : Ensemble des manifestations dues à une insuffisance de sécrétion des glandes génitales. Il porte sur les deux fonctions du testicule : la spermatogénèse et la sécrétion de testostérone.

Insémination Artificielle (IA) : L'insémination artificielle est la plus ancienne technique d'aide médicale à la procréation. Elle est indiquée lorsque les spermatozoïdes n'arrivent pas à atteindre l'ovocyte et à le féconder. Elle est réalisée en introduisant du sperme dans l'utérus d'une femme à l'aide d'un petit tube.

Insémination Artificielle avec sperme du conjoint (IAC) : L'insémination artificielle est faite avec le sperme du conjoint.

Insémination Artificielle avec sperme du donneur (IAD) : L'insémination artificielle est faite avec le sperme d'un donneur anonyme.

Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI) : Technique de fécondation assistée qui vise à injecter *in vitro* un seul spermatozoïde à l'intérieur d'un ovocyte. L'ICSI s'effectue après un traitement de stimulation des ovaires, pratiqué de la même manière que pour une FIV classique.

Infécondité : Représente l'absence de procréation pour une personne relevant d'une impossibilité physique ou d'un non désir d'enfant.

Infertilité : Représente la difficulté, voire l'impossibilité, à donner la vie.

Infertilité primaire : On parle d'infertilité primaire lorsqu'aucune grossesse ne s'est déclarée dans le couple.

Infertilité secondaire : On parle d'infertilité secondaire après la naissance d'un enfant pour le couple.

IRM : Technique d'imagerie permettant de visualiser certaines parties du corps en deux ou trois dimensions, plus particulièrement les tissus mous (par exemple, l'hypophyse).

Oligospermie : État correspondant à la présence d'un nombre insuffisant (inférieur à 15 000/mm³) de spermatozoïdes dans un éjaculat. Elle est responsable d'une hypofertilité mais reste compatible avec une fécondation spontanée.

Oligoasthénospermie : État correspondant à une quantité de spermatozoïdes contenus dans le sperme inférieure à 20 millions/ml et associée à une diminution de leur mobilité.

Ovaires : Organes féminins de la reproduction, au nombre de deux, situés de chaque côté de l'utérus. Les ovaires fabriquent les cellules reproductrices féminines (ovocytes) et les hormones féminines (œstradiol et progestérone principalement).

Ovocyte : Cellule reproductrice féminine (gamète), encore appelée ovule, contenue dans un follicule.

Ovulation : Expulsion hors de l'ovaire d'un ovocyte mûr provenant d'un follicule mature. Théoriquement, l'ovulation a lieu vers le 14^{ème} jour du cycle menstruel.

Paillettes : Conditionnements pour échantillons biologiques de petit volume permettant, dans le cadre d'une AMP, de conserver des petites doses de sperme congelé. Les paillettes résistent à de très basses températures et garantissent ainsi la sécurité des échantillons.

Ponction ovarienne : Geste chirurgical réalisé sous contrôle échographique, qui permet d'aspirer le liquide folliculaire contenant les ovocytes. Elle est effectuée à l'aide d'une aiguille reliée à une seringue ou à un système d'aspiration contrôlée.

Schistosomiase : Parasitose chronique provoquée par des vers (trématodes) du genre *Schistosoma*.

Spermatogenèse : Processus de fabrication des spermatozoïdes par les testicules.

Spermatozoïde : Cellule reproductrice masculine (gamète), qui possède une tête et une queue (le flagelle) et qui est capable de se déplacer.

Spermogramme : Analyse biologique du sperme évaluant le volume du recueil, le nombre, la mobilité, la viabilité et l'aspect morphologique des spermatozoïdes.

Stérilité : Incapacité totale ou définitive pour un couple à concevoir, c'est-à-dire de débiter une grossesse.

Stérilité idiopathique : Stérilité qui n'a pas de causes médicales ; stérilité psychique.

Stimulation ovarienne : Traitement médicamenteux (injections ou comprimés) à base d'hormones permettant de stimuler la maturation d'un ou plusieurs follicules pour chacun des ovaires.

Testicules : Organes masculins de la reproduction, au nombre de deux, situés dans les bourses. Les testicules produisent les spermatozoïdes et les hormones masculines (la testostérone principalement).

Transfert d'embryons congelés (TEC) : Le transfert des embryons s'effectue après leur décongélation, si celle-ci s'est bien passée. Cette procédure est délicate et un certain nombre d'entre eux peuvent se lyser complètement ou partiellement à la décongélation. Tout embryon qui dispose, d'au moins 50 % de ces blastomères intacts est transférable après décongélation.

Trompes : Canaux féminins (au nombre de deux) s'ouvrant dans la cavité de l'utérus. Ces canaux recueillent l'ovocyte après l'ovulation, transportent les spermatozoïdes vers l'ovocyte et l'embryon jusque dans l'utérus.

Utérus : Organe féminin de la reproduction comportant un col et une cavité dans laquelle l'embryon s'implante. C'est le site de développement du fœtus pendant la grossesse.

Varicocèle : Dilatation variqueuse des veines du cordon spermatique, alimentée par la colonne de sang refluant de la veine spermatique. Cette anomalie fréquente (atteignant 10 à 12% des hommes) apparaît généralement à la puberté et peut gêner la croissance du testicule et sa fonction de spermatogénèse.

Les définitions qui suivent sont inspirées du site de l'agence française de biomédecine (www.procreationmedicale.fr/lexique/), du Dictionnaire de l'Académie de Médecine (dictionnaire.academie-medecine.fr/) et sur le site Santé-Médecine.net (<http://sante-medecine.commentcamarche.net/>)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abdoul, M. (2001). Les rapports sociaux hommes-femmes à travers les activités économiques féminines et la gestion du cadre de vie. Cas de Santhiaba (Thiaroye-sur-Mer). Dans F. Hainard et C. Verschuur (éds), *Femmes dans les crises urbaines. Relations de genre et environnements précaires* (p. 169-201). Paris : Karthala.
- Abélès, M. et Collard, C. (1985). Introduction. Dans M. Abélès et C. Collard (dir.), *Âge, pouvoir et société en Afrique noire* (pp. 7-15). Paris : Karthala.
- Adjamagbo, A. et Antoine, P. (2002). Le Sénégal face au défi démographique. Dans M.-C. Diop (dir.), *La société sénégalaise entre le local et le global* (pp. 511-547). Paris : Karthala.
- Adjamagbo, A., Delaunay, V., Lévi, P. et Ndiaye, O. (2006). Comment les ménages d'une zone rurale du Sénégal gèrent-ils leurs ressources ? *Études rurales*, 1 (177), 69-90.
- Adjamagbo, A. Msellati, P et Viamard, P. (2007). De nouvelles questions de recherches en fécondité et santé de la reproduction dans les pays du Sud. Dans A. Adjamagbo, P. Msellati et P. Vimard (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements* (pp. 601-609). Louvain-la-Neuve : Bruylant-Academia.
- Adjamagbo, A. et Calvès, A.-E. (2012). L'émancipation féminine sous contrainte. *Autrepart*, 2(61), 3-21.
- Adjamagbo, A., Aguessy, K. P. et Equipe ECAF (2013). Situations relationnelles et gestion de grossesses non prévues à Dakar. *Population*, 1, 67-96.
- Akoto, E. (1994). Évolution des déterminants de la mortalité en Afrique. Dans N'G Koffi, A. Guillaume, P. Vimard et B. Zanou (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique* (pp. 49-69). Paris : Orstom.
- Akrich, M. et Laborie, F. (1999). Introduction. Dans M. Akrich et F. Laborie (dir.), *De la contraception à l'enfantement. L'offre technologique en question* (pp. 5-15). Paris : l'Harmattan.
- Allison, J. (2011). Conceiving Silence: Infertility as Discursive Contradiction in Ireland. *Medical Anthropology Quarterly*, 25 (1), 1-21.
- Andro, A. (2001). Intégrer la perspective de genre dans l'analyse des déterminants de la transition de la fécondité en Afrique de l'Ouest : les apports d'une analyse en termes de couple (pp. 75-98). Dans *Population et développement 2 : le développement peut-il être humain et durable ? : Actes de la 27e Chaire Quetelet, Louvain-la-Neuve*. Paris : INED.
- Andro, A. (2007). Projet de fécondité en Afrique de l'Ouest : quelles négociations entre hommes et femmes ? Dans T. Locoh (dir.), *Genre et sociétés en Afrique : implications pour le développement* (pp. 373-391). Paris : INED.
- Andro, A. et Desgrées du Loû, A. (2009). La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés. *Autrepart*, 4 (52), 3-12.

- Antoine, P. (2007a). Introduction. Dans P. Antoine (dir.), *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle* (pp. 9-17). Paris : Ceped.
- Antoine, P. (2007b). La place et l'activité des personnes âgées dans sept capitales ouest-africaines. Dans P. Antoine (dir.), *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle* (pp. 31-62). Paris : Ceped.
- Antoine, P., Laplante, B. et Djire, M. (1995). Les déterminants socio-économiques de la sortie du célibat à Dakar. *Population*, (1), 95-117.
- Antoine, P. et Nanitelamio, J. (1995). *Peut-on échapper à la polygamie à Dakar ?* Paris : Ceped.
- Antoine, P. et Bocquier, P. (2009). L'enquête « Insertion urbaine à Dakar et Pikine ». Dans Groupe de réflexion sur l'approche biographique (dir.), *Bibliographies d'enquêtes. Bilan de 14 collectes biographiques* (pp. 179-202). Paris : INED.
- Ascha, G. (1987). *Du statut inférieur de la femme en Islam*. Paris : l'Harmattan.
- Athéa, N. (1990). La stérilité : une entité mal définie. Dans J. Testart (dir.), *Le magasin des enfants* (pp. 37-71). Paris : François Bourin.
- Attané, A. (2007). Choix matrimoniaux : le poids des générations. L'exemple du Burkina Faso. Dans P. Antoine (dir.), *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle* (pp. 167-195). Paris : Ceped.
- Augé, M. (1994). Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'évènement. Dans M. Augé et C. Herzlich, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 35-91). Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Awondo, P., Geschiere, P. et Reid, G. (2013). Une Afrique homophobe ? Sur quelques trajectoires de politisation de l'homosexualité : Cameroun, Ouganda, Sénégal et Afrique du Sud. *Raisons politiques*, 1(49), 95-118.
- Babou, C. A. (2013). Migrations et changement culturel : argent, « caste », genre et statut social chez les tresseuses sénégalaises aux États-Unis. *Cahiers genre et développement*, 9, 283-297.
- Bachelot, A., Mouzon (de), J. et Adjiman, M. (2008). La fécondation *in vitro* : un parcours qui reste long et difficile. Dans E. La Rochebrochard (De), *De la pilule au bébé-éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales ?* (pp. 243-261). Paris : les Cahiers de l'INED.
- Bahoum, J. P. D. (2012). Nuptialité. Dans Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Dakar, Sénégal (dir.), *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Rapport Final* (pp. 57-69). Calverton, MD : MEASURE DHS.
- Balandier, G. (1948). L'enfant chez les Lébou du Sénégal. *Enfance*, 1 (4), 285-303.
- Balandier, G. (1967). *Anthropologie politique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Barraud, E. (2010). La filiation légitime à l'égard des mutations sociales au Maghreb. *Droit et cultures*, 59, [En ligne], mis en ligne le 06 juillet 2010, consulté le 02 février 2013. URL : <http://droitcultures.revues.org/2118>

- Bassualdo, C., Caillé, A., Chanial, P., Hamayon, R., Malsan, S. et Pulcini, E. (2012). Présentation. *Revue du Mauss*, (39), 5-33.
- Bataille, P. (1993). *Attitudes féministes face à la procréation médicalement assistée* (thèse de doctorat non publiée). Paris : EHESS.
- Bateman, S. et Salem, T. (1999). L'embryon en suspens. Dans M. Akrich et F. Laborie (dir.), *De la contraception à l'enfantement. L'offre technologique en question* (pp. 49-73). Paris : l'Harmattan.
- Baudoin, J-L. et Labrusse-Riou, C. (1987). *Produire l'homme, de quel droit ? Étude juridique et éthique des procréations artificielles*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Beauvoir, S. (1986). *Le deuxième sexe*. Paris : Gallimard [1^{re} édition : 1949].
- Becker, C. (1993). L'histoire, la santé et l'environnement en Afrique. *Vie et santé*, 4 (15), 29-35.
- Becker, C. (2004). Note sur la bioéthique et les biotechnologies en Afrique. Dans A. L. Ndiaye, A. T. Ba, C. Becker, O. Dia *et al.* (dir.), *Les biotechnologies. Potentiels, enjeux et perspectives : le cas du Sénégal* (pp. 61-71). Dakar : Académie des Sciences et Techniques du Sénégal. [En ligne]. Consulté le 06 décembre 2009. URL : http://rds.refer.sn/spip.php?article41?var_recherche=Les%20biotechnologies
- Becker, C. et Delaunay, V. (2000). Vers une demande réelle de contrôle de la fécondité en milieu rural sénégalais. Dans A. Guillaume et M. Pilon (dir.), *Maîtrise de fécondité et planification familiale au Sud* (pp. 127-146). Paris : IRD.
- Beddiar, A. (1993). *Regard de l'Islam sur les procréations médicalement assistées. Essai d'approche comparative avec le Christianisme et le Judaïsme*. Paris : AEIF.
- Beguïn, F., Bydlowsky, M., Pasini, W. et Papiernik, E. (1985). *Les enfants des couples stériles*. Paris : ESF.
- Bello, T. (1994). Commentaire général de la séance « impact des programmes de santé et de planification familiales ». Dans N'G Koffi, A. Guillaume, P. Vimard et B. Zanou (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique* (pp. 195-204). Paris : Orstom.
- Benga, N'D. A. (1997). Le diplômé et la commune. Itinéraires pour l'emploi, individualisation et pratiques citoyennes à Dakar. Dans A. Marie et R. Vuarin (dir.), *L'Afrique des individus : itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Adidjan, Bamako, Dakar, Niamey)* (pp. 293-310). Paris : Karthala.
- Béninguissé, G. (2002). Les cadres institutionnels des programmes et modes de régulation de la fécondité en Afrique : des énoncés politiques et stratégiques à la réalité des faits. Dans A. Guillaume, A. Desgrées du Loû, B. Zanou et N'G. Koffi (dir.), *Santé de la reproduction en Afrique* (pp. 17-49). Abidjan : FNUAP.
- Benoist, J. (1996). Introduction. Singularité du pluriel ? Dans J. Benoist (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* (pp 17-27). Paris : Karthala.
- Benoist, J. (1997). Réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarités ? *Psychosomatische und Psychosoziale medizin*, 1-2(26) 10-14. Repris par *Les classiques des sciences sociales* [En ligne], 6-18, mis en ligne le 10 janvier 2008, consulté le

http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/reflexions_pluralisme_medical/reflexions_pluralisme_medical.pdf

- Bereni, L., Chauvin, S. et Jaunait, A. (2008). *Introduction aux gender studies : manuel des études sur le genre*. Bruxelles : De Boeck.
- Besse, D., Emery, M., Wunder-Galié, D. et Wirthner, D. (2010). L'entretien psychologique systématique pour les couples optant pour l'IAD. Dans P. Jouannet et R. Mieusset (dir.) *Donner et après... La procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat ?* (pp. 217-222). Paris : Springer.
- Bessoles, P. (2001). Infécondité féminine : un malaise dans la filiation. *Cliniques méditerranéennes*. 1 (63), 103-115.
- Bestard, J. et Orobitg, G. (2009). Le paradoxe du don anonyme. Signification des dons d'ovules dans les procréations médicalement assistées. Dans E. Porqueres i Gené (dir.), *Défis contemporains de la parenté* (pp. 277-301). Paris : EHESS.
- Biaudet, J. (2013). Relation au donneur et parcours de vie. Dans M. Legrand et I. Voléry (dir.), *Genre et parcours de vie. Vers une nouvelle police des corps et des âges ?* (pp. 95-104). Nancy : Éditions Universitaires de Lorraine.
- Bisillat, J. (1992). Introduction. Dans J. Bisilliat (dir.), *Relations de genre et développement. Femmes et sociétés* (pp. 11-23). Paris : Orstom.
- Boizard-Regnault, D (2010). L'anonymat du don de spermatozoïdes : quelques hypothèses de travail. Dans P. Jouannet et R. Mieusset (dir.) *Donner et après... La procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat ?* (pp. 211-216). Paris : Springer.
- Bonnet, D. (1988). *Corps biologique. Corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*. Paris : Orstom.
- Bonnet, D. (2003). L'éthique médicale universelle engage-t-elle la construction d'un acteur social universel ? Dans D. Bonnet (dir.), *L'éthique médicale dans les pays en développement* (pp. 5-19). Paris : IRD.
- Bonnet, D. (2009). *Repenser l'Hérité*. Paris : Éditions des Archives Contemporaines.
- Bonnet, D. et Guillaume, A. (1999). *La santé de la reproduction : concepts et acteurs*. Marseille : ETS.
- Bonnet, D., Rollet, C. et Suremain (de), C.-E. (2012). Conclusion. Quelles perspectives pour les modèles d'enfance ? Dans D. Bonnet, C. Rollet et C.-E. (de) Suremain (dir.). *Modèles d'enfances. Successions, transformations, croisements* (pp. 239-242). Paris : Éditions des archives contemporaines.
- Bonnet, D. et Duchesne, V. (2014). Migrer pour procréer : histoires de couples africains. *Cahier du genre*, 56, 41-58.
- Borillo, D. (2010a). Le droit en matière de reproduction : une approche critique. Dans E. Dorlin et E. Fassin (dir.), *Reproduire le genre* (pp. 25-33). Paris : Bibliothèque Publique d'Information Centre Pompidou.

- Borillo, D. (2010b). La parenté et la parentalité dans le droit : conflits entre le modèle civiliste et l'idéologie naturaliste de la filiation. Dans E. Dorlin et E. Fassin (dir.), *Reproduire le genre* (pp. 121-132). Paris : Bibliothèque Publique d'Information Centre Pompidou.
- Botbol-Baum, M. (2003). L'impact des nouvelles PMA sur la perception de l'individuation de la femme et de la fabrication de l'enfant. Dans W. Schiffino et F. Varone (dir.), *Procréation médicalement assistée : régulation publique et enjeux bioéthiques* (pp. 219-242). Bruxelles: Bruylant.
- Bouilly, E. (2013). Les enjeux féminins de la migration masculine. Le collectif des femmes pour la lutte contre l'immigration clandestine de Thiaroye-sur-Mer. *Cahiers genre et développement*, 9, 409-418.
- Boye, S. (2008). *La féminisation de l'infécondité conjugale à Dakar*, (mémoire de Maîtrise, non publié). Dakar : Université Cheikh Anta Diop.
- Boye, S. (2010). *Accompagnement psychosocial des couples inféconds à l'hôpital général de Grand-Yoff* (mémoire de DEA, non publié). Dakar : Université Cheikh Anta Diop.
- Bozon, M. (2013). *Sociologie de la sexualité*. Paris : Armand Colin.
- Brochard, M. (2009). *La pratique du lévirat en Afrique Sub-saharienne* (mémoire de Master 2, non publié). Paris : EHESS.
- Broqua, C. et Doquet, A. (2013). Penser les masculinités en Afrique et au-delà. *Cahiers d'Études africaines*, LIII (1-2), 209-210, 9-41.
- Brugère F. (2009). « Faire et défaire le genre ». La question de la sollicitude. Dans F. Brugère et G. Le Blanc (Coor.), *Judith Butler. Trouble dans le sujet, trouble dans les normes* (pp. 69-88). Paris : Presses Universitaires de France.
- Brugère F. et Le Blanc G. (2009). La vie, le sujet et les normes. Dans F. Brugère et G. Le Blanc (Coor.), *Judith Butler. Trouble dans le sujet, trouble dans les normes* (pp. 9-19). Paris : Presses Universitaires de France.
- Busnel, M.-C., Frydman, R., Szejer, M. et Winter, J.-P. (2010). *Abandon sur ordonnance. Manifeste contre la législation des mères porteuses*. Montrouge : Bayard.
- Butler, J. (2005). *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*. Paris : La Découverte [1^{re} éd. en anglais : *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Routledge, New York, 1990].
- Caillé, A. (2007). *Anthropologie du don*. Paris : La Découverte [1^{re} éd. : Desclée de Brouwer, 2000].
- Caillé, A. (2012a). Le triple don et/ou la triple aliénation des femmes. *Revue du Mauss*, (39), 37-48.
- Caillé, A. (2012b). Préface à l'Essai sur le don en chinois. *Revue du Mauss*, (39), 325-338.
- Cailleau, F. (2006). Et si c'était dans la tête ? Histoire et représentations de l'infertilité. *Cahiers de psychologie clinique*. 1 (26), 85-98.

- Califia, P. (2003) *Le mouvement transgenre. Changer de sexe*. Paris : EPEL [1^{re} éd. en anglais : Sex Changes : The Politics of Transgenderism, San Francisco, Cleis Press, 1997].
- Camara, D. (2012). Rapports de genre. Dans Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Dakar, Sénégal (dir.), *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Rapport Final* (pp. 275-292). Calverton, MD : MEASURE DHS.
- Canto-Sperber, M. et Frydman, R. (2008). *Naissance et liberté. La procréation. Quelles limites ?* Paris: Plon.
- Cantrelle, P. (1960). L'endogamie des populations du Fouta Sénégalais. *Population*, 4, 665-676.
- Chabaud-Rychter, D. et Gardey, D. (2002). Introduction. Dans D. Chabaud-Rychter et D. Gardey (dir.), *L'engendrement des choses. Des hommes, des femmes et des techniques* (pp. 9-48). Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Chabaud-Rychter, D., Descoutures, V., Devreux, A.-M. et Varikas, E. (2010). *Sous les sciences sociales, le genre. Relectures critiques, de Max Weber à Bruno Latour*. Paris : La Découverte.
- Chafiq, C. (2011). *Islam politique, sexe et genre. A la lumière de l'expérience iranienne*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Charbit, Y. et Kebe, M. (2007). Genre et vulnérabilité au Sénégal : les femmes chefs de ménage. *Revue européenne des migrations internationales [En ligne]*, 23(3), mis en ligne le 01 décembre 2010, consulté le 05 juin 2013. URL : <http://remi.revues.org/4203>
- Charlot, C. (2008). La politique d'assistance médicale à la procréation en Grande-Bretagne vue à travers le prisme de l'affaire Evans. Dans I. Engeli, T-H. Ballmer-Cao et P. Muller (dir.), *Les politiques du genre* (pp. 217-241). Paris : l'Harmattan.
- Chauveau, J.-P., Le Pape, M. et Olivier de Sardan, J.-P. (2001). La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique. Dans G. Winter (Coor.), *Inégalités et politiques publiques en Afrique. Pluralité des normes et jeux d'acteurs* (pp. 145-162). Paris : Karthala et IRD.
- Chauvin, S. et Jaunait, A. (2012). Représenter l'intersection. Les théories de l'intersectionnalité à l'épreuve des sciences sociales. *Revue française de sciences politiques*, 1(62), 5-20.
- Chippaux, J.-P., Le Hesran, J.-Y. et Souares, A. (2005). Effets de l'amélioration de l'offre de soins sur l'activité d'un poste de santé en zone rurale au Sénégal. *Revue Epidémiologique de Santé Publique*, 53, 143-151.
- Clastres, P. (1980). *Recherches d'anthropologie politique*. Paris : le Seuil.
- Coenen, M.-T. et Knibiehler, Y. (2002). *Corps de femmes : sexualité et contrôle social*. Bruxelles : De Boeck.
- Collard, C. (1985). Sexe, aïnesse et générations chez les Guidar (Cameroun septentrional). Dans M. Abélès et C. Collard (dir.), *Âge, pouvoir et société en Afrique noire* (pp. 199-217). Paris : Karthala.
- Collard, C. (2003). Femmes échangées, femmes échangistes. À propos de la théorie de l'alliance de Claude Lévi-Strauss. *l'Homme*, 166, 100-114.

- Combahee River Collective (2010). Déclaration du Combahee River Collective. Dans E. Dorlin (dir.), *Black Feminism. Anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000* (pp. 59-73). Paris : l'Harmattan.
- Combes, D., Daune-Richard, A-M. et Devreux, A-M. (1991). Mais à quoi sert une épistémologie des rapports sociaux de sexe ? Dans M.-C. Hurtig, M. Kail et H. Rouch (dir.), *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes* (pp. 59-68). Paris : CNRS.
- Coulon, C. (1991), Religions et politique. Dans C. Coulon et D.-C. Martin (dir.), *Les afriques politiques* (pp. 87-105). Paris : La Découverte.
- Crenshaw, K. W. (1989) Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics (pp. 139-167). University of Chicago Legal Forum.
- Crenshaw, K. W. (2005). Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers du Genre*, 2(39), 51-82.
- Dacher, M. (1992). Compensation matrimoniale et dette féminine : les Goins du Burkina Faso. Dans J. Bisilliat (dir.), *Relations de genre et développement. Femmes et sociétés* (pp. 57-73). Paris : Orstom.
- Delaisi De Parseval, G. (1985). La part du père dans le couple infécond : l'exemple du père dans l'insémination artificielle avec donneur (IAD). Dans F. Beguin, M. Bydlowsky, W. Pasini, et E. Papiernik (dir.), *Les enfants des couples stériles* (pp. 66-68). Paris : ESF.
- Delaisi De Parseval, G. (1990). Le désir d'enfant géré par la médecine et par la loi. Dans J. Testart (dir.), *Le magasin des enfants* (pp. 266-278). Paris : François Bourin.
- Delaisi De Parseval, G. (2001). La pluriparentalité occultée : psychodynamique de la parentalité dans les cas d'aide médicale à la procréation avec dons de gamète. Dans D. Le Gall et Y. Bettahar (dir.), *La pluriparentalité* (pp. 113-124). Paris : Presses Universitaires de France.
- Delaisi De Parseval, G. (2008). *Famille à tout prix*. Paris : Le Seuil.
- Delaisi De Parseval, G. (2009). Secret des origines/inceste/procréation médicalement assistée avec des gamètes anonymes : « ne pas l'épouser ». *Anthropologie et Sociétés*, 33(1), 157-169.
- Delaisi de Parseval, G. (2010). L'anonymat du donneur en IAD et la question des rencontres entre sibling. Dans P. Jouannet et R. Mieusset (dir.) *Donner et après... La procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat ?* (pp. 223-225). Paris : Springer.
- Delaisi De Parseval, G. et Janaud, A. (1983). *L'enfant à tout prix*. Paris : Le Seuil.
- Delaisi, G et Verdier, P. (1994). *Enfant de personne*. Paris : Odile Jacob.
- Delaunay, V. et Guillaume, A. (2007). Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne. Dans A. Adjamagbo, P. Msellati et P. Vimard (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements* (pp. 211-263). Louvain-la-Neuve : Bruylant-Academia.
- Delphy, C. (1991). Penser le genre : quels problèmes ? Dans M.-C. Hurtig, M. Kail et H. Rouch (dir.), *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes* (pp. 89-101). Paris : CNRS.

- Delphy, C. (2008a). *L'ennemi principal 1. Économie politique du patriarcat*. Paris : Syllepse.
- Delphy, C. (2008b). *L'ennemi principal 2. Penser le genre*. Paris : Syllepse.
- Dero, A.-C. (1999). Perceptions divergentes du statut de la femme dans la *shari'a*. Dans D. Jonckers, R. Carré et M.-C. Dupré (dir.), *Femmes plurielles. Les représentations des femmes. Discours, normes et conduites* (pp. 71-88). Paris : Fondation Maison des Sciences de l'Homme.
- Desclaux, A. (1996). De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant. Dans J. Benoist (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* (pp. 242-269). Paris : Karthala.
- Desclaux, A. (2003). Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle ? Dans UNESCO (dir.), *VIH/SIDA, Stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique. Études et rapports, série spéciale n°20*. Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel 1, 1-10. Repris par *Les classiques des sciences sociales [En ligne]*, 7-20, mis en ligne le 07 avril 2009, consulté le 25 septembre 2011. URL : http://classiques.uqac.ca/contemporains/Desclaux_alice/stigmatisation_discrimination/stigmatisation_discrimination.pdf
- Desgrées du Loû, A. et Guillaume, A. (2002). Planification familiale à Abidjan : contraception et/ou avortement ? Une étude auprès des consultantes de quatre formations sanitaires urbaines. Dans A. Guillaume, A. Desgrées du Loû, B. Zanou et N'G. Koffi (dir.), *Santé de la reproduction en Afrique* (pp. 267-296). Abidjan : FNUAP.
- Desgrées du Loû, A., Enel, C., Larmarange, J., Wade, A. et le groupe ELIHOS (2009). Homosexualité et bisexualité au Sénégal : une réalité multiforme. *Population-F*, 64(4), 723-756.
- Destremau, B. et Verschuur, C. (2012). Féminismes décoloniaux, genre et développement. Histoire et récits des mouvements de femmes et des féminismes aux Suds. *Revue Tiers monde*, 1(209), 7-18.
- Désy, P. (1978). L'homme-femme. Les berdaches en Amérique du Nord. *Revue libre – politique, anthropologie, philosophie*, 78(3), 57-102. Repris par *Les classiques des sciences sociales [En ligne]*, 4-58, mis en ligne le 30 juillet 2007, consulté le 15 juin 2013. URL : http://www.transidentite.fr/fichiers/ressources/homme_femme_berdache.pdf
- De Vilaine, A.-M. (1985). L'homme-machine la femme-cobaye les bébés-éprouvettes et les enfants de la science. Dans *Actes du Colloque Génétique, procréation et droit* (pp. 549-568). Arles : Actes Sud.
- De Vilaine, A.-M. (1986a). Femmes : une autre culture ? Dans A.-M. De Vilaine, L. Gavarini et M. Lecoadic (dir.), *Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science* (pp. 17-21). Grenoble : Presses Universitaires.
- De Vilaine, A.-M. (1986b). Faut-il tuer la mère pour que le père puisse fonctionner (et vice-versa) ? Dans A.-M. De Vilaine, L. Gavarini et M. Lecoadic (dir.), *Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science* (pp. 81-85). Grenoble : Presses Universitaires.
- Dhavernas, M.-J. (1989). Du bon usage des palliatifs médicaux de la stérilité. Dans Mouvement français pour le planning familial, C. Lesterpt et G. Doat (dir.), *L'ovaire-dose ? Les nouvelles méthodes de procréation* (pp. 223-234). Paris : Syros-Alternatives.

- Dhavernas, M.-J. (1991). Essentialisme et biologisme dans le discours sur les nouveaux modes de procréation. Dans M.-C. Hurtig, M. Kail et H. Rouch (dir.), *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes* (pp. 271-281). Paris : CNRS.
- Dial, F. B. (2007). Le divorce, une source d'émancipation pour les femmes ? Une enquête à Dakar et Saint-Louis. Dans T. Loco (dir.), *Genre et sociétés en Afrique : implications pour le développement* (pp 357-372). Paris : INED.
- Dial, F. B. (2008). *Mariage et divorce à Dakar. Itinéraires féminins*. Paris : Karthala.
- Diallo, Y. (2003). Pauvreté et maladie. Dans Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (dir.). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 157-216). Paris : Karthala.
- Dieme, N. B. (2012). Fécondité. Dans Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Dakar, Sénégal (dir.), *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Rapport Final* (pp. 71-85). Calverton, MD : MEASURE DHS.
- Dieng, P. L. A. (2005). *La procréation médicalement assistée* (mémoire de DEA non publié, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal). Mémoire Online [En ligne]. Consulté le 12 juin 2012. URL : http://www.memoireonline.com/07/10/3699/m_La-procreation-medicalement-assistee0.html#toc0
- Diongue, M., Fall, A., Faye, A., Ndiaye, P. et Tal-Dai, A. (2011). Connaissances, attitudes et pratiques relatives aux IST/VIH/sida : cas des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Sénégal. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 59, 305-311.
- Diop, A.-B. (1981). *La société wolof. Les systèmes d'inégalité et de domination*. Paris : Karthala.
- Diop, A.-B. (1985). *La famille wolof*. Paris : Karthala.
- Diouf, P. D. (1994). Croissance démographique et politiques de développement économique et sociale en Afrique au sud du Sahara : le cas du Sénégal. Dans N'G Koffi, A. Guillaume, P. Vimard et B. Zanou (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique* (pp. 357-367). Paris : Orstom.
- Dorier-Apprill, E. (1995). Pour une géographie du pluralisme thérapeutique dans les grandes villes d'Afrique noire. *Espace, populations, sociétés*, 1. *La géographie de la santé en question*, 135-141.
- Dorlin, E. (2008a). *Sexe, genre et sexualité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dorlin, E. (2008b). Introduction. Dans E. Dorlin (dir.). *Black Feminism. Anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000* (pp. 9-42). Paris : l'Harmattan.
- Dorlin, E. (2010). *Sexe, Race, Classe, pour une épistémologie de la domination*. Paris : Presses Universitaires de France [1^{re} éd. : 2009].
- Dorlin, E. et Fassin, E. (2010). Reproduire le genre, ou pas ? Dans E. Dorlin et E. Fassin (dir.). *Reproduire le genre* (pp. 7-12). Paris : Bibliothèque Publique d'Information Centre Pompidou.

- Douaire-Marsaudon, F. (2008). La crise des catégorisations relatives à l'identité sexuée. L'exemple du « troisième sexe ». Dans P. Bonnemère et I. Théry (dir.), *Ce que le genre fait aux personnes* (pp. 277-296). Paris : EHESS.
- Douglas, M. (2001). *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris : La Découverte [1^{re} éd en anglais : *Purity and Danger*, Routledge and Kegan Paul Ltd, London, 1967].
- Duchesne, V. (1994). Lier, délier. Les amwan chez les Anyi de Côte-d'Ivoire. *Journal des Africanistes*, tome 2, fascicule 2, 129-139.
- Duchesne, V. (2003). Fluides, transmission et filiation. Les « maladies des femmes » dans une société matrilineaire ivoirienne. Dans D. Bonnet et Y. Jaffré (dir.), *Des maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiène en Afrique de l'Ouest* (pp. 199-220). Paris : Karthala.
- Dudgeon, M. R. et Inhorn, M. C. (2004). Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. *Social Science & Medicine*, 59 (7), 1379-1395.
- Dupire, M. (1960). Situation de la femme dans une société pastorale (Peul Wodabe, nomades du Niger). Dans D. Paulme (dir.), *Femmes d'Afrique noire* (pp. 51-91). Paris : Mouton
- Dupire, M. (1982). Nomination, réincarnation et/ou ancêtre tutélaire ? Un mode de survie. L'exemple des Serer Ndout (Sénégal). *L'Homme*, 22(1), 5-31.
- Dupire, M. (1991a). Classes et échelons d'âge dans une société dysharmonique (Sereer Ndut du Sénégal). *Journal des africanistes*, 61(2), 5-42.
- Dupire, M. (1991b). Totems sereer et contrôle rituel de l'environnement. *L'Homme*, 31(118), 37-66.
- Durkheim, E. (2003). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris : Presses Universitaires de France [1^{ère} éd. : 1912].
- Durkheim, E. (2004). *De la division du travail social*. Paris : Presses Universitaires de France [1^{re} éd. : 1930].
- Dyer, S. J. (2007). The value of children in African countries – Insights from studies on infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28 (2), 69-77.
- Echard, N. (1985). Même la viande est vendue avec le sang. Dans N.-C. Mathieu (dir.), *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes* (pp. 37-60). Paris : EHESS.
- Egrot, M. (2004). Différentiation sexuelle des interprétations causales de la maladie en Afrique subsaharienne (Burkina Faso). *Sciences sociales et santé*, 22(3), 45-69.
- Evans-Pritchard, E.E. (1973). *Parenté et mariage chez les Nuers*. Paris : Payot [1^{re} éd. en anglais : *Kinship and Marriage among the Nuer*, Oxford, The Clarendon Press, 1960].
- Fahmy, M. (2004). *La condition de la femme dans l'islam*. Paris : Éditions Allia.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Fainzang, S. et Journet, O. (1988). *La femme de mon mari. Anthropologie du mariage polygamique en Afrique et en France*. Paris : l'Harmattan.
- Falcioni, D. (2012). Conception et pratique du don en Islam. *Revue du Mauss*, (39), 339-360.
- Fall, A. (2012). Préférences en matière de fécondité. Dans Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Dakar, Sénégal (dir.), *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Rapport Final* (pp. 87-96). Calverton, MD : MEASURE DHS.
- Fanchin, R., Flis-Trèves, M., Frydman, N., Frydman, R., Hesters, L. et Karpel, L. (2007). Parler d'adoption en AMP. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35, 232-239.
- Fassin, D. (1990). Maladie et médecines. Dans D. Fassin et Y. Jaffré (coor.), *Sociétés, développement et santé* (pp. 38-49). Paris : Ellipses.
- Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique : anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Fassin, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris : Karthala.
- Fassin, E. (2010). L'anthropologie de la reproduction. Dans E. Dorlin et E. Fassin (dir.), *Reproduire le genre* (pp. 45-51). Paris : Bibliothèque publique d'information Centre Pompidou.
- Faye, S. L. (2008). Devenir mère au Sénégal : des expériences de maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé. *Cahiers Santé*, 18 (3), 175-183.
- Faye, S. L. (2011). Quand les tradithérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales. *Anthropologie et santé [En ligne]*, 3, mis en ligne le 28 novembre 2011, consulté le 06 novembre 2012. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/755>
- Ferry, B. (1978). Caractéristiques et comportement de la famille à Dakar, Sénégal. Dans C. Oppong, G. Adaba, Bekombo-Priso et J., Moge (dir.), *Mariage, fécondité et rôle des parents en Afrique de l'Ouest* (pp 103-122). Canberra : Université nationale Australienne.
- Ferry, M.-P. (1985). Mariage de femmes et initiation des hommes : Beliyen et Bedik au Sénégal Oriental. *Journal des africanistes*, tome 55, fascicule 1-2, 75-83.
- Ferry, M.-P. (2003). Masques, initiation et fêtes des femmes chez les Bedik du Sénégal oriental. *Journal des africanistes*, tome 73, fascicule 1, 111-126.
- Fiéloux, M. (1999). Cultes de possession et relations de genre. Les jeux de la bigamie à Madagascar. Dans D. Jonckers, R. Carré et M.-C. Dupré (dir.), *Femmes plurielles. Les représentations des femmes. Discours, normes et conduites* (pp. 141-149). Paris : Fondation Maison des sciences de l'homme.
- Foladé, S. (1960). Femmes de Dakar et de son agglomération. Dans D. Paulme (dir.), *Femmes d'Afrique noire* (pp. 207-218). Paris : Mouton.

- Ford, N. M. (2008). A Catholic ethical approach to human reproductive technology. *Reproductive BioMedicine Online*, 17, 39-48.
- Fortier, C. (2009). « Quand la ressemblance fait la parenté ». Dans E. Porquieres i Gené (dir.), *Défis contemporains de la parenté* (pp. 251-276). Paris : EHESS.
- Fortier, C. (2010a). Le droit musulman en pratique : genre, filiation et bioéthique. *Droit et cultures*, 59, [En ligne], mis en ligne le 02 juillet 2010, consulté le 02 février 2013. URL : <http://droitcultures.revues.org/1923>
- Fortier, C. (2010b). Le droit au divorce des femmes (*khul'*) en islam : pratiques différentielles en Mauritanie et en Égypte. *Droit et cultures*, 59. [En ligne], mis en ligne le 05 juillet 2010, consulté le 02 février 2013. URL : <http://droitcultures.revues.org/1950>
- Fortier, C. (2011). Filiation *versus* inceste en islam. Parenté de lait, procréation médicalement assistée, adoption et reconnaissance de paternité. De la nécessité conjonction du social et du biologique. Dans P. Bonte, E. Porquieres I Gene et J. Wilgaux (dir.), *L'argument de la filiation. Aux fondements des sociétés européennes et méditerranéennes* (pp. 225-248). Paris : Éditions des Sciences de l'Homme.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1978), *Herculine Barbin, dite Alexina B.* Paris : Gallimard.
- Fox, R. (1972). *Anthropologie de la parenté. Une analyse de la consanguinité et de l'alliance*. Paris : Gallimard [1^{re} éd. en anglais : *Kinship and Marriage. An Anthropological Perspective*, Penguin Books, 1967].
- Frank, O. (1994). Échanges intra-familiaux et recul de la fécondité en Afrique : quelques réflexions sur les interactions mère-enfant. Dans N'G Koffi, A. Guillaume, P. Vimard et B. Zanou (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique* (pp. 83-96). Paris : Orstom.
- Frank, O. (2009). Santé de la femme, santé des femmes : une ou deux réalités ? Dans J. Vallin (dir.), *Du genre et de l'Afrique. Hommage à Thérèse Locoh* (pp. 439-448). Paris : INED.
- Freud, S. (2001). *Totem et tabou*. Paris : Bibliothèque Payot & Rivages [1^{re} éd. en allemand : *Totem und Tabu, Einige übereinstimmungen imm Seeleben des Wilden und der Neurotiker*, Vienne, 1913].
- Galy, M. (1991). Le corps fragile. Écologie du corps et syncrétisme médical chez les Avikam, lagunaires de Côte d'Ivoire. *Sciences sociales et santé*, 9(1), 5-19.
- Gardey, D. (2005). Procréation, corps, sciences et techniques au XXe siècle. Dans M. Muruani (dir.), *Femmes, genre et sociétés* (pp. 131-138). Paris : La Découverte.
- Gardey, D. et Löwy, I. (2000). Introduction. Dans D. Gardey et I. Löwy (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du masculin et du féminin* (pp. 9-28). Paris: Éditions des Archives contemporaines.
- Gautier, A. (2007). L'information sur les méthodes contraceptives, dix ans après le programme d'action du Caire. Dans A. Adjamagbo, P. Msellati et P. Vimard (dir.), *Santé de la reproduction*

- et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements* (pp. 39-72). Louvain-la-Neuve : Bruylant-Academia.
- Gavarini, L. (1985). Bio-médecine porteuse...La mère « in vitro ». Dans *Actes du Colloque Génétique, procréation et droit* (pp. 490-509). Arles : Actes Sud.
- Gavarini, L. (1986a). De l'utérus sous influence à la mère-machine...Le pas de côté des « nouveaux maîtres de la fécondité ». Dans A.-M. De Vilaine, L. Gavarini et M. Lecoadic (dir.), *Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science* (pp. 191-206). Grenoble : Presses Universitaires.
- Gavarini, L. (1986b). Présentation. Dans A.-M. De Vilaine, L. Gavarini et M. Lecoadic, *Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science* (pp. 141-147). Grenoble : Presses Universitaires.
- Gavarini, L. (1989). Production sociale de la stérilité : la procréation médicalement assistée ouvre les vannes. Dans Mouvement français pour le planning familial, C. Lesterpt et G. Doat (dir.), *L'ovaire-dose ? Les nouvelles méthodes de procréation* (pp. 133-149). Paris : Syros-Alternatives.
- Gavarini, L. (2001). *La passion de l'enfant*. Paris : Hachette Littérature.
- Géraud, M.-O., Leservoisier, O. et Pottier, R. (2000). *Les notions clés de l'ethnologie*. Paris : Armand Colin.
- Gessain M. (1960). Femmes Coniagui (Guinée). Dans D. Paulme, *Femmes d'Afrique noire* (pp.23-50). Paris : Mouton.
- Giami, A., Calderon-Velasquez, L. et Vasconcellos, D. (2008). Recueil de sperme infertile en laboratoire : pratique médicale ou sexuelle ? Dans E. La Rochebrochard (De), *De la pilule au bébé-épreuve. Choix individuels ou stratégies médicales ?* (pp. 219-241). Paris : les Cahiers de l'INED.
- Gilligan, C. (2008). *Une voix différente : pour une éthique du « care »*. Paris : Flammarion [1^{re} éd. en anglais : In a different voice: psychological theory and women's development, London, Harvard University Press, 1993].
- Gilligan, C. (2010). *Une voix différente*. Un regard prospectif à partir du passé. Dans V. Nurock (dir.), *Carol Gilligan et l'éthique du care* (pp. 19-38). Paris : Presses Universitaires de France.
- Godbout, J. (2000). *Le don, la dette et l'identité. Homo donator vs homo oeconomicus*. Paris : La Découverte (Bibliothèque du MAUSS).
- Godbout, J. (2012). Celle qui donne tout ? *Revue du Mauss*, (39), 74-78.
- Godelier, M. (1996a). *La production des grands hommes : pouvoir et domination masculine chez les Baruya de Nouvelle-Guinée*. Paris : Flammarion [1^{re} éd. : Fayard, 1982].
- Godelier, M. (1996b). *L'énigme du don*. Paris : Fayard.
- Godelier, M. (2004). *Les métamorphoses de la parenté*. Paris : Fayard.

- Goffman, E. (2002). *L'arrangement des sexes*. Paris : La Dispute [1^{re} éd. en anglais : *The Arrangement between the Sexes, Theory and Society*, 4 (3), 1977].
- Gomila, J. (1969). Note sur la polygamie et la fécondité respective des hommes et des femmes chez les Bedik (Sénégal oriental). *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, XII^o série, tome 5, fascicule 1-4, 5-16.
- Gonzales, G. (1994). Migrations, nuptialité et famille dans la Vallée du fleuve Sénégal. *Revue européenne de migrations internationales*, 10(3), 83-109.
- Gross, M. (2007). *L'homoparentalité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Gruénais, M-E. (1985). Aînés, aînées ; cadets, cadettes. Les relations aînés/cadets chez les Mossi du centre (Burkina Faso). Dans M. Abélès et C. Collard (dir.) (1985). *Âge, pouvoir et société en Afrique noire* (pp. 219-245). Paris : Karthala.
- Guengant, J.-P. (2007). La démographie africaine entre convergences et divergences. Dans B. Ferry (dir.) *L'Afrique face à ses défis démographiques. Un avenir incertain* (pp. 27-121). Paris : AFD/Ceped/Karthala.
- Gueye, A. et Diakhaté, M. (2012). Caractéristiques des femmes et des hommes enquêtés. Dans Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Dakar, Sénégal (dir.), *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Rapport Final* (pp. 31-56). Calverton, MD : MEASURE DHS.
- Guillaume, A. (2003). Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990. *Population*, 58(6), 741-772.
- Guillaume, A. (2009). L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences. Dans C. Gourbin (dir.), *Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action. Actes de la Chaire Quetelet* (pp. 357-381). Louvain-la-Neuve : Presses Universitaires de Louvain.
- Guillaume, A. et Pilon, M. (2000). Introduction. Dans A. Guillaume et M. Pilon (dir.), *Maîtrise de fécondité et planification familiale au Sud* (pp. 9-18). Paris : IRD.
- Guillaumin, C. (1992). *Sexe, race et pratique du pouvoir : idéologie de nature*. Paris : Côté-femmes.
- Guillermet, E. (2009). Droit islamique et pratiques sociales, la question de l'orphelin. Étude de cas à Zinder au Niger. *Afrique Contemporaine*, 3(231), 171-185.
- Guinchard, S. (1978). Le mariage coutumier en droit sénégalais. *Revue internationale de droit comparé*, 30 (3), 811-832.
- Gürtin, Z. B. et Inhorn, M. C. (2011). Introduction: Travelling for Conception and the Global Assisted Reproduction Market. *Reproductive Biomedicine Online*, 23 (5), 535-537.
- Hainard, F. et Verschuur, C. (2001). *Empowerment* et relations de genre dans le contexte du changement social. Dans F. Hainard et C. Verschuur (éds), *Femmes dans les crises urbaines. Relations de genre et environnement précaires* (p. 273-284). Paris : Karthala.

- Handman M.-E. (2010). Marcel Mauss et la division par sexes des sociétés : un programme inaccompli. Dans D. Chabaud-Rychter, V. Descoutures, A.-M. Devreux et E. Varikas (dir.), *Sous les sciences sociales, le genre. Relectures critiques, de Max Weber à Bruno Latour* (pp. 52-63). Paris : La Découverte.
- Hardey, M. (2004). Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine ?, *Sciences sociales et santé*, 22 (1), 5-20.
- Hardy, F. et Semin, J. (2009). « Fissabilillah ! Islam au Sénégal et initiatives féminines » Une économie morale du pèlerinage à la Mecque. *Afrique contemporaine*, 3(231), 139-153.
- Hénaff, M. (2008). L'éthique catholique et l'esprit du non-capitalisme. Dans P. Chanial, *La société vue du don*. La découverte (Bibliothèque du MAUSS), 498-518.
- Hérault, L. (2009). Les « vierges jurées » : une masculinité singulière et ses observateurs. Manuscrit auteur, publié dans *Sextant*, 27, 273-284.
- Héritier-Augé, F. (1978). Fécondité et stérilité : la traduction de ces notions dans le champ idéologique au stade préscientifique. Dans E. Sullerot (dir.), *Le fait féminin* (pp. 387-396). Paris : Fayart.
- Héritier-Augé, F. (1985a). La cuisse de Jupiter. Réflexion sur les nouveaux modes de procréation. *L'Homme*, 94, 24 (2), 5-22.
- Héritier-Augé, F. (1985b). Le droit, la médecine et la vie. L'individu, le biologique et le social. *Le Débat*, (36), 27-32.
- Héritier-Augé, F. (1985c). Intervention. Dans *Actes du Colloque Génétique, procréation et droit* (pp. 35-38). Arles : Actes Sud.
- Héritier-Augé, F. (1985d). Don et utilisation de sperme et d'ovocytes. Mères de substitution. Un point de vue fondé sur l'anthropologie sociale. Dans *Actes du Colloque Génétique, procréation et droit* (pp. 237-253). Arles : Actes Sud.
- Héritier, F. (1994a). Stérilité, aridité, sécheresse : quelques invariants de la pensée symbolique. Dans M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 123-154). Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Héritier, F. (1994b). *Les deux sœurs et leur mère. Anthropologie de l'inceste*. Paris : Odile Jacob.
- Héritier, F. (1996). *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob.
- Héritier, F. (2002). *Masculin/Féminin II. Dissoudre la hiérarchie*. Paris : Odile Jacob.
- Héritier, F. (2003). Articulations et substances. *L'Homme*, 166, 26-37.
- Hertrich, V. et Lesclingand, M. (2007). Formalisation des unions et contrôle intergénérationnel. Une étude de cas au Mali. Dans P. Antoine (dir.), *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle* (pp. 143-166). Paris : Ceped.
- Higgins, R.W. (1990). Chronique d'une naissance suspendue. Dans J. Testart (dir.), *Le magasin des enfants* (pp. 303-319). Paris : François Bourin.

- Hörbst, V. (2008). Focusing Male infertility in Mali: Kinship and Impacts on Biomedical Practice in Bamako. Dans J. Brockopp et T. Eich (eds.), *Muslim Medical Ethics: Theory and Practice* (pp. 118-137). SC : South Carolina University Press.
- Hörbst, V. (2009). In the Making: Assisted Reproductive Technologies in Mali, West Africa. *Anthropology News* 50 (2), 4-5.
- Hörbst, V. (2010). Male perspectives on infertility and assisted reproductive technologies (ART) in sub-Saharan contexts. *ObGyn*, 22-27.
- Hörbst, V. (2012). Assisted Reproductive Technologies in Mali: asymmetries and frictions. Dans Beck, Stefan, Maren Klotz et Michi Knecht (eds.), *Reproductive Technologies as Global Forms: Ethnographies of Knowledge, Practices, and Transnational Encounters*. Hamburg, New York : Campus Verlag.
- Houot, S. (2010). Des usages éthiques du droit islamique : une réponse aux enjeux posés par la reproduction médicalement assistée. *Droit et cultures*, 59, [En ligne], mis en ligne le 06 juillet 2010, consulté le 02 février 2013. URL : <http://droitcultures.revues.org/2171>
- Howell, S. L. et Marre, D. (2009). Discours sur la destinée et adoption internationale. Dans E. Porqueres i Gené (dir.), *Défis contemporains de la parenté* (pp. 197-222). Paris : EHESS.
- Hugon, P. (2007). Variables démographiques et développement. Le cas de l'éducation et de la santé en Afrique. Dans B. Ferry (dir.) *L'Afrique face à ses défis démographiques. Un avenir incertain* (pp. 155-195). Paris : AFD/Ceped/Karthala.
- Hurtig, M-C., Kail, M. et Rouch, H. (1991). Introduction. Dans M.-C. Hurtig, M. Kail et H. Rouch (éds.), *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes* (pp. 11-20). Paris : CNRS.
- Imam, A. M. (2004). Intégrer le genre aux sciences sociales africaines. Dans A. M. Imam, A. Mama et F. Sow (dir.), *Sexe, genre et société : engendrer les sciences sociales africaines* (pp. 15-43). Paris : Karthala / Dakar : Codesria.
- Inhorn, M. C. (2003). Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt. *Social Science & Medicine*, 56 (9), 1837-1851.
- Inhorn, M. C. (2006a). « He Won't Be My Son ». Middle Eastern Muslim Men's Discourses of Adoption and Gamete Donation. *Medical Anthropology Quarterly*, 20 (1), 94-120.
- Inhorn, M. C. (2006b). Making muslim babies: IVF and gamete donation in Sunni versus Shi'a islam. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30, 427-450.
- Inhorn, M. C. (2009). Right to assisted reproductive technology: Overcoming infertility in low-resource countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 106, 172-174.
- Inhorn, M. C. (2011). Globalization and Gametes: Reproductive "Tourism", Islamic Bioethics, and Middle Eastern Modernity. *Anthropology and Medicine*, 18 (1), 87-103.
- Inhorn, M. C. et Pasquale, P. (2009). Rethinking Reproductive "Tourism" as Reproductive "Exil". *Fertility and Sterility*, 92(3), 904-906.

- Izard, M. (1985). *Gens du pouvoir, gens de la terre : les institutions politiques de l'ancien royaume du Yatenga (bassin de la Haute-Volta blanche)*. Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Izard, M. (1992). *L'odyssée du pouvoir*. Paris : EHESS.
- Jacquemin, M. (2012). « *Petites bonnes* » d'Abidjan : *sociologie des filles en service domestique*. Paris : l'Harmattan.
- Jacquemin, M. (2013). Travail des femmes, travail des filles à Abidjan. Nouvelles figures de travailleuses migrantes au cœur de la globalisation. *Cahiers genre et développement*, 9, 247-257.
- Jaffré, Y. (1999). La maladie et ses dispositifs. Dans Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (dir.), *La construction sociale des maladies* (pp. 41-68). Paris : Presses Universitaires de France.
- Jaffré, Y. (2003). La configuration de l'espace moral et psychologique des personnels de santé. Dans Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 295-337). Paris : Karthala.
- Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J.-P. (2003). Réformer une éthique sous contraintes ? Dans Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 339-358). Paris : Karthala.
- Jami, I. (2003). Sexe et genre : les débats des féministes dans les pays anglo-saxons (1970-1990). *Les Cahiers du genre*, 34, 127-147.
- Jouannet, P., Kunstmann, J.-M., Juillard, J.-C., Bresson, J.-L. et la Fédération française des CECOS (2010). La majorité des couples procréant par don de sperme envisage d'informer l'enfant de son mode de conception, mais la plupart souhaitent le maintien de l'anonymat du donneur. Dans P. Jouannet et R. Mieusset (dir.), *Donner et après... La procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat ?*(pp. 43-54). Paris : Springer.
- Journet, O. (1985). Les hyper-mères n'ont plus d'enfants. Dans N.-C. Mathieu (dir.), *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes* (pp. 17-36). Paris : EHESS.
- Journet, O. (1990). La condition des femmes. Les obligations de la procréation dans les sociétés diola du Sénégal et de Guinée-Bissau. Dans D. Fassin et Y. Jaffré (coor.), *Sociétés, développement et santé* (pp. 179-190). Paris : Ellipses.
- Journet-Diallo, O. (1999). Catégories de genre et relation ethnographique chez les Joola du Sénégal. Dans D. Jonckers, R. Carré et M.-C. Dupré (dir.), *Femmes plurielles. Les représentations des femmes. Discours, normes et conduites* (pp. 21-28). Paris : Fondation Maison des sciences de l'homme.
- Kail, M. (1991). Le flou savant des N.T.R. Un discours métaphorique pour une méthodologie « embryonnaire ». Dans M.-C. Hurtig, M. Kail et H. Rouch (éds.), *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes* (pp. 257-270). Paris : CNRS.
- Kalampalikis, N., Haas, V., Fieulaine, N., Doumergue, M., Deschamps, G. et Chiron, H. (2010). Enjeux psychosociaux du don de sperme : le point de vue des couples. Dans P. Jouannet et R. Mieusset (dir.), *Donner et après... La procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat ?*(pp. 55-67). Paris : Springer.

- Kanté, A. M. (2007). Un hôpital, mais pas de malades ! Les contraintes de l'accès aux soins de santé en milieu rural sénégalais. Dans Université Cheikh Anta Diop, Institut de formation et de recherche en population, développement et santé de la reproduction (dir.), *Stratégies de population et stratégies de développement. Convergences ou divergences ?* (pp. 185-206). Dakar : IPDSF.
- Khiati, M. (2010). Bioéthique et islam. *Droit Déontologie & Soins*, 10,7-26.
- Knibiehler, Y. (1986). La mère définie par les médecins ; un rappel historique. Dans A.-M. De Vilaine, L. Gavarini et M. Lecoadic (dir.), *Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science* (pp. 148-151). Grenoble : Presses Universitaires.
- Knibiehler, Y. (1987). *Les pères aussi ont une histoire*. Paris : Hachette.
- Knibiehler, Y. et Marand-Fouquet, C. (1981). *L'histoire des mères du Moyen-Âge à nos jours*. Paris : Éditions Montalba.
- Koffi, N'G. (1994). La fécondité en Afrique sub-saharienne. Dans N'G Koffi, A. Guillaume, P. Vimard et B. Zanou (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique* (pp. 25-47). Paris : Orstom.
- Laborie, F. (1986a). Peut-on penser les différences ? Dans A.-M. De Vilaine, L. Gavarini et M. Lecoadic (dir.), *Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science* (pp. 22-26). Grenoble : Presses Universitaires.
- Laborie, F. (1986b). La reproduction : les femmes et la science. Des scientifiques en mal de maternité ? Dans A.-M. De Vilaine, L. Gavarini et M. Lecoadic (dir.), *Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science* (pp. 181-187). Grenoble : Presses Universitaires.
- Laborie, F. (1989). De quelques faces cachées des nouvelles techniques de procréation. Dans Mouvement français pour le planning familial, C. Lesterpt et G. Doat (dir.), *L'ovaire-dose ? Les nouvelles méthodes de procréation* (pp. 89-114). Paris : Syros-Alternatives.
- Laborie, F. (1990). D'une banalisation sans évaluation de ce qui peut s'en suivre. Dans J. Testart (dir.), *Le magasin des enfants* (pp. 83-106). Paris : François Bourin.
- Lallemand, S. (1988). *La mangeuse d'âmes. Sorcellerie et famille en Afrique*. Paris : l'Harmattan.
- Lallemand, S. (1993). *La circulation des enfants en société traditionnelle. Prêt, don, échange*. Paris : l'Harmattan.
- Lallemand, S. (2004). Enfances d'ailleurs, approche anthropologique. Dans M. Guidetti, S. Lallemand et M.-F. Morel (dir.), *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui* (pp. 9-59). Paris : Armand Colin.
- Laqueur, T. (1992a). *La fabrique du sexe : essai sur le corps et le genre en Occident*. Paris : Gallimard.
- Laqueur, T. (1992b). Préface à l'édition française. Dans T. Laqueur, *La fabrique du sexe : essai sur le corps et le genre en Occident*. Paris : Gallimard.

- Lardoux, S. et Van De Walle, E. (2003). Polygamie et fécondité en milieu rural sénégalais. *Population*, (6), 807-835.
- La Rochebrochard (De), E. (2003). Des hommes médicalement assistés pour procréer IAD, FIV, ICSI, bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité masculine. *Population*, 58 (4-5), 549-586.
- La Rochebrochard (De), E. (2009). Médicalisation de l'infertilité : quelle est la situation mondiale du Nord au Sud ? Dans C. Gourbin (dir.), *Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action. Actes de la Chaire Quetelet* (pp. 277-292). Louvain-la-Neuve : Presses Universitaires de Louvain.
- La Rochebrochard (De), E. et Léridon, H. (2008). Patient ou acteur d'une reproduction médicalisée ? Dans E. La Rochebrochard (De) (dir.), *De la pilule au bébé-éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales ?* (pp. 29-57). Paris : Les Cahiers de l'INED.
- Larsen, U. (2000). Primary and secondary infertility in sub-Saharan Africa. *International Journal of Epidemiology*, 29 (2), 285-291.
- Larsen, U. (2009). Infertility in sub-Saharan Africa. Dans C. Gourbin (dir.), *Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action. Actes de la Chaire Quetelet* (pp. 243-256). Louvain-la-Neuve : Presses Universitaires de Louvain.
- Lebeuf, A. M. D. (1960). Le rôle de la femme dans l'organisation politique des sociétés africaines. Dans D. Paulme (dir.), *Femmes d'Afrique noire* (pp. 93-119). Paris : Mouton.
- Le Boursicot, M.-C. (2010). La *Kafâla* ou recueil légal des mineurs en droit musulman : une adoption sans filiation. *Droit et cultures*, 59, [En ligne], mis en ligne le 06 juillet 2010, consulté le 02 février 2013. URL : <http://droitcultures.revues.org/2138>
- Lecarme, M. (1992). Territoires du féminin, territoires du masculin. Des frontières bien gardées ? Un exemple dakarois. Dans J. Bisilliat (dir.), *Relations de genre et développement : femmes et sociétés* (pp. 295-326). Paris : ORSTOM.
- Lecarme, M. (1999). La « fatigue » des femmes, le « travail de la mère » en milieu populaire dakarois. Dans D. Jonckers, R. Carré et M.-C. Dupré (dir.), *Femmes plurielles. Les représentations des femmes. Discours, normes et conduites* (pp. 255-269). Paris : Fondation Maison des sciences de l'homme.
- Lecarme-Frassy, M. (2000). *Marchandes dakaraises entre maison et marché. Approche anthropologique*. Paris : l'Harmattan.
- Le Cour Grandmaison (1972). *Femmes dakaraises : rôles traditionnels féminins et urbanisation*. Abidjan : Institut d'ethnosociologie.
- Lee Downs, L. (2005). Les gender studies américaines. Dans M. Muruani (dir.), *Femmes, genre et sociétés* (pp. 356-363). Paris : La Découverte.
- Lefevre-Déotte, M. (1997). *L'excision en procès : un différend culturel ?* Paris : l'Harmattan.
- Le Marcis, F. (2014). Reconnaître ou nier. Trier l'infertilité en Afrique du Sud. Dans Lachenal, G., Levève, C. et Nguyen, V.-K. (éds). *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie* (pp. 217-237). Paris : Presses Universitaires de France.

- Lemarie, J. (1967). *L'attitude des femmes face à la fécondité*. Dakar : Université de Dakar.
- Léridon, H. (2010). L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité ? *Population et sociétés*, (471), 1-4.
- Levilain, H. (2013). Devenir mères et pères *sur le tard* : les négociations conjugales d'une inégalité de vieillissement entre hommes et femmes. Dans M. Legrand et I. Voléry (dir.), *Genre et parcours de vie. Vers une nouvelle police des corps et des âges ?* (pp. 41-52). Nancy : Éditions Universitaires de Lorraine.
- Lévi-Straus, C. (1949), *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris : Presses Universitaire de France.
- Locoh, T. (1994). Quelles politiques en matière de fécondité pour l'Afrique sub-saharienne ? Leçons de 20 années de programmes de planning familial. Dans N'G Koffi, A. Guillaume, P. Vimard et B. Zanou (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique* (pp. 267-290). Paris : Orstom.
- Locoh, T. (1995). Familles africaines, population et qualité de la vie, *Les dossiers du CEPED*, 31, 7-35.
- Locoh, T. (2007). Introduction. Dans T. Locoh (dir.), *Genre et sociétés en Afrique : implications pour le développement* (pp 25-42). Paris : INED.
- Locoh, T. et Vandermeersch, C. (2006). La maîtrise de la fécondité dans les pays du Tiers-Monde. Dans G. Caselli, J. Vallin et G. Wunsch (dir.), *Démographie : analyse et synthèse. VII : Histoire des idées et politiques de population* (pp. 193-249). Paris : INED.
- Losch, B. (2001). Les politiques publiques et les compromis sectoriels face à la mondialisation : normes internationales, rôle des firmes et projet national en Afrique. Dans G. Winter (coor.), *Inégalités et politiques publiques en Afrique. Pluralité des normes et jeux d'acteurs* (pp. 375-396). Paris : Karthala et IRD.
- Löwy, I. (2003). Intersexe et transsexualités : les technologies de la médecine et la séparation du sexe biologique du sexe social. *Les Cahiers du genre*, 34, 81-104.
- Löwy, I. (2006). *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*. Paris : la Dispute.
- Löwy, I. et Rouch, H. (2003). Genèse et développement du genre : les sciences et les origines de la distinction entre sexe et genre. *Les Cahiers du genre*, 34, 5-16.
- Löwy, I. et Marry, C. (2007). *Pour en finir avec la domination masculine. De A à Z*. Paris : Les Empêcheurs de tourner en rond.
- Löwy, I., Rozée Gomez, V. et Tain, L. (2014). Nouvelles techniques reproductives, nouvelle production du genre. *Cahier du genre*, 56, 5-18.
- Malinowski, B. (1971). La sexualité et ses répressions dans les sociétés primitives. Paris : Petite bibliothèque Payot [1^{re} éd. en anglais : *Sex and Repression in Savage Society*, London, Kegan Paul, Trench, Trubner, 1927].

- Malinowski, B. (1989). *Les Argonautes du Pacifique occidental*. Paris : Gallimard [1^{re} éd. en anglais : *Argonauts of the western pacific. An Account of Native Enterprise and Adventure in the Archipelagoes of Melanesian New Guinea*, New York, John Hawkins and Associates, 1922].
- Marie, A. (1997). Du sujet communautaire au sujet individuel. Une lecture anthropologique de la réalité africaine contemporaine. Dans A. Marie et R. Vuarin (dir.), *L'Afrique des individus : itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Adidjan, Bamako, Dakar, Niamey)* (pp. 53-110). Paris : Karthala.
- Marshall, P. A. et Koenig, B. (2000). Bioéthique et anthropologie : situer le "bien" dans la pratique médicale. *Anthropologie et Sociétés*, 24 (2), 35-55.
- Massé, R. (2000). Présentation : l'anthropologie au défi de l'éthique. *Anthropologie et Sociétés*, 24 (2), 5-11.
- Mathieu, N.-C. (1973). Homme-culture et femme-nature ? *L'Homme*, 13 (3), 101-113.
- Mathieu, N.-C. (1985a). Présentation. Femmes, matière à penser...et à reproduire. Dans N.-C. Mathieu (dir.), *L'arrondissement des femmes. Essais en anthropologie des sexes* (pp. 5-16) Paris : EHESS.
- Mathieu, N.-C. (1985b). Quand céder n'est pas consentir. Dans N.-C. Mathieu (dir.), *L'arrondissement des femmes. Essais en anthropologie des sexes* (pp. 169-245). Paris : EHESS.
- Mathieu, N.-C. (1991a). Les transgressions du sexe et du genre à la lumière de données ethnographiques. Dans M.-C. Hurtig, M. Kail et H. Rouch (éds.), *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes* (pp. 69-80). Paris : CNRS.
- Mathieu, N.-C. (1991b). *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*. Paris : Côté-femmes.
- Mathieu, N.-C. (2000). Les sexes et la « nature » chez les ethnologues et les ethnologisés. Dans D. Gardey et I. Löwy (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du masculin et du féminin* (pp. 109-124). Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Mathieu, S. (2013). *L'enfant des possibles. Assistance médicale à la procréation, éthique, religion et filiation*. Paris : les Éditions de l'Atelier.
- Mauss, M. (2004). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques [1924]. In M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*. Paris : Presses Universitaires de France [1^{re} éd. : 1950].
- Mazzone, J.-C. (2010). Le deuil de la fertilité dans l'insémination avec sperm de donneur (IAD). Dans P. Jouannet et R. Mieusset (dir.), *Donner et après... La procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat ?* (pp. 197-210). Paris : Springer.
- Mbaye, R. (1982). L'Islam noir en Afrique. *Tiers-Monde*, tome 23(92), 831-838.
- Mbow, P. (2001). L'Islam et la femme sénégalaise. *Ethiopiennes, revue Négro-africaine de littérature et de philosophie*, (66-67), 203-222.

- Mbow, P. (2010). Contexte de la réforme du Code de la famille au Sénégal. *Droit et Culture*, 59, [En ligne], mis en ligne le 05 juillet 2010, consulté le 02 février 2013. URL : <http://droitcultures.revues.org/1963>
- Mead, M. (1966). *L'un et l'autre sexe*. Paris : Denoël/Gonthier [1^{re} éd. en anglais : Male and Female, William Morrow and Co, New York, 1948].
- Mead, M. (1969). *Mœurs et sexualité en Océanie*. Paris : Plon [1^{re} éd. en anglais : 1^o *Sex and temperament in three primitive societies*, William Morrow, 1935. 2^o *Coming of age in Samoa*, William Morrow and Co, 1928].
- Mehl, D. (2001). *Les lois de l'enfantement. Procréation et politiques en France (1982-2011)*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Mehl, D. (2008). *Enfants du don. Procréation médicalement assistée : parents et enfants témoignent*. Paris : Robert Laffont
- Mehl, D. (2009). Gestation pour autrui : quelle demande ? Dans P. Jouannet et C. Paley-vincent (dir.), *L'embryon le fœtus l'enfant. Assistance médicale à la procréation (AMP) et lois de bioéthique* (pp. 219-232). Paris : ESKA.
- Meillassoux, C. (1964). *Anthropologie économique des Gouro de Côte d'Ivoire : de l'économie de subsistance à l'agriculture commerciale*. Paris : Mouton.
- Meillassoux, C. (1986). *Anthropologie de l'esclavage : le ventre de fer et d'argent*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Meillassoux, C. (2005). *Femmes, greniers et capitaux*. Paris : L'Harmattan [1^{re} éd. : François Maspero, Paris, 1975].
- Merchant, J. (2009). L'assistance médicale à la procréation : la vision de la société nord-américaine. Dans P. Jouannet et C. Paley-vincent (dir.), *L'embryon le fœtus l'enfant. Assistance médicale à la procréation (AMP) et lois de bioéthique* (pp. 41-71). Paris : ESKA.
- Ministère de la santé et de la prévention. (2009). *Plan National de Développement Sanitaire PNDS (2009-2018)*. Consulté le 18 juin 2012 URL : <http://www.sante.gouv.sn/images/stories/pdf/pndsdxhuit.pdf>
- Mondain, N., Randall, S., Diagne, A. et Elliot, A. (2012). Les effets de l'émigration masculine sur les femmes et leur autonomie : entre maintien et transformation des rapports sociaux de sexe traditionnels au Sénégal. *Autrepart*, 2(61), 81-97.
- Moreira, P., Fall, C., Dieng, T., Fall, A., Diouf, A. et Moreau, J.-C. (2008). Assistance médicale à la procréation : indications et perceptions par les couples présentant une infertilité au centre hospitalier universitaire de Dakar. *Mali Médical*, 23 (1), 50-56.
- Moukouta, S. C. et Pewzner-Apeloig, E. (2002). Thérapies traditionnelles-thérapies modernes en milieu psychiatrique au Congo. Synchrétisme ou interférence ? *Ann Méd Psychol*, 160, 353-361.
- Murat, P. (2009). Intervention de l'État ou dynamique de marché ? Bilan et perspectives d'un jursite. Dans P. Jouannet et C. Paley-Vincent (dir.), *L'embryon le fœtus l'enfant. Assistance médicale à la procréation (AMP) et lois de bioéthique* (pp. 315-331). Paris : ESKA.

- Nachtigall, R. D. (2006). International disparities in access to infertility services. *Fertility and Sterility*, 85 (4), 871-875.
- Nations Unies (2011). *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2011*. New York, NY : Nation Unies. Consulté le 18 juin 2012 URL : http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report_2011.pdf
- Nawal, Y. (1980). *Les femmes dans l'Islam*. Montreuil : Éditions La Brèche.
- Ndiaye, A. R. (1986). *La place des femmes dans les rites au Sénégal*. Dakar : Les Nouvelles Éditions Africaines.
- Ndiaye, C. T. et Diop, P. M. (2012). Planification familiale. Dans Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Dakar, Sénégal (dir.), *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Rapport Final* (pp. 97-114). Calverton, MD : MEASURE DHS.
- Ndiaye, S. (2006). Fécondité. Dans S. Ndiaye et M. Ayad (dir.), *Enquête Démographique et de Santé Sénégal 2005* (pp. 55-68). Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Centre de Recherche pour le Développement Humain : Dakar / ORC Mac Calverton : Maryland.
- Ndoye, T. (2009). *La Société sénégalaise face au paludisme. Politiques, savoirs et acteurs*. Paris : Karthala.
- Neirinck, C. (2010). L'anonymat du don de gamètes. Dans P. Jouannet et R. Mieusset (dir.), *Donner et après... La procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat ?* (pp. 251-264). Paris : Springer.
- Ngom, P. (2000). Réseaux informels de communication et santé de la reproduction au Sénégal. Dans A. Guillaume et M. Pilon (dir.), *Maîtrise de fécondité et planification familiale au Sud* (pp. 193-206). Paris : IRD.
- Ngoundoung, J. A. (1999). « Le redoutable sexe opposé » chez les Tikar de Nditam, Cameroun central. Dans D. Jonckers, R. Carré et M.-C. Dupré (dir.), *Femmes plurielles. Les représentations des femmes. Discours, normes et conduites* (pp. 221-231). Paris : Fondation Maison des sciences de l'homme.
- Niang, F. B. (2013). Excision. Dans ANSD (dir.), *Enquête Démographique et de Santé Continue au Sénégal (EDS-Continue) 2012-2013. Rapport final 1^{ère} année* (pp. 85-89). Calverton, MD : MEASURE DHS, ICF international.
- Niang, S. O. (2009-2010). *La médecine traditionnelle étrangère et le traitement de l'infertilité féminine à la Médina* (mémoire de maîtrise non publié). Dakar : Université Cheikh Anta Diop.
- Novaes, S. (1986). Enjeux sociaux de la fécondation artificielle. Dans A.-M. De Vilaine, L. Gavarini et M. Lecoadic (dir.), *Maternité en mouvement. Les femmes, la re/reproduction et les hommes de science* (pp. 178-180). Grenoble : Presses Universitaires.
- Oakley, A. (1972). *Sex, Gender and Society*. London : Temple Smith.
- Okonofua, F. (2003). Les Nouvelles Technologies Reproductives et le traitement de la stérilité en Afrique. *African Journal of Reproductive Health*, 7 (1), 9-11. Repris par *Bioline International* [En ligne]. Consulté le 10 décembre 2009. URL : <http://www.bioline.org.br/request?rh03002>

- Olivier de Sardan, J.-P. (2003). Un diagnostic socio-anthropologique : des centres de santé malades... Dans Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 51-102). Paris : Karthala.
- Ombelet, W. (2009). Reproductive healthcare systems should include accessible infertility diagnosis and treatment: An important challenge for resource-poor countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 106 (2), 168-171.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2009). *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013 Sénégal*. Consulté le 18 juin 2012 URL : http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_sen_fr.pdf
- Ortigue M.-C. et Ortigue E. (1973). *Œdipe africain*. Paris : Union Générale d'Éditions.
- Ortner, S. B. (1974). Is female to male as nature is to culture ? Dans N. Z. Rosaldo et L. Lamphere (eds.), *Woman, culture and society* (pp. 68-87). Stanford CA : Stanford University Press.
- Ouah-Bedidi, Z. (2009). Le mariage au coeur du rapport individu-famille-société. Dans J. Vallin (dir.), *Du genre et de l'Afrique. Hommage à Thérèse Locoh* (pp. 179-193). Paris : INED.
- Oudshoorn, N. (2000). Au sujet des corps, des techniques et des féminismes. Dans D. Gardey et I. Löwy (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du masculin et du féminin* (pp. 31-44). Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Oyéwùmí, O. (1997). *The Invention of Women : Making an African Sense of Western Gender Discourses*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Paulme, D. (1960). Introduction. Dans D. Paulme (dir.), *Femmes d'Afrique noire* (pp. 9-22). Paris : Mouton.
- Petit, V. et Des Robert, M.-L. (2004). *Entre résistance et changements : la planification familiale en milieu rural sénégalais*. Paris : l'Harmattan.
- Pezeril, C. (2007). Réflexivité et dualité sexuelle. *Journal des anthropologues* [En ligne], 108-109, mis en ligne le 01 juin 2007, consulté le 05 juin 2013. URL : <http://jda.revues.org/1182>
- Pradelles De Latour, C.-H. (2003). De l'alliance matrimoniale en Afrique, Une autre approche. *l'Homme*, 166, 145-158.
- Pulcini, E. (2008). Assujetties au don. Réflexions sur le don et le sujet féminin. Dans P. Chanial, *La société vue du don*. La découverte (Bibliothèque du MAUSS), 229-242.
- Pulcini, E. (2012). Donner le care. *Revue du Mauss*, (39), 49-66.
- Rabain, J. (1979). *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*. Paris : Payot.
- Rabain-Jamin, J. (2003). Enfance, âge et développement chez les Wolof du Sénégal. *L'Homme*, 3(167-168), 49-65.
- Radcliffe-Brown, A. R. et Forde, D. (1953). *Systèmes familiaux et matrimoniaux en Afrique*. Paris : Presses Universitaires de France [1^{re} éd. en anglais : *African Systems of Kinship and Marriage*, London/NY/Toronto, Oxford University Press, 1950].

- Randall, S. et Legrand, T. (2003). Stratégies reproductives et prise de décision au Sénégal : le rôle de la mortalité des enfants. *Population*, 6, 773-805.
- Rapper (de), G. (2000). Entre masculin et féminin. La vierge jurée, l'héritière et le gendre à la maison. *L'Homme*, 155-155, 457-466.
- Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. (1992). *La procréation médicalement assistée : acquisitions récentes*. Genève : OMS.
- Retel-Laurentin, A. (1978a). Problèmes sociaux et familiaux des régions africaines à faible fécondité. Dans C. Oppong, G. Adaba, Bekombo-Priso et J. Mogey (dir.), *Mariage, fécondité et rôle des parents en Afrique de l'Ouest* (pp. 507-519). Canberra : Université nationale Australienne.
- Retel-Laurentin, A. (1978b). Evaluation du rôle de certaines maladies dans l'infécondité : Un exemple africain. *Population*, 1, 101-120.
- Retel-Laurentin, A. (1980). Causes de l'infécondité dans la Volta Noire. *Population*, 6, 1151-1162.
- Rey, P-P. (1973). *Les Alliances de classes*. Paris : Maspéro.
- Rouch, H. (1989). La maîtrise de la reproduction : enjeux de la catégorisation des sexes. Dans A.-M. Daune-Richard, M.-C. Hurtig et M.-F. Pichevin (dir.), *Catégorisation de sexe et constructions scientifiques* (pp. 149-157). Aix-en-Provence : Université de Provence.
- Rouch, H. (1991). Nouvelles techniques de reproduction : de la différence à l'inégalité. Dans M.-C. Hurtig, M. Kail et H. Rouch (éds.), *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes* (pp. 245-255). Paris : CNRS.
- Rouch, H. (1995). Les nouvelles techniques de reproduction : vers l'indifférenciation sexuelle ? Dans A. Ducros et M. Panoff (dir.), *La frontière des sexes* (pp. 251-269). Paris : Presses Universitaires de France.
- Rousseau, B. et Rousseau, J.-M. (2005). La santé au Sénégal : médecins et guérisseurs. *Revue de l'infirmière*, (112).
- Rubin, G. (1998). L'économie politique du sexe : transactions sur les femmes et systèmes de sexe/genre. *Cahiers du CEDREF* [En ligne], 7, 1-38, mis en ligne le 26 janvier 2010, consulté le 13 mai 2010. URL : <http://cedref.revues.org/171>
- Saladin d'Anglure, B. (1986). Du fœtus au chamane : la construction d'un « troisième sexe » inuit. *Etudes/inuit/studies*, 10(1-2), 25-113. Repris par *Les Classiques de sciences sociales* [En ligne], 9-126, mis en ligne le 10 juillet 2008, consulté le 15 juin 2013. URL : http://classiques.uqac.ca/contemporains/saladin_danglure_bernard/du_foetus_au_chamane/du_foetus_au_chamane.html
- Saladin d'Anglure, B. (1992). Le « troisième sexe ». *La Recherche*, (245), 836-844. Repris par *Les Classiques de sciences sociales* [En ligne], 5-22, mis en ligne le 30 juin 2010, consulté le 15 juin 2013. URL : http://classiques.uqac.ca/contemporains/saladin_danglure_bernard/troisieme_sexe/tr_oisieme_sexe.html
- Saladin d'Anglure, B. (2006). Réflexions anthropologiques à propos d'un « 3^e sexe social » chez les Inuits. *Conjonctures*, (41-41), 177-205. Repris par *Les Classiques de sciences sociales* [En

- ligne], 5-33, mis en ligne le 5 février 2007, consulté le 15 juin 2013. URL : http://classiques.uqac.ca/contemporains/saladin_danglure_bernard/reflexion_3e_sexe_inuit/reflexion_3e_sexe_inuit.html
- Saladin d'Anglure, B. (2012). Le « troisième genre ». *Revue du Mauss*, (39), 141-161.
- Samson, F. (2006). « Identités islamiques dakaroises » Étude comparative de deux mouvements néo-confrériques de jeunes urbains. *Autrepart*, 3(39), 3-19.
- Schenker, J. G. (2005). Assisted reproduction practice: religious perspectives. *Reproductive BioMedicine Online*, 10 (3), 310-319.
- Schenker, J. G. (2008). Assisted reproductive technology: perspectives in Halakha (Jewish religious law). *Reproductive BioMedicine Online*, 17, 17-24.
- Scott, J. (1988). Genre : une catégorie utile d'analyse historique. *Les Cahiers du GRIF*, (37-38), 125-153.
- Seck, S. (2010). *Vécu psychologique de l'infertilité du couple au Sénégal : étude qualitative de 20 couples suivis à la clinique gynéco-obstétricale du CHU Aristide Le Dantec* (thèse de doctorat, non publiée). Dakar : Université Cheikh Anta Diop.
- Serour, G. I. (2008). Islamic perspectives in human reproduction. *Reproductive BioMedicine Online*, 17, 34-38.
- Serour, G. I., Aboulghar, M. A. et Mansour, R. T. (1995). Bioethics in Medically Assisted Conception in the Muslim World. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 12 (9), 559-565.
- Serres, M. (1985). Intervention. Dans *Actes du Colloque génétique, procréation et droit* (pp. 23-30). Arles : Actes Sud.
- Sow, F. (1973). Dépendance et développement. Le statut de la femme en Afrique moderne. *Notes Africaines, IFAN*, (139), 57-66.
- Sow, F. (1980). Femmes, socialité et valeurs africaines. *Notes Africaines, IFAN*, (168), 105-112.
- Sow, F. (2004). L'analyse de genre et les sciences sociales en Afrique. Dans A. M. Imam, A. Mama et F. Sow (dir.). *Sexe, genre et société : engendrer les sciences sociales africaines* (pp. 45-72). Paris : Karthala.
- Sow, F. (2007). L'appropriation des études sur le genre en Afrique subsaharienne. Dans T. Locoh (dir.), *Genre et sociétés en Afrique : implications pour le développement* (pp 45-68). Paris : INED.
- Sow, F. et Bop, C. (2004). *Notre corps, notre santé. La santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne*. Paris : L'Harmattan.
- Sow, M. L. (2004). Réflexions sur la bioéthique en Afrique. Dans A. L. Ndiaye, A. T. Ba, C. Becker, O. Dia et al. (éds.), *Les biotechnologies. Potentiels, enjeux et perspectives : le cas du Sénégal* (pp. 73-81). Dakar : Académie des Sciences et Techniques du Sénégal. [En ligne]. Consulté le 06 décembre 2009. URL : <http://rds.refer.sn/>

- Sow Sidibe, M. A. (1993). L'adoption au Sénégal et en Afrique francophone. *Revue internationale de droit comparé*, 45(1), 129-154.
- Squires, C., Jouannet, P., Wolf, J.-P., Cabrol, D. et Kuntsmann, J.-M. (2008). Psychopathologie et procréation médicalement assistées : comment les couples infertiles élaborent-ils la demande d'enfant? *Devenir*, (20), 135-149.
- Stoller, R. (1968). *Sex and gender. The development of masculinity and femininity*. London : Karnac Books.
- Strathern, M. (1988). *The Gender of the Gift. Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*. Berkeley : University of California Press.
- Tabet, P. (1985). Fertilité naturelle, reproduction forcée. Dans N.-C. Mathieu (dir.), *L'Arraînement des femmes : essai en anthropologie des sexes*. Paris : EHESS.
- Tabet, P. (1998). *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*. Paris : l'Harmattan.
- Tabet, P. (2004). *La grande arnaque. Sexualité des femmes et échange économique-sexuel*. Paris : l'Harmattan.
- Tain, L. (1999). Techniques et acteurs : parcours différenciés de femmes dans une démarche de fécondation in vitro. *Les Cahiers du genre*, 25, 75-91.
- Tain, L. (2003). Corps reproducteur et techniques procréatives : images, brouillages, montages et remue-ménage. *Les Cahiers du genre*, 34, 171-192.
- Tain, L. (2013a). *Le corps reproducteur. Dynamiques de genre et pratiques reproductives*. Rennes : Presses de l'EHESS.
- Tain, L. (2013b). Le « bon âge » pour avoir un enfant : vieillissement, fécondité et inégalités sexuées. Dans M. Legrand et I. Voléry (dir.), *Genre et parcours de vie. Vers une nouvelle police des corps et des âges ?* (pp. 53-62). Nancy : Éditions Universitaires de Lorraine.
- Tall, E. K. (1985). Le contre-sorcier Haalpulaar, un justicier hors-la-loi. Étude de la dynamique du système thérapeutique des Haalpulaaren (Sénégal). *Sciences sociales et santé*, 1(3-4), 129-150.
- Tall, S. M. (2002). L'émigration internationale sénégalaise d'hier à demain. Dans M.-C. Diop (dir.), *La société sénégalaise entre le local et le global* (pp. 549-578). Paris : Karthala.
- Tarot, C. (2008). Repère pour une histoire de la naissance de la grâce. Dans P. Chaniel (dir.), *La société vue du don. La découverte* (Bibliothèque du MAUSS), 479-497.
- Teixeira, M. (2001). Un rituel d'humanisation des nourrissons, le kabuatã manjak (Guinée-Bissau/Sénégal). *Journal des africanistes*, tome 71, fascicule 2, 7-31.
- Terray, E. (1969). *Le Marxisme devant les sociétés « primitives »*. Deux études. Paris : Maspéro.
- Testart, J. (1990a). Introduction. Dans J. Testart (dir.), *Le magasin des enfants* (pp. 9-34). Paris : François Bourin.
- Testart, J. (1990b). À la recherche du cobaye idéal. *Le Monde Diplomatique*, juillet, p.19.

- Testart, J. (2001). Préface. Dans L. Gavarini, *La passion de l'enfant*. Paris : Hachette Littérature.
- Théry, I. (2003). Division des sexes, division par sexes : sur une leçon de Marcel Mauss. Dans D. Fougeyrollas-Schwebel, C. Planté, M. Riot-Sarcey et C. Zaidman (dir.), *Le genre comme catégorie d'analyse. Sociologie, histoire, littérature* (pp. 53-78). Paris : l'Harmattan.
- Théry, I. (2007). *La distinction de sexe. Une nouvelle approche de l'égalité*. Paris : Odile Jacob.
- Théry, I. (2008). Pour une anthropologie comparative de la distinction de sexe. Dans P. Bonnemère et I. Théry (dir.), *Ce que le genre fait aux personnes* (pp. 15-43). Paris : EHESS.
- Théry, I. (2009). Anonymat des dons d'engendrement. Filiation et identité narrative des enfants au temps du démariage. Dans E. Porqueres i Gené (dir.), *Défis contemporains de la parenté* (pp. 81-106). Paris : EHESS.
- Théry, I. (2010a). *Des humains comme les autres. Bioéthique, anonymat et genre du don*. Paris : EHESS.
- Théry, I. (2010b). Le genre : identité des personnes ou modalité des relations sociales ? *Revue française de pédagogie*, (171), 103-117.
- Théry, I. (2010c). Anonymat des dons d'engendrement : le grand malentendu du débat français. Dans P. Jouannet et R. Mieusset (dir.), *Donner et après... La procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat ?* (pp. 281-290). Paris : Springer.
- Théry, I. (2012). Du don de gamètes au don d'engendrement. *Revue du MAUSS*, 39, 133-140.
- Thoré, L. (1964). Mariage et divorce dans la banlieue de Dakar. *Cahiers d'études africaines*, 4(16), 479-551.
- Tichit, C. (2009). Les conséquences sociales de la stérilité au Cameroun. Dans C. Gourbin (dir.), *Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action. Actes de la Chaire Quetelet* (pp. 257-275). Louvain-la-Neuve : Presses Universitaires de Louvain.
- Van Balen, F. et Gerrits, T. (2001). Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. *Human Reproduction*, 16 (2), 215-219.
- Vandelac, L. (1986). L'enceinte de la maternité : sexes et sexualités. Dans A.-M. De Vilaine, L. Gavarini et M. Lecoadic (dir.), *Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science* (pp. 220-233). Grenoble : Presses Universitaires.
- Vandelac, L. (1988). *L'infertilité et la stérilité : l'alibi des techniques de procréation* (thèse de doctorat non publiée). Paris : Université Paris 7.
- Vandermeersch, C. (2002). La prise en charge des enfants âgés de moins de 6 ans chez les mères actives au Sénégal : entre production et reproduction. Dans Unité de recherche Population et Développement (dir.), *Sur le chemin de la transition. Onze communications présentées au XXIVème Congrès général de la population, Salvador de Bahia, Brésil, août 2001* (pp. 109-122). Paris : INED.
- Vandermeersch, C. (2009). Statut de la première naissance et pratique des enfants confiés au Sénégal. Dans J. Vallin (dir.), *Du genre et de l'Afrique. Hommage à Thérèse Locoh* (pp. 63-81). Paris : INED.

- Van Der Ploeg, I. (1999). L'individualité féminine à l'épreuve des techniques de reproduction. Dans M. Akrich et F. Laborie (dir.), *De la contraception à l'enfantement. L'offre technologique en question* (pp. 95-121). Paris : l'Harmattan.
- Van Rooij, F. B., Van Balen, F. et Hermans, J. M. A. (2004). A review of Islamic Middle Eastern migrants: traditional and religious cultural beliefs about procreation in the context of infertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22 (4), 321-331.
- Vegetti Finzi, S. (1990). Désir de savoir et obscurité de l'origine. Dans J. Testart (dir.), *Le magasin des enfants* (pp. 299-302). Paris : François Bourin.
- Vignikin, K. (2007). Famille et relations intergénérationnelles. Réflexions sur les évolutions en cours en Afrique. Dans P. Antoine (dir.), *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle* (pp. 19-29). Paris : Ceped.
- Vincent, J.-F. (1999). Femmes et agression sorcière chez les Mofu-Diamaré et les Beti du Cameroun. Dans D. Jonckers, R. Carré et M.-C. Dupré (dir.), *Femmes plurielles. Les représentations des femmes. Discours, normes et conduites* (pp. 189-201). Paris : Fondation Maison des sciences de l'homme.
- Vincent, J.-F. (2001). Femmes beti entre deux mondes : entretiens dans la forêt du Cameroun. Paris : Karthala.
- Vincent, J.-F. (2003). La ménopause, chemin de la liberté selon les femmes beti du Sud-Cameroun. *Journal des africanistes*, 73(2), 121-136.
- Vinel, V. (2009). De la jeune fille à la vieille femme. Passages biologiques et passages sociaux chez les Moose du Burkina Faso. Dans L. Charton et J. J. Lévy (dir.), *Génération et cycles de vie. Au carrefour des temps biologiques et psychosociaux* (p. 141-164). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Weiner, A. (1983). *La richesse des femmes ou comment l'esprit vient aux hommes. Iles Trobriand*. Paris : Seuil [1^{re} en anglais : *Women of Value, Men of Renown: New Perspectives in Trobriand Exchange*, University of Texas Press, Austin, 1976].
- Wittig, M. (2001). *La pensée straight*. Paris : Balland.
- Zamansky, G. (2000). Une stérilité qui bannit. *Le Monde diplomatique*, janvier, p. 23.
- Zempleni, A. (1969). La thérapie traditionnelle des troubles mentaux chez les Wolof et les Lébou (Sénégal). *Soc. Sci. & Med.*, 3, 191-205.
- Zempleni, A. (1982). Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique. *Archives des sciences sociales des religions*, 54 (1), 5-19.

SITES INTERNET

Agence de la biomédecine : <http://www.procreationmedicale.fr>
<http://dictionnaire.academie-medecine.fr>
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Chez le gynécologue.....	52
Figure 2 : À l'hôpital public	53
Figure 3 : Chez Monsieur et Madame G.	54
Figure 4 : Chez Madame et Monsieur A.....	54
Figure 5 : Au bureau de Madame et Monsieur N.	55
Figure 6 : Chez Madame et Monsieur E.....	55
Figure 7 : Chez Monsieur et Madame F.....	56
Figure 8 : Les femmes et le fardeau de l'infertilité au Sénégal.....	223
Figure 9 : Trajectoire internationale d'un couple infertile	324

ANNEXES

ANNEXE 1

LOIS RELATIVES A LA SANTE DE LA REPRODUCTION

Loi n° 2005-18, du 5 août 2005, relative à la santé de la reproduction

Exposé des motifs

La procréation est un droit fondamental reconnu à la personne humaine.

Elle repose sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances. Elle implique également le droit de disposer des informations nécessaires, le droit pour tous à une meilleure santé et aux services prévus à cet effet.

Les services de la santé de la reproduction ne se limitent pas à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux infections sexuellement transmissibles, mais visent également à améliorer la qualité de la vie et les relations interpersonnelles.

Depuis les années 80, des acquis importants ont été notés dans notre pays. Ces derniers ont permis notamment de redéfinir une nouvelle politique de Santé prenant en compte la santé de la reproduction.

Suite à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire du 05 au 13 septembre 1994, de nombreux gouvernements ont réaffirmé leur engagement en faveur de l'élaboration de politiques relatives à la population et de programmes de Santé de la Reproduction (SR).

Cette Conférence recommandait à tous les pays de s'efforcer de permettre le plus tôt possible, et au plus tard en l'An 2015, l'accès par l'intermédiaire de leur réseau de Soins de Santé Primaires aux services de santé en matière de reproduction à tous les individus.

C'est ainsi que le Gouvernement du Sénégal a entamé, en novembre 1996, un processus d'évaluation de ses programmes qui a abouti à l'élaboration d'un Programme National de Santé de la Reproduction et la création en 2001 au sein de la Direction de la Santé d'une Division de la Santé de la Reproduction.

En dépit des efforts consentis par le Gouvernement pour améliorer la santé de la reproduction des populations, des contraintes, liées notamment à l'accessibilité et à la qualité des services offerts ainsi que la survivance de facteurs socioculturels, subsistent.

La Santé de la Reproduction soulève également d'autres questions portant sur la protection des prestataires, les droits des clients, la protection des personnes vivant avec le VIH et la transmission volontaire du virus du sida.

Au demeurant, l'éparpillement des textes relatifs à la Santé de la Reproduction ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble claire pour bien appréhender la nature des problèmes qu'elle pose.

Le présent projet de loi sur la santé de la reproduction vise à lever les obstacles et contraintes identifiés dans le domaine.

Il s'inspire de la loi type sur la Santé Sexuelle et de la Reproduction et sur la Planification familiale adoptée à Abidjan en juin 1999 par le Forum des Parlementaires Arabes et Africains sur la Population et le Développement (F.P.A.A.P.D) et qui aspire à contribuer à l'harmonisation des législations sur la Santé de la Reproduction en Afrique de l'Ouest. Elle tire également partie des recommandations et travaux du Comité national pour la « Levée des barrières juridiques et non juridiques à la Santé de la Reproduction » mis sur pied en 1998, suite au Symposium de Cotonou sur les barrières juridiques à la Santé de la Reproduction.

Le présent projet ayant prévu des sanctions pénales contre ceux qui volontairement auront transmis le virus à leurs partenaires consentantes ou non consentantes. Il convient de les soumettre obligatoirement au test de dépistage. C'est pourquoi un autre alinéa est ajouté à l'article 16.

Un vide est ainsi comblé. En effet en l'état actuel, aucune disposition légale ou réglementaire ne rend obligatoire le dépistage qui demeure un acte purement volontaire.

Il est ainsi adapté aux réalités sénégalaises en respectant les valeurs religieuses et éthiques, ainsi que les coutumes.

Tel est l'objet du présent projet de loi.

L'Assemblée nationale a adopté, en sa séance du 19 juillet 2005 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Chapitre premier. — Dispositions générales

Article premier. — Au sens de la présente loi, la santé de la reproduction est définie comme le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement.

Toute personne a le droit d'être informée et d'utiliser les méthodes de régulation des naissances de son choix qui ne sont pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, accessibles et acceptables, et qui donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

La femme a le droit d'accéder à des services de santé qui lui permettent de mener à terme une grossesse et d'accoucher sans mettre sa vie en danger.

Article 2. — Les services de la santé de la reproduction sont l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine.

Les services de santé de la reproduction concernent la santé en matière de sexualité. Celle-ci vise à améliorer la qualité de la vie et les relations interpersonnelles.

Article 3. — Le droit à la santé de la reproduction est un droit fondamental et universel garanti à tout être humain sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, la race, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation.

Chapitre II. — Les soins et services de santé de la reproduction

Article 4. — Les soins et services de santé de la reproduction recouvrent :

- l'orientation, l'information, l'éducation, la communication, la recherche, les moyens, les méthodes et de façon générale, tous les soins en matière de planification familiale ;
- la maternité à moindre risque par la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ;
- les prestations de soins après avortement ;
- la surveillance de la croissance et l'état nutritionnel du nourrisson, la promotion de l'allaitement maternel exclusif, les bonnes pratiques de sevrage et la vaccination ;
- la lutte contre les infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/Sida ;
- la prévention et la prise en charge des affections de l'appareil génital y compris les cancers ;
- la lutte contre l'infécondité et l'infertilité ;
- la lutte contre les mutilations génitales féminines, les sévices sexuels et les pratiques néfastes à la santé de la reproduction ;
- la promotion de la santé de la reproduction des adolescents ;
- toutes autres conditions de santé en matière de sexualité et de reproduction.

Ces soins et services sont dispensés par un personnel qualifié dans les conditions prévues à l'article 8 de la présente loi.

Article 5. — La fabrication, l'importation et la vente de produits contraceptifs sont autorisées selon les conditions fixées par les textes en vigueur.

Les modalités de prescription, de délivrance et d'administration des produits contraceptifs sont déterminées dans les mêmes conditions.

La publicité des méthodes contraceptives est autorisée par le Ministre de la santé, dans les conditions fixées par décret, en fonction des exigences de santé publique.

Article 6. — Dans le respect de l'éthique, les couples ont le droit de bénéficier sur leur demande d'une assistance médicale à la procréation.

Article 7. — Toute personne malade du Sida ou vivant avec le VIH a droit à une assistance particulière, à des soins de base et à une garantie de confidentialité.

Les personnes visées au premier alinéa du présent article, qui ont un comportement à risque favorisant la propagation de la maladie, sont passibles de sanctions dans les conditions prévues à l'article 17 de la présente loi.

Chapitre III. — Le personnel de santé de la reproduction

Article 8. — Le personnel intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction est tenu de se soumettre aux normes de compétence, aux protocoles de services et aux règles de déontologie afférentes à sa profession ou à son activité.

Les normes de compétence en santé de la reproduction relatives à chaque catégorie professionnelle sont fixées par décret.

Chapitre IV. — Les droits en matière de santé de la reproduction

Article 9. — Toute personne a le droit de décider librement des questions relatives à la santé de la reproduction la concernant dans le respect des lois et règlements en vigueur, de l'ordre public et des bonnes mœurs.

Tout couple ou tout individu a le droit de décider librement de procréer, de déterminer le nombre d'enfants et de l'espacement de leurs naissances.

Article 10. — Toute personne est en droit de recevoir tous les soins de santé de la reproduction sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, le statut matrimonial, l'appartenance à un groupe ethnique ou religieux.

Article 11. — Toute personne bénéficie de la garantie de confidentialité dans le cadre des prestations de services de santé de la reproduction conformément aux lois et règlements en vigueur. Aucune information la concernant ne peut être divulguée sans son autorisation expresse. En outre, elle a le droit de connaître les informations la concernant et dont dispose le prestataire de service.

Article 12. — Toute personne a le droit à l'information et à l'éducation appropriée en matière de santé de la reproduction.

Article 13. — Toutes les formes de violences, de sévices sexuels ou de traitements inhumains ou dégradants sont sanctionnées conformément aux dispositions pénales en vigueur.

Tout enfant a le droit d'être protégé contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et d'abus sexuel.

Toute personne a le droit d'être protégée contre le viol, les attaques sexuelles, les abus sexuels et le harcèlement sexuel.

Article 14. — L'État et les collectivités locales ont l'obligation de veiller à la sauvegarde, à la promotion et à la protection de la santé de la reproduction des individus et des couples.

Les groupements et les associations contribuent à la promotion et à la protection de la santé de la reproduction des individus et des couples.

Chapitre V. — L'interruption volontaire de grossesse

Article 15. — L'interruption volontaire de grossesse est interdite sauf lorsqu'elle est autorisée par la loi. En aucun cas, elle ne saurait être considérée comme une méthode contraceptive.

Chapitre VI. — Transmission volontaire du virus du Sida et sanctions pénales applicables

Article 16. — Est définie comme transmission sexuelle volontaire du Sida le fait qu'une personne, se sachant porteuse du virus du Sida, le transmet à l'occasion de rapports sexuels non protégés.

Cette transmission sexuelle résultant de rapports obtenus volontairement ou par violence, contrainte, menace ou surprise constitue le délit de transmission volontaire du virus du Sida.

La personne mise en cause est obligatoirement soumise au test de dépistage.

Article 17. — Lorsque la transmission résulte d'un acte sexuel volontaire, le partenaire primo porteur reconnu encourt une peine d'emprisonnement de deux ans à cinq et d'une amende de 100 000 francs à 1 000 000 francs.

Lorsque le rapport est obtenu à la suite d'un viol, les peines ci-dessus sont doublées.

Si l'infraction a été commise sur un enfant au dessous de 13 ans accomplis ou une personne particulièrement vulnérable en raison de son état de grossesse, de son âge avancé ou de son état de santé ayant entraîné une déficience physique ou psychique, le coupable subira le maximum de la peine.

Article 18. — Si la transmission procède de modes de transmission volontaire du virus du Sida, autres que ceux prévus par l'article 16 de la présente loi, l'acte est qualifié d'empoisonnement.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'État

Fait à Dakar, le 05 août 2005

Abdoulaye Wade.
Par le Président de la République :

Le Premier Ministre,
Macky Sall.

JORS, 8-10-2005, 6245 : 904-906

ANNEXE 2

PROTOCOLE DE RECHERCHE

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTRE DE LA SANTE ET
DE LA PREVENTION

DIRECTION DE LA SANTE

Le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé

0 00 044

N° _____ MSP /DS /CNER

Dakar, le 15 MARS 2011

LE COORDONNATEUR

AVIS ETHIQUE ET SCIENTIFIQUE

Protocole SEN39/10: Infécondité et relations de genre à Dakar

Mademoiselle,

Le Comité National d'Éthique de la Recherche en Santé (CNER) a examiné et approuvé les documents produits et les corrections apportées au descriptif de l'étude en réponse aux recommandations faites dans ses commentaires tirés de la réunion du 21 octobre 2010. En conséquence, un avis de non objection éthique est émis pour permettre la mise en œuvre de l'étude.

Je vous prie de croire, **Docteur**, à l'assurance de ma considération distinguée et de mes encouragements renouvelés.

Mademoiselle Marie BROCHARD
Doctorante en 2^{ème} année d'anthropologie
Université Paris Descartes
FRANCE



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE ET
DE LA PREVENTION

DIRECTION DE LA SANTE

LE DIRECTEUR

- - 000 636

N° _____ MSP /DS /DER

Dakar, le 15 MARS 2011

AUTORISATION ADMINISTRATIVE

Protocole SEN39/10: Infécondité et relations de genre à Dakar

Mademoiselle,

Sur la base de la non objection du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé, je vous accorde une autorisation administrative de mise en œuvre dudit protocole.

Je vous prie de croire, **Mademoiselle**, à l'assurance de ma parfaite considération et de mes encouragements renouvelés.

Mademoiselle Marie BROCHARD
Doctorante en 2^{ème} année d'anthropologie
Université Paris Descartes
FRANCE



ANNEXE 3

NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Formulaire d'information

Marie BROCHARD, chercheuse-investigatrice, étudiante de Doctorat en Anthropologie (Sciences Humaines et Sociale) au Laboratoire « Centre Populations et Développement » (CEPED) à l'Université Paris Descartes (Paris, France) m'a proposé de participer à l'étude anthropologique intitulée :

INFERTILITE, ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION ET GENRE A DAKAR

La chercheuse m'a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et bien compris les informations suivantes:

But de l'étude : L'objectif général de l'étude est de comprendre le vécu des couples infertiles à Dakar et les démarches qu'ils entreprennent pour avoir un enfant. Dans un second temps, le but de l'étude est d'étudier et d'analyser ce qui conduit les couples infertiles à recourir à l'AMP.

Objectifs de l'étude : Améliorer la compréhension de l'infertilité et le statut social des couples infertiles/personnes infertiles dans la société dakaraise.

Méthode : Entretiens qualitatifs individuels ou en couple à partir d'un guide d'entretiens.

Les risques et les contraintes de l'étude : Une attention particulière sera portée à la sensibilité des personnes interrogées et certaines questions pourront ne pas être posées si cette sensibilité s'avère élevée. L'entretien pourra de même être interrompu à n'importe quel moment sur demande de la personne ou des personnes (couples) interrogée(s).

Confidentialité : L'identité du participant à l'étude demeurera confidentielle. Aucun nom de famille ne figurera sur l'enquête ni sur le rendu final. Les personnes seront nommées par une lettre différente de celle de leur nom de famille, ex : Mme C., Mr K. Les données personnelles des participants recueillies ne seront pas transmises au personnel médical qui encadre le participant, mais pourront, dans des conditions qui assurent leur confidentialité, être transmises à l'extérieur (Conseil National de la Recherche en Santé du Sénégal). Elles donneront ensuite lieu à un travail de thèse (pouvant être publié), à des publications.

Droit d'être informé des résultats globaux de la recherche à l'issue de celle-ci selon les modalités suivantes : Le résultat final de la recherche sera disponible dans l'hôpital ou la clinique où les entretiens se sont déroulés. Il pourra être envoyé par courrier électronique à la demande des participants.

Financement de l'étude : financement personnel de la chercheuse.

Indemnités : Aucune indemnité n'est prévue pour la participation à cette recherche et aucun éventuel avantage financier ne peut être tiré de la participation à la recherche.

La participation à cette étude anthropologique est basée sur le volontariat. Chaque participant est libre d'interrompre l'entretien avec la chercheuse-investigatrice dès qu'il le souhaite et décide, pour chaque question posée, s'il souhaite ou non y répondre.

Cette étude est entièrement indépendante des soins que vous recevez au sein de cet hôpital/ cette clinique/ ce cabinet. Cette étude n'a aucun impact sur votre suivi médical et sur les soins qui vous sont délivrés par le personnel hospitalier ou votre médecin traitant. Si vous ne souhaitez pas participer à cette étude cela ne changera rien pour votre suivi médical et vos soins médicaux.

Contact : mariebrochard@hotmail.fr / brochard.marie920@orange.fr

Formulaire de consentement

Après avoir discuté et obtenu réponses à mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite dans le formulaire d'information. Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette recherche et cela quelques soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec mon médecin traitant.

Mon consentement ne décharge en rien l'investigatrice de l'ensemble de ses responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait à Dakar, le .

Investigateur

Personne donnant son consentement

NOM, Prénom : Brochard Marie

NOM, Prénom :

Signature :

Signature :

Formulaire de consentement

Après avoir discuté et obtenu réponses à mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite dans le formulaire d'information. Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette recherche et cela quelques soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec mon médecin traitant.

Mon consentement ne décharge en rien l'investigatrice de l'ensemble de ses responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait à Dakar, le .

Investigateur

Personne donnant son consentement

NOM, Prénom : Brochard Marie

NOM, Prénom :

Signature :

Signature :

ANNEXE 4

EXTRAITS DU GUIDE D'ENTRETIEN

GYNECOLOGUES

1/ ÉTAT CIVIL

Nom :

Sexe :

Nationalité :

2/ FORMATION PROFESSIONNELLE

Quelle formation avez-vous suivie concernant les techniques d'AMP ?

Où ? (Afrique/Europe/USA)

Pendant combien d'années ?

3/ AMP

Pratiquez-vous les techniques d'assistance médicale à la procréation ?

Quelles techniques précisément ?

Pouvez-vous me décrire cette/ces technique(s) ?

Dans quelle clinique faites-vous les ponctions d'ovocytes et les transferts d'embryons ?

Avec quel biologiste travaillez-vous ?

Pratiquez-vous les techniques d'AMP avec donneurs ?

Depuis combien d'années ?

Où avez-vous été formé à ces techniques ?

Dans quel(le)s cliniques, hôpitaux pratiquez-vous ces opérations ?

Qu'est-ce qui vous a amené à pratiquer les techniques d'AMP ?

Que pensez-vous des techniques d'assistance médicale à la procréation ?

Que pensez-vous de l'anonymat du donneur ?

Depuis combien de temps ces techniques existent-elles à Dakar ?

Savez-vous combien de gynécologues pratiquent l'AMP à Dakar, au Sénégal ?

Quels sont les résultats : réussites, échecs ?

Quelles techniques sont utilisées à Dakar (FIV, IA, FIVETE, ICSI, GPA...) ?

Y'a-t-il des techniques qui fonctionnent mieux que d'autres à Dakar ou qui sont plus pratiquées ?

L'AMP avec don existe-t-elle au Sénégal ?

Comment sont organisés les dons ?

Qui sont les donneurs ?

Où donnent-ils ?

Où sont stockés les dons ?

Sont-ils rémunérés ?

Quels sont les dons : sperme, ovocytes ?

La gestation pour autrui existe-t-elle au Sénégal ?

Est-elle autorisée ?

Existe-t-il des conférences sur le thème de l'AMP à Dakar ou au Sénégal ? En Afrique ?

Qui les organise ?

Assistez-vous à ces conférences ?

Échangez-vous avec d'autres confrères gynécologues sénégalais sur ces pratiques ?

Échangez-vous avec d'autres confrères gynécologues d'autres pays sur ces pratiques ?

Échangez-vous avec vos collègues de l'hôpital, de la clinique sur ces pratiques ?

L'hôpital, la clinique propose-t-il/t-elle des formations autour de l'AMP pour les équipes médicales ?

Y avez-vous participé ?

4/ COUPLES INFERTILES

Quel est le pourcentage des consultations pour infertilité ?

Quels sont les causes principales de l'infertilité au Sénégal ?

Combien de couples infertiles suivez-vous actuellement ?
Quel est le pourcentage des hommes venant aux consultations ?
Suivez-vous aussi des femmes vivant seules ?
Suivez-vous des femmes et des hommes qui ne sont pas en couple ?
Si oui, de quel type de situation s'agit-il (femmes célibataires, homosexualité...) ?
Les personnes qui ne sont pas en couple viennent-elles seules ou accompagnées (amis, famille...) ?
Les couples ou les personnes que vous suivez sont-ils sénégalais ?
Si non, d'où viennent-ils ?
Quels couples ou personnes ont recours à l'AMP (ressources, âge, classe sociale, profession...) ?
Quelles techniques d'assistance médicale à la procréation sont utilisées pour ces couples ?

Connaissent-ils leur infécondité avant de venir vous voir ou est-ce vous qui leur apprenez ?
Comment se passe l'annonce de l'infécondité ?
Quelles sont en général les réactions du couple infertile ?
Comment les femmes réagissent-elles à leur infertilité ?
Comment les hommes réagissent-ils à leur infertilité ?
Comment les femmes réagissent-elles à l'infertilité de leur conjoint ?
Comment les hommes réagissent-ils à l'infertilité de leur conjointe ?

Quand ces personnes viennent vous voir, connaissent-elles l'AMP ?
Si non, comment leur parlez-vous de l'AMP ?
Une fois la décision prise de pratiquer l'AMP, comment se déroule l'organisation des rendez-vous médicaux ?
Quels spécialistes les personnes infertiles rencontrent-elles ?

Quel est en général le projet/les projets des personnes infertiles qui viennent vous voir ?
Quelle est leur demande ?
Qui a pris la décision de venir vous voir ?

5/ POLITIQUES SANITAIRES AUTOUR DE L'AMP

Que pensez-vous des hôpitaux, cliniques de Dakar ? Du Sénégal ?
Pensez-vous que le secteur de la santé soit une priorité pour les politiciens sénégalais ?
Comment se placent les hôpitaux sénégalais et les cliniques sénégalaises par rapport aux autres pays africains ?
Comment se placent les hôpitaux sénégalais et les cliniques sénégalaises par rapport aux pays occidentaux (Europe, Etats-Unis) ?

Quelles sont les politiques sanitaires autour de l'AMP ? Autour de l'infertilité ?
Que pensez-vous de ces politiques sanitaires ?
L'AMP est-elle bien connue à Dakar ?
Comment peut-on y avoir accès ?
Est-elle cachée ?
Si oui, pourquoi ?
Est-il facile d'accéder à l'AMP ?
Que pensez-vous du coût de ces pratiques ?
Existe-il une prévention de l'infertilité au Sénégal ?
Quel soutien existe-il pour les personnes infertiles ?
Existe-t-il des associations d'aide aux personnes infertiles ?

6/ L'INFERTILITÉ DANS LA SOCIÉTÉ SÉNÉGALAISE

Les religions condamnent-elles ces pratiques médicales d'assistance à la procréation ?
Quelles représentations ont les religions de l'infertilité ?
Comment la société sénégalaise perçoit-elle l'infertilité ?
Quel sort subissent les personnes infertiles, les couples infertiles ?
Existe-t-il une marginalisation des personnes infertiles ?

1/ ÉTAT CIVIL

Nom :

Sexe :

Nationalité :

2/ FORMATION PROFESSIONNELLE

Quelle formation avez-vous suivie ?

Où ? (Afrique/Europe/USA)

Pendant combien d'années ?

3/ AMP ET INFERTILITÉ

L'AMP est-elle le meilleur traitement à l'infertilité ?

Hormis l'AMP, de quels moyens disposez-vous pour traiter les problèmes d'infertilité masculine ?

Quelle évolution imaginez-vous pour le traitement de l'infertilité au Sénégal ?

L'AMP avec dons existe-t-elle à Dakar ?

Comment sont organisés les dons ?

Qui sont les donneurs ?

Où donnent-ils ?

Où sont stockés les dons ?

Sont-ils rémunérés ?

Quels sont les dons : sperme, ovocytes ?

La gestation pour autrui existe-t-elle au Sénégal ?

Est-elle autorisée ?

4/ HOMMES INFERTILES

Quel est le pourcentage des consultations pour infertilité ?

Quel est le pourcentage des infertilités primaires et secondaires dans vos consultations ?

Les hommes que vous suivez sont-ils Sénégalais ?

Si non, d'où viennent-ils ?

Pour quel type d'infertilité viennent-ils vous voir ?

Les hommes viennent-ils régulièrement vous voir ?

Quelles sont les principales causes d'infertilité masculine ?

Connaissent-ils leur infertilité avant de venir vous voir ou est-ce vous qui leur apprenez ?

Comment se passe l'annonce de l'infertilité ?

Quelles sont en général les réactions des hommes infertiles ?

Pouvez-vous dire à un homme qu'il n'aura jamais d'enfant naturellement ?

En parlent-ils à leurs femmes ?

Informez-vous les épouses ?

Les consultations pour infertilité se font-elles en couple ?

Voyez-vous les épouses ?

Quand ces hommes viennent vous voir, connaissent-ils l'AMP ?

Si non, comment leur parlez-vous de l'AMP ?

Conseillez-vous les techniques d'AMP à vos patients ? L'adoption ?

Que conseillez-vous aux hommes qui ne peuvent pas avoir d'enfant ?

5/ POLITIQUES SANITAIRES AUTOUR DE L'AMP

Quelles sont les politiques sanitaires autour de l'AMP ?

Que pensez-vous de ces politiques sanitaires ?

L'AMP est-elle bien connue à Dakar ?
Comment peut-on y avoir accès ?
Est-il facile d'accéder à l'AMP ?
Que pensez-vous du coût de ces pratiques ?
Existe-t-il une prévention de l'infertilité au Sénégal ?
Quel soutien existe-il pour les personnes infertiles ?

6/ L'INFERTILITÉ DANS LA SOCIÉTÉ SÉNÉGALAISE

Les religions condamnent-elles ces pratiques médicales d'assistance à la procréation ?
Quelles représentations ont les religions de l'infertilité ?

Comment la société sénégalaise perçoit-elle l'infertilité ?
Quel sort subissent les personnes infertiles, les couples infertiles ?
Existe-t-il une marginalisation des personnes infertiles ?
Y'a-t-il une évolution possible des représentations en matière d'infertilité ?
Les médecins ont-ils un rôle à jouer là-dedans ?

BIOLOGISTES DE LA REPRODUCTION

1/ ÉTAT CIVIL

Nom :
Sexe :
Nationalité :

2/ FORMATION PROFESSIONNELLE

Quelle formation avez-vous suivie concernant l'AMP ?
Où ? (Afrique/Europe/USA)
Pendant combien d'années ?
Quand avez-vous débuté votre activité d'AMP ?

3/ AMP

Combien de biologistes pratiquent les techniques d'AMP à Dakar ?
Pratiquez-vous les techniques d'assistance médicale à la procréation ?
Quelles techniques précisément ?
Pratiquez-vous les techniques d'AMP avec donneurs ?
Depuis combien d'années ?
Où avez-vous été formé à ces pratiques ?
Travaillez-vous avec les cliniques ?

Depuis combien de temps ces techniques existent-elles à Dakar ?
Existent-elles dans d'autres villes au Sénégal ?
Cette activité va-t-elle encore se développer ?
Savez-vous combien de gynécologues pratiquent l'AMP à Dakar, au Sénégal ?
Quels sont les résultats : réussites, échecs ?
Y'a-t-il des techniques qui fonctionnent mieux que d'autres à Dakar ou qui sont plus pratiquées ?
Quel est votre rapport avec les gynécologues ?

L'AMP avec dons existe-elle au Sénégal ?
Quel est votre point de vue sur l'AMP avec dons au Sénégal ?
Comment sont organisés les dons ?
Qui sont les donneurs ?
Où donnent-ils ?
Où sont stockés les dons ?

Sont-ils rémunérés ?
Quels sont les dons : sperme, ovocytes ?
La gestation pour autrui existe-t-elle au Sénégal ?
Est-elle autorisée ?

Existe-t-il des conférences sur le thème de l'AMP à Dakar ou au Sénégal ? En Afrique ?
Qui les organise ?
Assistez-vous à ces conférences ?
Travaillez-vous en connexion avec d'autres pays (en Afrique, en Europe) ?

4/ COUPLES INFERTILES

Les couples ou les personnes que vous suivez sont-ils Sénégalais ?
Si non, d'où viennent-ils ?
Quels couples ou personnes ont recours à l'AMP (ressources, âge, classe sociale, profession...) ?
Quel est votre rapport avec les couples qui viennent vous voir ?
Comment se passe l'entretien avec les couples infertiles ?
Quelles sont vos questions/exigences ?
Y'a-t-il des divergences de position entre vous et les gynécologues sur les techniques d'AMP appropriées pour un couple ?
Quand ces personnes viennent vous voir, connaissent-elles l'AMP ?
Si non, comment leur parlez-vous de l'AMP ?
Une fois la décision prise de pratiquer l'AMP, comment se déroule l'organisation des rendez-vous médicaux ?
Lors de la ponction d'ovocytes, combien en ponctionnez-vous ?
Comment se fait le choix des ovocytes pour la FIV ?
Combien d'embryons sont transplantés dans l'utérus des femmes ?
En fonction de quels critères ?
Que faites-vous des embryons surnuméraires ?

5/ POLITIQUES SANITAIRES AUTOUR DE L'AMP

Quelles sont les politiques sanitaires autour de l'AMP ?
Que pensez-vous de ces politiques sanitaires ?
L'AMP est-elle bien connue à Dakar ?
Comment peut-on y avoir accès ?
Est-il facile d'accéder à l'AMP ?
Que pensez-vous du coût de ces pratiques ?
Existe-il une prévention de l'infertilité au Sénégal ?
Quel soutien existe-il pour les personnes infertiles ?

6/ L'INFERTILITÉ DANS LA SOCIÉTÉ SÉNÉGALAISE

Les religions condamnent-elles ces pratiques médicales d'assistance à la procréation ?
Quelles représentations ont les religions de l'infertilité ?
Comment la société sénégalaise perçoit-elle l'infertilité ?
Quel sort subissent les personnes infertiles, les couples infertiles ?
Existe-t-il une marginalisation des personnes infertiles ?

POLITIQUES SANITAIRES AUTOUR DE L'AMP

1/ ETAT CIVIL

Nom :
Sexe :
Profession :
Nationalité :

2/ AUTOUR DES PERSONNES INFERTILES

Existe-t-il des associations d'aide aux personnes infertiles ?
Existe-t-il une prévention de l'infertilité ?
Quelles sont les politiques sanitaires concernant l'infertilité ?
Y'a-t-il une prise en charge des personnes infertiles ?

Quel est le niveau de spécialisation des structures médicales du Sénégal concernant l'infertilité ?
Quelles sont les pratiques exercées par les hôpitaux sénégalais, les cliniques sénégalaises ?
Quels sont les soins proposés aux patients et quelles sont les méthodes utilisées ?
Existe-t-il une volonté politique ou médicale de traiter les problèmes d'infertilité au Sénégal ?

3/ L'AMP

Quelles sont les structures médicales (hôpitaux, cliniques privées) qui pratiquent l'AMP au Sénégal ?
Depuis combien d'années l'AMP existe-t-elle au Sénégal ?
A quel pourcentage l'AMP est-elle pratiquée ?
Quels sont les réussites et les échecs ?
Combien de couples peuvent y avoir accès ?
Quelle est la mise en place médicale autour de l'AMP ?
Quelle est la politique sanitaire autour de l'AMP ?

Existe-t-il une volonté politique pour résoudre les problèmes de l'infertilité au Sénégal ?
Quel encadrement existe-il pour des couples infertiles ayant recours à l'AMP ?
Y'a-t-il un suivi de ces couples ?
Les méthodes d'assistance à la procréation sont-elles accessibles aux couples infertiles (le coût élevé des pratiques médicales) ?
L'AMP est-elle bien connue à Dakar ?
Comment peut-on y avoir accès ?
Que pensez-vous du coût de ces pratiques ?

Que pensez-vous des hôpitaux, cliniques de Dakar ? Du Sénégal ?
Pensez-vous que le secteur de la santé soit une priorité pour les politiciens sénégalais ?
Comment se placent les hôpitaux et cliniques sénégalais par rapport aux autres pays africains ?
Comment se placent les hôpitaux et cliniques sénégalais par rapport aux pays occidentaux (Europe, Etats-Unis) ?

4/ L'INFERTILITÉ DANS LA SOCIÉTÉ SÉNÉGALAISE

Les religions condamnent-elles ces pratiques médicales d'assistance à la procréation ?
Quelles représentations ont les religions de l'infertilité ?
Comment la société sénégalaise perçoit-elle l'infertilité ?
Quel sort subissent les personnes infertiles, les couples infertiles ?
Existe-t-il une marginalisation des personnes infertiles ?

COUPLES INFERTILES

1/ ÉTAT CIVIL

Nom :
Ages :
Nationalités :
Vie familiale (mariés, enfant) :
En couple depuis, marié depuis :
Religion :

2/ L'INFERTILITÉ AU SEIN DU COUPLE

Depuis quand voyez-vous le gynécologue Dr ?
Combien de fois l'avez-vous vu ?
Comment l'avez-vous connu ?
Qu'est-ce qui vous a amené à le consulter ?
De quelle forme d'infertilité souffrez-vous ?
Comment se sont déroulés les rendez-vous ?
Qu'a dit le gynécologue sur votre infertilité ?

Qu'est-ce que cela a changé dans vos rapports de couple ?
Pendant combien de temps avez-vous essayé d'avoir un enfant de façon naturelle ?
Vous êtes-vous soutenus face à cette difficulté ou vous êtes-vous souvent disputé ?
Est-ce que cette annonce a renforcé vos liens ou bien les a-t-elle cassés ?

3/ LES RENDEZ-VOUS AVEC LES SPÉCIALISTES

Qu'est-ce qui vous a décidé à aller consulter un spécialiste ?
Qui êtes-vous allé voir ?
Dans quel hôpital/quelle clinique ?
Le connaissiez-vous ou avez-vous été conseillé par quelqu'un ?

De quoi le spécialiste vous a-t-il parlé pendant l'entretien ?
Qu'est-ce qui s'est décidé à la suite de ce premier rendez-vous ?
Combien de rendez-vous avez-vous eu par la suite ?
Pouvez-vous me décrire ces rendez-vous ?
Avez-vous été suivi par le même gynécologue ou par plusieurs ?
Quels examens avez-vous fait ?
Pouvez-vous me les décrire ?
Quels spécialistes avez-vous vu ?
Vous-êtes-vous senti à l'aise avec le gynécologue ?
Vous-êtes-vous senti à l'aise avec l'équipe médicale ?
Quels ont été vos rapports avec le gynécologue et avec l'équipe médicale ?
Vous-êtes-vous senti écouté ? Compris ? Aidé ?

Vous a-t-on proposé de rencontrer un psychologue ?
Avez-vous vu un psychologue ?
Si oui, qu'avez-vous pensé des séances avec lui ?
Vous ont-elles aidé ?
Combien de séances avez-vous fait ?
Si non, est-ce un choix de votre part ?
Pourquoi ?
Ou est-ce qu'il n'y avait pas de psychologue pour vous suivre ?
Vous-êtes-vous senti aidé sur le plan psychologique ?

Avez-vous vu des guérisseurs, des marabouts pour traiter votre infertilité ?
Quels traitements vous ont-ils donné ?

4/ AMP

Qui vous a parlé de l'assistance médicale à la procréation ?
Connaissiez-vous ces pratiques médicales ?
Si oui, où en aviez-vous entendu parler ?
Qu'en avez-vous pensé la première fois qu'on vous en a parlé ?

Avez-vous choisi de pratiquer l'AMP ?
De quelle technique médicale d'assistance médicale à la procréation avez-vous bénéficiée ?
Qu'est-ce qui vous a décidé à avoir recours à l'AMP ?
Sinon, qu'est-ce qui vous a amené à refuser l'AMP ?
Avez-vous bénéficié de don de gamètes ou eu recours à une mère porteuse dans votre AMP ?
Comment vous êtes-vous senti face à ce don ?
Était-ce un don anonyme ?
Avez-vous parlé de ce don à votre enfant ou allez-vous lui en parler ?
Si non, pourquoi ?

Qui vous a suivi ?
Dans quel hôpital/quelle clinique avez-vous bénéficié de l'AMP ?
Quels ont été les résultats ?
Combien de tentatives avez-vous fait pour concevoir un enfant ?

5/ BILAN

Quelles démarches avez-vous entrepris pour avoir un enfant ?
Où en êtes-vous à l'heure actuelle de vos démarches ?
Qu'est-ce qui a marché ?
Qu'est-ce qui a échoué ?

Avez-vous réussi grâce aux techniques médicales d'assistance à la procréation à concevoir un enfant ?
Si oui, qu'est-ce que cela a changé dans votre vie ?
Avez-vous répondu à tous vos espoirs ?

Comment avez-vous vécu vos démarches pour avoir un enfant ?
Avec le recul, que pensez-vous de l'AMP ?
Le conseillerez-vous à d'autres couples infertiles ?
Revivriez-vous cette expérience une deuxième fois ?
Si vous voulez un autre enfant, allez-vous avoir de nouveau recours à l'AMP ?
Pensez-vous vous y prendre différemment pour la prochaine fois ?

6/ ENTOURAGE

Comment parlez-vous ou avez-vous parlé de votre infertilité ?
En avez-vous parlé à votre entourage (famille, amis, collègues de travail, voisins...) ?
Quelles ont été leurs réactions ?
Qui a bien réagi ?
Qui a mal réagi ?
Comment ont réagi les parents de chaque membre du couple ?

Pouvez-vous leur parler des démarches que vous entreprenez pour avoir un enfant (AMP) ?
Quel regard porte votre entourage sur les techniques médicales d'assistance à la procréation ?
Qu'est-ce que l'AMP provoque comme difficultés entre vous et votre entourage ?
Êtes-vous ou avez-vous été soutenu par votre entourage ?
Ont-ils compris vos démarches ?

Comment se comportent-ils avec votre enfant ?
Vous perçoivent-ils comme une famille comme les autres, ou vous font-ils sentir votre différence ?

Faites-vous partis d'une association en lien avec votre infertilité ?
Connaissez-vous d'autres couples infertiles/personne infertiles ?
Si oui, parlez-vous avec elles de votre infertilité ? De vos démarches d'AMP ?
Si non, pourquoi ?
Le souhaiteriez-vous ?

7/ L'INFERTILITÉ DANS LA SOCIÉTÉ SÉNÉGALAISE

Les religions condamnent-elles ces pratiques médicales d'assistance à la procréation ?
Quelles représentations ont les religions de l'infertilité ?
Comment la société sénégalaise perçoit-elle l'infertilité ?
Quel sort subissent les personnes infertiles, les couples infertiles ?
Existe-t-il une marginalisation des personnes infertiles ?
Connaissez-vous les représentations sociales de la stérilité ?
Que pensez-vous de ces représentations ?
Les avez-vous ressentis à votre égard ?

FEMMES INFERTILES

1/ ÉTAT CIVIL

Nom :
Age :
Nationalité :
Profession :
Age du mari :
Profession du mari :
Mariés depuis :
Religion :

2/ L'INFERTILITÉ

Depuis quand voyez-vous le gynécologue Dr ?
Combien de fois l'avez-vous vu ?
Comment l'avez-vous connu ?
Qu'est-ce qui vous a amené à le consulter ?
De quelle forme d'infertilité souffrez-vous ?
Comment se sont déroulés les rendez-vous ?
Qu'a dit le gynécologue sur votre infertilité ?
Qu'est-ce que cela a changé dans vos rapports de couple ?

Votre infertilité est-elle liée à un évènement (avortement, MST..) ?
Comment vous expliquez-vous votre infertilité ?

3/ LES RENDEZ-VOUS AVEC LES SPÉCIALISTES

Qu'est-ce qui vous a décidé à aller consulter un spécialiste ?
Qui êtes-vous allé voir ?
Le connaissiez-vous ou avez-vous été conseillé par quelqu'un ?

Avez-vous été suivi par le même gynécologue ou par plusieurs ?
Quels examens avez-vous fait ?
Quels examens a fait votre mari ?
Quels spécialistes avez-vous vu ?

Vous-êtes vous senti à l'aise avec le gynécologue ?
Vous-êtes vous senti à l'aise avec l'équipe médicale ?
Quels ont été vos rapports avec le gynécologue et avec l'équipe médicale ?
Vous-êtes vous senti écouté ? Compris ? Aidé ?

Vous a-t-on proposé de rencontrer un psychologue ?
Avez-vous vu un psychologue ?
Si oui, qu'avez-vous pensé des séances avec lui ?
Vous ont-elles aidé ?
Combien de séances avez-vous fait ?
Si non, est-ce un choix de votre part ?
Pourquoi ?
Ou est-ce qu'il n'y avait pas de psychologue pour vous suivre ?
Vous-êtes vous senti aidé sur le plan psychologique ?

Avez-vous vu des guérisseurs, des marabouts pour traiter votre infertilité ?
Quels traitements vous ont-ils donné ?

4/ AMP

Qui vous a parlé de l'assistance médicale à la procréation ?
Connaissiez-vous ces pratiques médicales ?
Si oui, où en aviez-vous entendu parler ?
Qu'en avez-vous pensé la première fois qu'on vous en a parlé ?

Avez-vous choisi de pratiquer l'AMP ?
De quelle technique médicale d'assistance médicale à la procréation avez-vous bénéficiée ?
Pour la FIV, où avez-vous fait la ponction et le transfert des embryons ?
Qu'est-ce qui vous a décidé à avoir recours à l'AMP ?
Sinon, qu'est-ce qui vous a amené à refuser l'AMP ?
Avez-vous bénéficié de don de gamètes ou eu recours à une mère porteuse dans votre AMP ?
Comment vous êtes vous senti face à ce don ?
Était-ce un don anonyme ?
Avez-vous parlé de ce don à votre enfant ou allez-vous lui en parler ?
Si non, pourquoi ?

Qui vous a suivi ?
Dans quel hôpital/quelle clinique avez-vous bénéficié de l'AMP ?
Quels ont été les résultats ?
Combien de tentatives avez-vous fait pour concevoir un enfant ?

5/ BILAN

Quelles démarches avez-vous entrepris pour avoir un enfant ?
Où en êtes-vous à l'heure actuelle de vos démarches ?
Qu'est-ce qui a marché ?
Qu'est-ce qui a échoué ?

Avez-vous réussi grâce aux techniques médicales d'assistance à la procréation à concevoir un enfant ?
Si oui, qu'est-ce que ça a changé dans votre vie ?
Avez-vous répondu à tous vos espoirs ?
Comment avez-vous vécu vos démarches pour avoir un enfant ?

Avec le recul, que pensez-vous de l'AMP ?
Le conseillerez-vous à d'autres femmes infertiles ?
Revivriez-vous cette expérience une deuxième fois ?

Si vous voulez un autre enfant, allez-vous avoir de nouveau recours à l'AMP ?
Pensez-vous vous y prendre différemment pour la prochaine fois ?

6/ ENTOURAGE

Avez-vous réussi à parler de votre infertilité et comment en avez-vous parlé ?
Comment parlez-vous de votre infertilité ?
En avez-vous parlé à votre entourage (famille, amis, collègues de travail, voisins...) ?
Comment vos proches ont réagi à cette annonce ?
Quelles ont été leurs réactions ?
Qui a bien réagi ?
Qui a mal réagi ?
Comment ont réagi vos parents ?

Pouvez-vous leur parler des démarches que vous entreprenez pour avoir un enfant (AMP) ?
Quel regard porte votre entourage sur les techniques médicales d'assistance à la procréation ?
Qu'est-ce que l'AMP provoque comme difficultés entre vous et votre entourage ?
Êtes-vous ou avez-vous été soutenu par votre entourage ?
Ont-ils compris vos démarches ?
Comment se comportent-ils avec votre enfant ?
Vous voient-ils comme une famille comme les autres, ou vous font-ils sentir votre différence ?

Faites-vous partis d'une association en lien avec votre infertilité ?
Connaissez-vous d'autres couples infertiles/personne infertiles ?
Si oui, parlez-vous avec elles de votre infertilité ? De vos démarches d'AMP ?
Si non, pourquoi ?
Le souhaiteriez-vous ?

7/ LES FEMMES INFERTILES AU SÉNÉGAL

Que représente le fait d'être mère dans la société sénégalaise ?
Comment est perçu le fait de ne pas avoir d'enfant dans la société sénégalaise ?
Quel est le statut des femmes infertiles au Sénégal ?
Comment sont-elles perçues dans la société sénégalaise ?
Sont-elles stigmatisées, marginalisées ?
Comment la société sénégalaise perçoit-elle l'infertilité ?
Comment vit un couple infertile au Sénégal ?
Les avancées médicales d'assistance à la procréation sont-elles un espoir d'émancipation pour les femmes infertiles ?
Que pensez-vous des croyances populaires sur l'infertilité ?
Que pensez-vous du discours médical sur l'infertilité ?
Le discours médical vous a-t-il convaincu ?
Le discours médical vous a-t-il aidé à accepter votre infertilité ?

Les religions condamnent-elles ces pratiques médicales d'assistance à la procréation ?
Quelles représentations ont les religions de l'infertilité ?

8/ INFERTILITE MASCULINE

Est-ce la société sénégalaise reconnaît l'infertilité masculine ?
Pensez-vous que le discours médical et l'AMP a fait évoluer le regard des hommes infertiles sur leur propre infertilité ?
Pensez-vous que cela a fait évoluer le regard de la société sénégalaise sur l'infertilité masculine ?
Est-ce que le fait de parler d'infertilité masculine a fait évoluer les rapports au sein des couples infertiles ?

HOMMES INFERTILES

1/ ÉTAT CIVIL

Nom :
Age :
Nationalité :
Profession :
Age de l'épouse :
Profession de l'épouse :
Mariés depuis :
Religion :

2/ INFERTILITÉ

Depuis quand voyez-vous le gynécologue Dr ?
Combien de fois l'avez-vous vu ?
Comment l'avez-vous connu ?
Qu'est-ce qui vous a amené à le consulter ?
De quelle forme d'infertilité souffrez-vous ?
Comment se sont déroulés les rendez-vous ?
Qu'a dit l'urologue sur votre infertilité ?
Qu'est-ce que cela a changé dans vos rapports de couple ?

3/ LES RENDEZ-VOUS AVEC LES SPÉCIALISTES

Qu'est-ce qui vous a décidé à aller consulter un spécialiste ?
Qui êtes-vous allé voir ?
Le connaissiez-vous ou avez-vous été conseillé par quelqu'un ?
Combien de rendez-vous avez-vous eu par la suite ?
Est-ce que votre femme a elle aussi eu des rendez-vous ?
Pouvez-vous me décrire ces rendez-vous ?

Avez-vous été suivi par le même spécialiste ou par plusieurs ?
Quels examens avez-vous fait ?
Quels examens a fait votre femme ?
Pouvez-vous me les décrire ?
Quels spécialistes avez-vous vu ?
Vous-êtes vous senti à l'aise avec l'équipe médicale ?
Quels ont été vos rapports avec l'équipe médicale ?
Vous-êtes vous senti écouté ? Compris ? Aidé ?

Vous a-t-on proposé de rencontrer un psychologue ?
Avez-vous vu un psychologue ?
Si oui, qu'avez-vous pensé des séances avec lui ?
Vous ont-elles aidé ?
Combien de séances avez-vous fait ?
Si non, est-ce un choix de votre part ?
Pourquoi ?
Ou est-ce qu'il n'y avait pas de psychologue pour vous suivre ?
Vous-êtes vous senti aidé sur le plan psychologique ?

Avez-vous vu des guérisseurs, des marabouts pour traiter votre infertilité ?
Quels traitements vous ont-ils donné ?

4/ AMP

Qui vous a parlé de l'assistance médicale à la procréation ?
Connaissiez-vous ces pratiques médicales ?
Si oui, où en aviez-vous entendu parler ?
Qu'en avez-vous pensé la première fois qu'on vous en a parlé ?

Avez-vous choisi de pratiquer l'AMP ?
De quelle technique médicale d'assistance médicale à la procréation avez-vous bénéficiée ?
Qu'est-ce qui vous a décidé à avoir recours à l'AMP ?
Sinon, qu'est-ce qui vous a amené à refuser l'AMP ?
Avez-vous bénéficié de don de gamètes ou eu recours à une mère porteuse dans votre AMP ?
Comment vous êtes-vous senti face à ce don ?
Était-ce un don anonyme ?
Avez-vous parlé de ce don à votre enfant ou allez-vous lui en parler ?
Si non, pourquoi ?

Qui vous a suivi ?
Dans quel hôpital/ quelle clinique avez-vous bénéficié de l'AMP ?
Quels ont été les résultats ?
Combien de tentatives avez-vous fait pour concevoir un enfant ?

5/ BILAN

Quelles démarches avez-vous entreprises pour avoir un enfant ?
Où en êtes-vous à l'heure actuelle de vos démarches ?
Qu'est-ce qui a marché ?
Qu'est-ce qui a échoué ?

Avez-vous réussi grâce aux techniques médicales d'assistance à la procréation à concevoir un enfant ?
Si oui, qu'est-ce que cela a changé dans votre vie ?
Avez-vous répondu à tous vos espoirs ?
Comment avez-vous vécu vos démarches pour avoir un enfant ?
Avec le recul, que pensez-vous de l'AMP ?
Le conseillerez-vous à d'autres hommes infertiles ?
Revivriez-vous cette expérience une deuxième fois ?
Si vous voulez un autre enfant, allez-vous avoir de nouveau recours à l'AMP ?
Pensez-vous vous y prendre différemment pour la prochaine fois ?

6/ ENTOURAGE

Avez-vous réussi à parler de votre infertilité et comment en avez-vous parlé ?
En avez-vous parlé à votre entourage (famille, amis, collègues de travail, voisins...) ?
Comment vos proches ont réagi à cette annonce ?
Quelles ont été leurs réactions ?
Qui a bien réagi ?
Qui a mal réagi ?
Comment ont réagi vos parents ?

Pouvez-vous leur parler des démarches que vous entreprenez pour avoir un enfant (AMP) ?
Quel regard porte votre entourage sur les techniques médicales d'assistance à la procréation ?
Qu'est-ce que l'AMP provoque comme difficultés entre vous et votre entourage ?
Êtes-vous ou avez-vous été soutenu par votre entourage ?
Ont-ils compris vos démarches ?
Comment se comportent-ils avec votre enfant ?
Vous perçoivent-ils comme une famille comme les autres, ou vous font-ils sentir votre différence ?

Faites-vous partis d'une association en lien avec votre infertilité ?
Connaissez-vous d'autres couples infertiles/personne infertiles ?
Si oui, parlez-vous avec elles de votre infertilité ? De vos démarches d'AMP ?
Si non, pourquoi ?
Le souhaiteriez-vous ?

7/ LES HOMMES INFERTILES AU SÉNÉGAL

Que représente le fait d'être père dans la société sénégalaise ?
Comment est perçu le fait de ne pas avoir d'enfant dans la société sénégalaise ?
Quel est le statut des hommes infertiles au Sénégal ?
Comment sont-ils perçus dans la société sénégalaise ?
Sont-ils stigmatisés, marginalisés ?
Comment la société sénégalaise perçoit-elle l'infertilité ?
Comment vit un couple infertile au Sénégal ?
Comment le couple surmonte-t-il ce problème d'infertilité ?
Les avancées médicales d'assistance à la procréation sont-elles un espoir d'émancipation pour les hommes infertiles ?
Que pensez-vous des croyances populaires sur l'infertilité ?
Que pensez-vous du discours médical sur l'infertilité ?
Le discours médical vous a-t-il convaincu ?
Le discours médical vous a-t-il aidé à accepter votre infertilité ?
Les religions condamnent-elles ces pratiques médicales d'assistance à la procréation ?
Quelles représentations ont les religions de l'infertilité ?

8/ INFERTILITÉ MASCULINE

Est-ce la société sénégalaise reconnaît l'infertilité masculine ?
Pensez-vous que le discours médical et l'AMP ont fait évoluer le regard des hommes infertiles sur leur propre infertilité ?
Pensez-vous que cela a fait évoluer le regard de la société sénégalaise sur l'infertilité masculine ?
Est-ce que le fait de parler d'infertilité masculine a fait évoluer les rapports au sein des couples infertiles ?

ENTOURAGE COUPLES

1/ ÉTAT CIVIL

Nom :
Sexe :
Age :
Vie familiale :
Lien de parenté ou d'amitié avec le couple infertiles :

2/ L'ANNONCE DE L'INFERTILITÉ

Comment avez-vous appris l'infertilité de Mme, de Mr ou du couple ?
Quelle a été votre réaction ?
Qu'avez-vous pensé quand ils vous ont parlé de l'AMP ?
Connaissez-vous ces techniques ?
Les avez-vous soutenus dans leur démarche ?
Si oui, pourquoi ?
Si non, pourquoi ?
Avez-vous été ouverts au dialogue ?
Comprenez-vous leurs démarches pour avoir un enfant ?

A leur place, auriez-vous eu recours à l'AMP ?

3/ L'AMP

Pensez-vous que l'assistance médicale à la procréation soit un espoir pour les couples infertiles ?
Quel est votre point de vue sur l'AMP ?

4/ SOCIÉTÉ SÉNÉGALAISE

Comment la société sénégalaise perçoit-elle l'infertilité ?

Comment se vit l'infertilité au Sénégal, que ce soit par les personnes infertiles elles-mêmes ou par leur entourage ?

Quel sort subissent les personnes infertiles ?

Sont-elles bien intégrées dans la société sénégalaise ou sont-elles marginalisées ?

Quelles sont les croyances populaires sur l'infertilité ?

Les croyances populaires gardent-elles l'avantage sur le discours scientifique ?

Les religions condamnent-elles ces pratiques médicales d'assistance à la procréation ?

Quelles représentations ont les religions de l'infertilité ?

Quel est le statut des femmes infertiles au Sénégal ?

Quel est le statut des hommes infertiles au Sénégal ?

Quel est le statut des couples infertiles au Sénégal ?

Qu'est ce que représente le fait d'être mère et d'être père dans la société sénégalaise ?

Comment est perçu le fait de ne pas avoir d'enfant ?

Au Sénégal, les normes sociales instituent le mariage et la procréation comme des règles fondamentales pour les couples. Les personnes infertiles sont de ce fait stigmatisées et subissent des pressions de la part de leurs familles et de leur entourage. D'une part, elles ont des difficultés à structurer leur identité sociale dans ce pays où la féminité est associée à la maternité et où la masculinité est associée à la paternité. D'autre part, elles sont symboliquement endettées par rapport à leurs familles car l'« enfant » constitue le contre-don de la vie qu'elles ont reçue à la naissance. Le genre et le don structurent ainsi la problématique du rejet des personnes infertiles au Sénégal. Malgré les souffrances psychologiques et sociales induites par l'infertilité, les politiques sanitaires se détournent de cette situation et occultent la pratique de l'assistance médicale à la procréation (AMP). Pourtant, l'AMP permet aux couples infertiles, lorsqu'elle aboutit à une grossesse, une sortie de la stigmatisation sociale. Dans le cas contraire, la relation peut s'orienter vers une rupture. Les technologies de reproduction réalisées dans la société sénégalaise restent très inégalitaires et délaissent toute une partie de la population qui souhaiterait bénéficier de ces techniques médicales. Les couples moins aisés se dirigent vers la médecine traditionnelle ou poursuivent leurs consultations dans le secteur public. L'AMP au Sénégal propose une solution à l'infertilité, mais les couples qui y recourent, le font dans le plus grand secret de peur de bouleverser les normes reproductives et de filiation.

Mots-clés : Infertilité, Assistance médicale à la procréation, Nouvelles technologies de reproduction, Genre, Don, Sénégal, Dakar.