

SOUS LA DIRECTION DE
Betty Rouland & Irene Maffi

Voyager pour procréer au Maghreb

Expériences au sein d'une nouvelle industrie médicale



Varia | **Compte rendu de lecture** *Voyager pour procréer au Maghreb*

sous la direction de **Betty Rouland** et **Irene Maffi**
(2024, Paris-Tunis, IRMC-Karthala)

Doris Bonnet

Anthropologue émérite, IRD/CEPED, Université Paris Cité (France)

L'ouvrage intitulé *Voyager pour procréer au Maghreb. Expériences au sein d'une nouvelle industrie médicale*, rédigé sous la direction de Betty Rouland (géographe) et Irene Maffi (anthropologue), porte sur la mobilité transnationale des couples maghrébins confrontés à une infertilité. Il comporte dix chapitres précédés d'une préface de l'anthropologue Véronique Duchesne.

Cet ouvrage est, à l'origine, le produit d'un projet de recherche intitulé « Soins transfrontaliers en santé reproductive au Maghreb ». Hébergé à l'Institut de recherche sur le Maghreb contemporain (IRMC, CNRS, Tunis), il a regroupé, entre 2018 et 2020, un ensemble de chercheurs et de professionnels de la santé sur la question de l'assistance médicale à la procréation (AMP) au Maghreb. Au terme du projet, d'autres chercheurs se sont ajoutés à la rédaction de cet ouvrage, notamment pour présenter une synthèse des travaux de la sous-région et exposer la place des industries pharmaceutiques dans le contexte de cette innovation médicale.

Un projet précédent avait fait valoir la fréquence du recours à l'AMP de patientes maghrébines vers la Tunisie, compte tenu notamment d'accords de libre circulation depuis 1989. Cette observation a conduit les chercheuses à organiser un nouveau projet sur les raisons de cette attractivité. Mais l'origine des patientèles s'est avérée plus large que supposée. Outre le Maghreb, des couples étaient en provenance d'Afrique de l'Ouest et centrale, ou encore de la diaspora installée en Europe ou des pays du Golfe. Une recherche menée par une autre équipe de chercheurs en Afrique subsaharienne dans les années 2011-2012 avait relevé des déclarations de patients

subsahariens se déplaçant vers le Maghreb (Bonnet, Duchesne, 2016 ; voir ill. 1 infra). Ainsi, ces divers travaux permettent d'observer des circulations d'accès à l'AMP largement mondialisées.

Comme le rappelle Véronique Duchesne dans une préface synthétique de l'ouvrage, le « continent africain [...] a été trop longtemps ignoré comme s'il ne participait pas au paysage mondialisé de la reproduction ». Pourtant, l'AMP s'est développée au Maghreb depuis la fin des années 1980, et en Afrique subsaharienne dans les années 1990 (Cameroun, première fécondation *in vitro* – FIV – en 1998). Au Maghreb, le premier bébé tunisien conçu par FIV naît en 1988 ; au Maroc, en mars 1991. En Algérie, le premier bébé conçu par insémination artificielle voit le jour le 14 juillet 2004 à Oran. À l'exception d'articles parus entre les années 2000 et 2010 sur d'autres pays du continent, il aura fallu attendre 2024 pour que des chercheurs majoritairement de sciences sociales nous proposent l'histoire de cette innovation médicale au Maghreb. Cet ouvrage était donc très attendu pour compléter la connaissance de ces « espaces reproductifs transnationaux », appelés « paysages reproductifs » (*reproscape*) par Marcia Inhorn, dont les travaux pionniers en Égypte ont été publiés au début des années 2000, période que les autrices appellent « le tournant mobilitaire » (p. 18).

La connaissance de cette mondialisation fait l'objet d'une synthèse des travaux réalisés dans d'autres régions d'Afrique, plus particulièrement anglophones (Afrique du Sud, Ghana, Botswana), lusophones (Angola, Ouganda, Mozambique), ou dans d'autres régions du monde (Inde, Thaïlande). Les autrices ana-

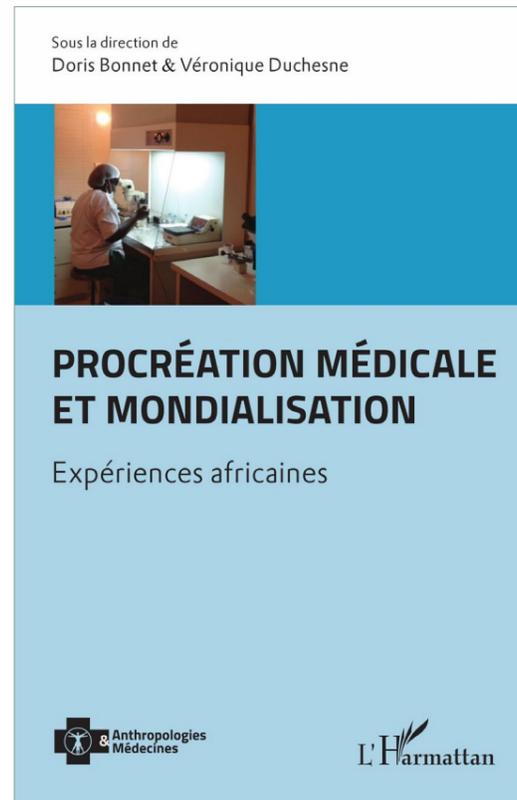


Illustration 1. Couverture de l'ouvrage *Procréation médicale et mondialisation. Expériences africaines*, collectif dirigé par Doris Bonnet et Véronique Duchesne, paru en 2016 aux éditions L'Harmattan (Paris). Il explore l'infertilité et l'AMP en Afrique, jusqu'alors peu étudiées, et analyse les circulations transnationales des couples, professionnels, technologies et savoirs reproductifs (*reproscapes*). La publication est disponible en *open access* sur le site de la documentation de l'IRD. © L'Harmattan

lysent les connexions et les circulations entre prestataires d'AMP et font valoir des réseaux qui, pour certains, se sont développés en fonction des liens coloniaux et postcoloniaux entre des pays du Sud et du Nord mais aussi selon des flux sud-sud (Afrique-Inde ou Afrique-Philippines et même Angola-Brésil). Ainsi, les opportunités de destination corroborent un ensemble de relations internationales. Elles s'associent aussi à une proximité linguistique, à un accès aux visas et à des réseaux familiaux ou amicaux. Émerge de cette synthèse une intéressante géopolitique de l'AMP dans le cadre d'échanges de savoir-faire entre professionnels spécialisés.

En Tunisie, le contexte de l'AMP repose sur des cliniques privées. Les chercheurs de l'équipe révèlent que « les dynamiques entrepreneur-

riales des cliniques privées n'ont pas constitué un obstacle en soi ». Une fois expliqués les objectifs de l'enquête, les professionnels espèrent que les résultats de l'étude vont leur permettre d'améliorer la prise en charge de leurs patients (p. 81). Nombre d'entre eux sont du reste favorables à une participation à des programmes de recherche internationaux, rendant visibles l'existence de leurs cliniques et leurs expériences sur la FIV. Dans ces cliniques, les consultations ne s'adressent qu'à des couples hétérosexuels et obligatoirement mariés. De fait, l'AMP n'est pas octroyée aux femmes seules et les FIV sont réalisées par insémination des gamètes des conjoints (absence de dons de sperme et d'ovocytes).

Les chercheurs ont exploré la situation de l'AMP dans les pays voisins. Au Maroc, en 2019, l'AMP est devenue une « cause nationale » aboutissant à sa reconnaissance en tant que maladie à traiter, mais uniquement au sein de couples mariés (avec interdiction des dons de gamètes), et dans un contexte national de baisse de la fécondité. À cette date, l'infertilité est au Maroc un problème de santé publique.

En Algérie, l'AMP ne s'inscrit pas dans un débat national sur la fécondité. Développée dans le secteur privé et public, elle pointe les souffrances personnelles et sociales de couples stériles stigmatisés après plusieurs années d'un mariage infécond. Mais cette innovation s'insère dans un modèle social normatif où l'engendrement est une injonction patriarcale (avec la référence à une nécessaire filiation juridique en ligne paternelle). De plus, dans ce pays, comme dans d'autres aires culturelles du continent, l'infécondité masculine reste de l'ordre de l'indicible car elle est associée à une impuissance sexuelle. Et si l'homme ne peut être infertile, la femme devient alors la seule responsable de l'infécondité du couple. De fait, la « gestion » de l'infertilité est assurée essentiellement par les femmes, situation commune à l'ensemble des pays du Maghreb et de l'Afrique subsaharienne. Pourtant, au cours des examens biologiques réalisés par les professionnels de santé d'une clinique d'enquête en Tunisie, sur 38 hommes testés, 24 étaient infertiles. Dans ces sociétés, les femmes doivent donc prouver leur fécondité et les hommes leur puissance masculine. Par ailleurs, « conçu » en laboratoire, l'enfant suscite quelquefois des doutes

sur sa filiation, alors que la filiation paternelle de l'enfant est déterminante pour son avenir. En Algérie, malgré la progression de l'AMP, certains couples se tournent vers la Tunisie pour la bonne réputation de leurs cliniques et pour s'éloigner du regard de l'entourage. D'autres se rendent en Europe, en particulier en Espagne, lorsqu'ils veulent recourir à un don de gamètes après plusieurs échecs de FIV dans leur pays. Au final, la société algérienne, malgré un bon développement de cette innovation médicale, n'a pas véritablement engagé un débat national sur le sujet.

Dans ces pays du Sud, depuis une quinzaine d'années, le développement de l'industrie pharmaceutique a accéléré la circulation des produits et des techniques d'AMP. Au Maghreb, l'on compte trois entreprises pharmaceutiques d'origine étrangère. Elles fabriquent et distribuent l'ensemble des traitements prescrits par les médecins. Par exemple, la division « fertilité » de l'entreprise Merck à Tunis couvre une trentaine de pays sur le continent africain. Avant 2018, Merck-Tunis regroupait tous les pays situés au-dessus de l'Équateur, les autres étant sous l'égide de l'Afrique du Sud (p. 159). On constate également des interférences stratégiques entre l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique du Nord, les laboratoires misant sur la circulation des populations d'Afrique subsaharienne vers le Maghreb, dans un contexte où les couples peinent à obtenir des visas vers l'Europe, construisant ainsi une division du continent, notamment par zones linguistiques. Ces laboratoires engagent également des procédures « qualité » avec des expertises de professionnels qui viennent de l'étranger afin d'assurer la formation des biologistes, techniciens et techniciennes de laboratoire exerçant dans les cliniques d'AMP (p. 162). Ces formations sont quelquefois assurées par des professionnels de différents pays, ce qui favorise la rencontre de praticiens du monde entier. Les entreprises pharmaceutiques ont également des objectifs de formation des journalistes de la région, dans le but d'inciter les femmes à consulter des médecins spécialistes des troubles de la fertilité (avec des effets positifs sur les diagnostics de cancer du sein). Au final, ces entreprises jouent un rôle scientifique, médiatique et géopolitique très important dans « le paysage de la reproduction nord-africaine » (p. 168).

1. « Qu'est-ce qu'un Hub ? », *Medispring* (consulté le 4 décembre 2024).

En Tunisie, le fort développement des centres de fertilité depuis les années 2010-2020 (en 2019, douze cliniques) a été principalement impulsé par les médecins gynécologues-obstétriciens, souvent à l'origine de l'émergence de ces cliniques. Après des études de médecine en Tunisie, la plupart d'entre eux ont été formés aux techniques d'AMP en France ou plus rarement dans d'autres pays européens. La formation se faisait au cours de stages des médecins tunisiens en France ou de missions de médecins français en Tunisie (modèle de formation que l'on observe dans nombre de pays d'Afrique subsaharienne).

Notons qu'avant les années 1970, les médecins exerçant en Tunisie étaient des ressortissants de l'Est européen et soviétique. Il faudra attendre le retour des Tunisiens formés en France et les premières promotions du système universitaire pour que les médecins du pays occupent les services de soins hospitaliers, et à partir des années 1980 montent des cliniques privées en collaboration avec des biologistes. Face au développement du secteur de l'AMP, la Tunisie a mis en place une réglementation sur la médecine de la reproduction en 2001 (l'Algérie et le Maroc en 2018). Seuls les couples mariés (non polygames) sont autorisés à recourir à l'AMP. Le don de gamètes et d'embryons n'est pas autorisé, mais face à certaines demandes, les médecins orientent leurs patients vers l'Espagne. Malgré cette réglementation stricte, les médecins reçoivent des patients de bien d'autres pays du continent : Burkina Faso, Mali, Gabon, Cameroun, Mauritanie, Algérie, Niger, Sénégal, Bénin, Guinée, etc.

La multiplicité des centres de fertilité a permis des délais d'attente moins longs que dans les autres centres du continent. Les patientes font valoir une plus grande satisfaction de leur prise en charge par rapport à des expériences européennes (meilleure communication avec les professionnels de santé). Depuis 2011, la Tunisie est ainsi devenue un « hub médical »¹ (réseau de santé), accueillant même une agence d'assistance médicale et d'évacuation sanitaire créée en 2007, avec un marché tourné vers l'Afrique de l'Ouest et centrale pour la prise en charge de diverses pathologies (oncologie, chirurgie orthopédique) (p. 199).

Dans ce contexte, l'on observe un retour de la diaspora tunisienne résidant en Europe (et en particulier en France) vers son pays d'origine à l'occasion d'un recours à l'AMP. Mais ces patients ne rentrent pas uniquement pour la bonne réputation médicale des centres de fertilité (voir ill. 2) ou leurs coûts attractifs, ou encore pour une plus grande flexibilité sur l'âge limite (45 ans en Tunisie contre 42 ans en France). La dimension « affective » – le fait d'être entouré des siens, avec des soins adaptés et aux mêmes référents linguistiques, religieux et alimentaires – est déterminante. Notons, dans ces allers et retours entre l'étranger et la Tunisie, le rôle des conjoints, notamment l'accompagnement affectif et la participation aux frais généraux.

Ces mobilités « de retour » ont suscité des débats sur les termes à utiliser pour décrire ces processus. L'expression « tourisme médical » a soulevé quelques critiques car le tourisme est associé à des loisirs et ne rend pas compte des parcours complexes des mobilités reproductives (p. 229). Ici, est retenu le terme de « *medical home* », d'après le concept anglo-saxon de « *home* » (« chez soi »). La notion rend compte d'un espace transnational mais avec des soins adaptés aux besoins spécifiques des patients et patientes en migration.

L'ouvrage se termine par l'interview du directeur stratégique d'une clinique à Tunis à l'origine du développement de nombreux partenariats entre celle-ci et d'autres centres de reproduction au Maghreb et en Afrique subsaharienne. Cet entretien permet d'appréhender la dimension historique de l'AMP en Tunisie, voire du système de santé de la reproduction depuis l'indépendance (1956), avec notamment la mise en place du planning familial en 1964 et la dépénalisation de l'avortement en 1973. Cet historique très descriptif des relations que la Tunisie entretient avec les médecins et biologistes d'Afrique subsaharienne révèle le dynamisme de ce directeur stratégique et de ses collègues, ainsi que les nombreux partenariats (notamment des processus de formation) qu'il a engagés depuis les années 2000-2010 dans un esprit de complémentarité et non de concurrence.

Pour conclure, les travaux de ces chercheurs en sciences sociales sur l'AMP au Maghreb apportent de nombreuses connaissances sur l'émergence et les conditions de développe-



Illustration 2.
La clinique La Rose, spécialisée dans les soins procréatifs, attenante au même bâtiment que Fertillia, établissement médical spécialisé en fertilité, à Tunis.
© Google maps

ment de cette « industrie médicale » mais également sur les multiples formes de mobilité des couples confrontés à une infertilité, en particulier leur capacité à opérer des choix lorsqu'il faut « voyager pour procréer » dans un contexte où circulent non seulement des patients mais aussi des médecins, des biologistes, des pratiques, des techniques, des savoir-faire.

Certes, les cliniques de ces pays conservent des formes de conjugalité très normatives et des règles de reproduction naturalisées, reposant sur un modèle familial patriarcal. Les cadres réglementaires décrits dans cet ouvrage n'autorisent pas de dons de gamètes (absence de banques de sperme en Algérie et au Maroc). Établies pour certaines d'entre elles en référence à l'islam sunnite, ces réglementations font valoir l'exigence d'une filiation légitime reconnue dans le cadre du mariage. L'enfant conçu par un don de sperme serait considéré comme illégitime (référence à l'adultère)². De fait, les couples désireux de recourir à un don d'ovocyte ou de sperme, on l'a vu, sont obligés de se déplacer vers d'autres pays du Sud ou du Nord.

Pourtant, dès les années 2010, des travaux sociodémographiques sur le Maghreb³ font état de nombreuses mutations sur les rôles et positions sociales des hommes et des femmes, sur les rapports entre générations et les nouvelles aspirations des individus (volonté d'avoir le choix du partenaire pour le mariage, augmentation du nombre d'adultes célibataires, régression de la polygamie) remettant en question certains stéréotypes sur ces sociétés. On peut alors s'interroger sur les relations tripartites entre le sociétal, le médical et le juridique. Pourquoi les cadres juridiques de l'AMP et du droit de la famille en général n'accompagnent-ils pas ces évolutions sociétales ? Les décennies à venir permettront à de nouveaux chercheurs en sciences sociales d'observer l'évolution de ces innovations médicales face aux transformations de la famille et aux questions relatives à la filiation au Maghreb.

Paris, le 12 décembre 2024

2. BARRAUD Émilie, 2010, « La filiation légitime à l'épreuve des mutations sociales au Maghreb », *Droit et Cultures*, n° 59, p. 255-282 (consulté le 12 décembre 2024).

3. LOCOH Thérèse, OUADAH-BEDIDI Zahia, 2024, *Familles et rapports de genre au Maghreb. Évolutions ou révolutions ?*, documents de travail n° 213, INED (consulté le 9 décembre 2024).