



Chantal Biya, la première dame du Cameroun, avec une mère, son nouveau-né et le directeur du Centre hospitalier de recherche et d'application en chirurgie endoscopique et reproduction humaine en novembre 2018, à Yaoundé.

Au Cameroun, une clinique contre l'infertilité et ses stigmates

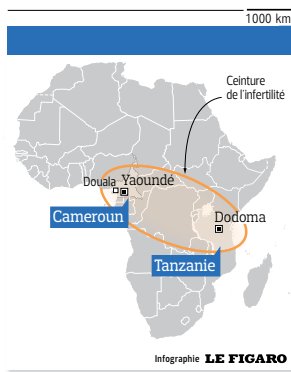
Christelle Gérard
Douala et Yaoundé (Cameroun)

Anastasia* esquisse un sourire en tendant une feuille au professeur Jean-Marie Kasia. Le gynécologue examine les chiffres imprimés. Pour la première fois depuis un an et demi, son endomètre, cette muqueuse qui recouvre la paroi interne de l'utérus, mesure dix millimètres. Assez large, espèrent-ils tous deux, pour permettre à un embryon de nidifier. En France, où elle s'est tout d'abord rendue en pensant bénéficier de soins de meilleure qualité, le cas de cette jeune femme originaire de Guinée équatoriale avait été jugé si critique que l'équipe médicale envisageait de lui retirer l'utérus. Même couperet en Espagne, mais là-bas, on lui a conseillé d'aller consulter au Cameroun. En Afrique, s'est-elle entendue dire, les chirurgiens ont l'habitude d'opérer des fibromes utérins. Ces tumeurs bénignes, qui peuvent empêcher le fœtus de se développer, se forment surtout chez les femmes noires (y compris sur les autres continents), sans qu'aucune étude scientifique en ait identifié la raison. Anastasia avait huit fibromes. Elle a été opérée à trois reprises au Cameroun. Depuis dix ans, elle cache à tous ses proches son infertilité. Elle justifie son absence au pays par « une maladie » et a veillé à envoyer à tous des photos d'elle au bloc opératoire. À chaque fois, il a fallu attendre des mois que son utérus cicatrise. Alors que tous ses espoirs ont jusqu'à présent toujours été abruptement interrompus par des fausses couches, elle s'apprette à recevoir les ovocytes d'une donneuse plus jeune.

La souffrance des couples

Le Centre hospitalier de recherche et d'application en chirurgie endoscopique et reproduction humaine (Chracerh) de Yaoundé est le premier établissement public à pratiquer la fécondation in vitro en Afrique subsaharienne. Cette technique consiste à faire se rencontrer les spermatozoïdes et les ovocytes en laboratoire. Les embryons sont déposés à l'intérieur de l'utérus dans un second temps. Le « centre de Chantal », comme l'appellent les habitants, car la première dame Chantal Biya a pesé de tout son poids pour son ouverture en 2016, fait des émules. L'Ouganda a depuis ouvert un centre public en 2018 à Kampala, mais la section « fertilité » de cet hôpital spécialisé en santé maternelle n'est pas encore opérationnelle. L'Éthiopie, la Guinée et la Tanzanie auraient également des projets. À Yaoundé, les besoins sont tels que le centre est déjà surchargé. Chaque matin, au moins une dizaine de patientes attendent debout dans le couloir - les quelques chaises ne suffisent plus depuis longtemps. Les hommes y sont très rares. Excepté le prélèvement de sperme, c'est la femme qui subit tous les traitements et opérations de la reproduction médicalement assistée. En cas de grossesse, c'est aussi elle qui est suivie. Pour le professeur Kasia, admi-

Cet établissement, inauguré en 2016 à Yaoundé, fut le premier d'Afrique subsaharienne à traiter des femmes dont l'incapacité à procréer entraîne souvent le rejet par leur mari et sa famille.



nistrateur directeur général du Chracerh, la nécessité de cet établissement ne fait aucun doute. L'infertilité est caractérisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une « maladie du système reproductif définie par l'impossibilité d'obtenir une grossesse clinique après douze mois ou plus de rapports sexuels réguliers et non protégés. » Comme toute maladie, elle doit être soignée. L'infertilité doit être traitée afin de raréfier le diagnostic de stérilité, l'incapacité totale et définitive de concevoir.

Professeur Kasia doit comprendre la souffrance des couples infertiles. Il n'a ni frère ni sœur : après sa naissance, sa mère a fait neuf fausses couches. Or au Cameroun, « un enfant, ça ne suffit pas. Elle et moi étions des parias et mon père cherchait d'autres femmes. » En cas d'infertilité primaire (absence d'enfant) ou secondaire (difficulté à concevoir à nouveau), la société accuse toujours les épouses. Certaines belles-familles poussent leur fils à la répudiation. La polygamie peut dès lors apparaître comme un moindre mal, dans un pays où elle tend à diminuer mais est culturellement acceptable. À la clinique Odyssee de Yaoundé, une jeune femme, Francine, se mure dans le silence. « Vous connaissez ma situation », murmure-t-elle, implorant du regard la gynécologue directrice de la clinique, Ernestine Gwet-Bell. « Son mari est violent », soufflé la docteure, laissant entendre que cette situation est liée aux difficultés du couple à concevoir. Lorsqu'on mentionne d'éventuelles pressions de la belle-famille, Francine cache son visage dans ses mains pour pleurer. Son boubou couvre pourtant la promesse d'un heureux événement, permis par une FIV. Sur les murs des salles d'attente et de consultation, les cartes postales « merci ! » et les photos de nourrissons sont légion. Depuis qu'elle et son équipe ont donné naissance au premier bébé-éprouvette camerounais, Tommy, en 1998, certains ont bien grandi.

« L'idée que le bébé serait "mieux fait" avec un rapport sexuel est moins courante », remarque Ernestine Gwet-Bell. Mary, une patiente de 30 ans à l'élégante robe moulante rose vif et à la perroquette coupée au carré, a une autre expérience. Lorsqu'elle a parlé de FIV à ses proches, ils lui ont tout dit d'oublier ce « truc de Blanc qui cause l'autisme et l'épilepsie ». D'après une étude suédoise, les enfants nés suite à une ICSI, la technique qui permet de lutter contre l'infertilité masculine en injectant le spermatozoïde dans l'ovule en laboratoire, ont un risque plus élevé d'autisme : 0,136 % contre 0,029 % pour les bébés conçus naturellement. Suite à un rapport sexuel, des spermatozoïdes présentant des anomalies génétiques auraient moins de chances de parvenir à l'ovule. La FIV est associée à un taux plus élevé de prématurité et de faible poids de naissance, ainsi qu'à davantage de problèmes d'hy-

pertension artérielle. La « princesse » de Mary a 1 an et se porte bien, mais tout le monde ignore le secret de sa conception. Avant cette naissance, Mary était « désespérée, la vie n'avait pas de sens ». La trentenaire incriminait tout : la crème hydratante qu'elle se mettait sur le corps, ses longs horaires de travail dans le marketing, ses ancêtres. La jeune femme a alors abandonné sa carrière aux États-Unis, et est retournée dans son Cameroun natal, où la FIV, désormais facturée 5 000 à 6 000 euros dans le privé et 1 500 à 2 000 euros dans le public, était autrement plus abordable. Elle n'a pas encore repris le travail. Avant cela, elle souhaitait « finaliser sa maternité », c'est-à-dire faire une nouvelle FIV. Ces sacrifices en valent la peine, estime-t-elle. Après la naissance du bébé, sa belle-mère a déclaré, quatre ans après les noces : « Maintenant tu peux dire que tu es mariée à mon fils. »

Un commandement divin

Face à une telle pression sociale, le docteur Guy Sandjon, président du Conseil de l'ordre national des médecins du Cameroun, met en garde contre de possibles dérapages. Ce gynécologue qui exerce à la clinique de l'aéroport de Douala faisait, lui aussi, partie des pionniers ayant permis la naissance de Tommy. Des patientes se disent prêtes à mourir en essayant d'enfanter, et souhaitent par exemple qu'on leur implante un maximum d'embryons, dans une région où les naissances multiples sont à risque. La détresse est telle que « dans les maternités africaines, tous les mois il y a des vols de bébés ». La quarantaine de centres de procréation médicalement assistée du continent exerce en l'absence quasi totale de cadre légal, par exemple en ce qui concerne l'âge de la patiente. Ainsi en 2018, une Camerounaise de 62 ans a donné naissance au Chracerh.

À terme, Jean-Marie Kasia, qui a permis ce « miracle », croit savoir que ces situations se présenteront de moins en moins, car les couples consulteront des spécialistes avant un âge avancé. Certaines patientes françaises, passé le jour de leur 43^e anniversaire, qui marquent dans l'Hexagone la fin de la prise en charge par la Sécurité sociale, viennent en Afrique dans l'espoir de concevoir. « Le premier facteur d'échec d'une FIV est l'âge, met en garde Guy Sandjon. Il y a une cassure énorme à 38 ans chez la femme. Le deuxième est l'obésité. » D'autres fois, les embryons transférés ne s'implantent pas, sans que les spécialistes ne sachent pourquoi.

La déception est d'autant plus grande, sur le continent, que pour déjouer la nature certains couples vendent leurs bijoux de famille, leur commerce ou leurs terres pour financer une procédure onéreuse. Parce que comme un luxe, son coût n'est amorti par aucune ONG, gouvernement ou même assurance privée. Pour les couples concernés, loin d'être superflu, avoir des enfants relève souvent d'un commandement divin ainsi que d'une mission culturelle : transmettre la lignée. En mourant, un Africain, s'il a des enfants, continue à exister. Il vit à travers eux. ■

(* Certains prénoms ont été changés.

Ce reportage a été financé par le Centre européen de journalisme (EJC) via son programme de bourse Global Health Journalism Grants Programme for France.

Le premier facteur d'échec d'une FIV est l'âge. Il y a une cassure énorme à 38 ans chez la femme. Le deuxième est l'obésité, D^r GUY SANDJON, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS DU CAMEROUN