JEUNE AFRIQUE n° 2925

Du 24 Janvier au 4 Février 2017

Un bébé à tout prix

Encore méconnue et très onéreuse, **la procréation médicalement assistée est pourtant devenue courante sur le continent.** Au point d'attirer les diasporas en mal d'enfants.

CLARISSE JUOMPAN-YAKAM

À 18 ans, elles sont aussi espiègles l'une que l'autre. Nées d'une fécondation in vitro (FIV) réalisée à la clinique de l'Aéroport de Douala, au Cameroun, Manuela et Pamela font partie des premiers bébés-éprouvette d'Afrique subsaharienne.

L'histoire de leur naissance, les jumelles la connaissent sur le bout des doigts tant leur mère, Éloïse, 52 ans, la répète. Une salpingite mal soignée, l'infertilité qui en a résulté, huit interminables années d'errance dans les hôpitaux, la FIV comme ultime recours et… un succès, inespéré, dès la première tentative.

La liberté de ton d'Éloïse surprend et ravit le directeur de la clinique, le docteur Guy Sandjon, qui revendique la « paternité » de plus de 2 300 bébés, avec une moyenne de 500 tentatives annuelles. « Bien que leur nombre soit encore insuffisant, les centres d'assistance médicale à la procréation (AMP) se multiplient dans nos grandes villes. De la FIV aux injections intracytoplasmiques de spermatozoïdes en passant par l'insémination, ces techniques sont beaucoup plus utilisées qu'on ne l'imagine en Afrique, mais c'est souvent sous le sceau du secret, les couples ne voulant pas être stigmatisés. »

HONTE. C'est peu ou prou la conclusion à laquelle sont également parvenus les auteurs d'un ouvrage collectif récemment publié aux éditions L'Harmattan sous la direction de deux anthropologues, Doris Bonnet et Véronique Duchesne, qui ont enquêté sur le terrain. Après un séjour de trois mois au Cameroun, la première décrit le parcours douloureux de quelque 70 personnes meurtries : des femmes, dont les belles-familles agitent les spectres du divorce ou de la polygamie ; des hommes, atteints dans leur virilité, « qui vivent dans la honte et l'humiliation : honte devant l'impossibilité de transmettre un capital familial, honte d'affronter le regard réprobateur de l'entourage familial, professionnel et social… » écrit Doris Bonnet, avant de préciser : « La honte, dans ces cas-là, est une forme d'injonction à l'engendrement… »

Procréation médicale et mondialisation, de Doris Bonnet et Véronique Duchesne, L'Harmattan, 250 pages, 24,70 euros

Biologiste au laboratoire Drouot, à Paris, le docteur Nino Guy Cassuto, qui a accompagné la création de centres d'AMP en Afrique francophone, juge la demande réelle, preuve que la population évolue dans son rapport à la parentalité : « On ne calme plus la souffrance d'une femme en mal d'enfant en lui confiant une nièce à élever… De nombreux couples désirent avoir leur propre enfant. Ils veulent expérimenter autre chose que les bonnes vieilles méthodes d'antan, qui consistaient par exemple à commettre l'adultère avec un proche du mari si le problème venait de ce dernier. Chacun faisant alors mine de rien… »

Nino Guy Cassuto mesure le chemin parcouru. Il se souvient que l'ouverture du premier centre au Cameroun avait été jugée incongrue par beaucoup sur un continent où sévit le paludisme et qui affiche un important taux de fécondité. Les docteurs Cassuto et Sandjon ont contribué à titre gracieux à la création de centres au Burkina Faso, au Bénin, au Mali et en Côte d'Ivoire, procédant ainsi à un transfert de technologies Sud-Sud. « Pour l'ouverture du centre de Ouagadougou, tous nos programmes ont été pris d'assaut. Nous avions choisi de retenir des groupes de 20 à 30 patients. »

Tous les couples stériles n'ont pas accouru à la clinique, tant s'en faut. « Attachés à leurs croyances, certains appréhendent toujours l'AMP. Ils doivent néanmoins tenir compte de l'horloge biologique », insiste Cassuto. « Mais, souligne Djédi Kaba Diakité, directeur de la polyclinique Kabala de Bamako, qui dispose de l'unique centre d'AMP du Mali et se targue de quelque 500 naissances après douze années d'existence, le chemin jusqu'au berceau d'un nourrisson relève souvent du parcours du combattant. » ●●●

BRUNO LEVY POUR JA

▲ Le docteur Guy Sandjon, **de la clinique de l'Aéroport, à Douala, a permis plus de 2 300 naissances.**

LIVES DOCTORS

▲ Nino Guy Cassuto, **biologiste au laboratoire Drouot, à Paris.**

••• L'argent constitue le principal obstacle. Comme l'indique Doris Bonnet, l'AMP est une évolution porteuse d'inégalités car elle est accessible uniquement aux personnes relativement aisées et citadines. Il faut compter 3 000 euros pour une FIV au Cameroun, et de 2 300 à 3 800 euros au Mali, en fonction du traitement. « Le plus onéreux, ce sont les réactifs et les gonadotrophines [hormones favorisant la stimulation ovarienne] », relève le docteur Diakité. Les couples qui recourent à l'AMP sont donc souvent issus de la classe moyenne (petits commerçants, fonctionnaires, enseignants…). Généralement instruits, ils sont tous deux salariés. « Mais cela ne suffit pas toujours, note Doris Bonnet. Certains vendent alors leurs biens ou s'endettent pour pouvoir combler leur désir d'enfant. »

Pour Nino Guy Cassuto, cet écueil financier est d'autant plus problématique qu'aucune assurance-maladie ne rembourse ces actes médicaux. « Et les personnes les plus solvables sont aussi les plus âgées. Elles ont l'argent nécessaire, mais moins de chances de succès que les plus jeunes. » En effet, selon les spécialistes, le taux de réussite d'une FIV atteint 25 % chez les patientes de moins de 35 ans. Il baisse de 40 % passé cet âge, puis de 70 % après 40 ans.

Fondée en 1985 et domiciliée en Belgique, la Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE) plaide pour un accès universel au traitement de l'infertilité grâce à une FIV à bas coût dans les pays à faibles ressources. Cela pourrait s'appuyer sur un système de matériels simplifiés. À ce jour, des essais ont été conduits au Ghana et au Kenya, sans qu'aucune naissance ait encore été enregistrée.

PÉRIPLES. Pour ne rien arranger, l'AMP impose parfois de se déplacer d'un pays à l'autre, voire d'un continent à l'autre. Les auteurs de l'ouvrage signalent des Camerounais et des Ghanéens en traitement au Sénégal, des Mozambicains en Afrique du Sud – certains effectuant l'aller-retour dans la journée. D'autres optent pour des déplacements « en chaîne », comme cette commerçante comorienne interviewée par Véronique Duchesne qui, après s'être rendue en Malaisie puis en Égypte, part consulter en France.

Si, depuis les années 1990, l'Europe n'est plus la seule solution qui s'offre aux Africaines en quête d'une aide à la procréation, l'absence d'équipement dans des pays comme la Guinée, mais aussi le souci de garder confidentielle une telle démarche, poussent certaines femmes à poursuivre ces déplacements hors du continent. Doris Bonnet, elle, évoque la déshérence des femmes qui choisissent de se rendre en France ou en Belgique, tandis que leurs conjoints retournent sur le continent après la congélation de leurs gamètes.

Plus inattendu est le mouvement inverse, de l'Occident vers l'Afrique. Guy Sandjon estime qu'environ 10 % de sa clientèle est constituée d'Africains résidant en Suède, en France ou aux États-Unis. Si le périple hors de ce dernier pays s'explique par le coût prohibitif des actes médicaux qui y sont pratiqués (25 000 dollars pour une FIV, soit 23 000 euros environ), le départ de France est lié à la législation, jugée trop

En formation serrée

Pour les médecins du continent, intégrer un programme de formation continue en assistance médicale à la procréation relève de la gageure. Le **Groupe interafricain d'étude, de recherche et d'application sur la fertilité (Gieraf)** tente d'y remédier en organisant des sessions de travail lors de congrès où sont invités les meilleurs spécialistes européens. Des ateliers sur la **vitrification, les méthodes de congélation et la cœlioscopie chirurgicale** sont prévus lors du sixième congrès, qui aura lieu en février à Abidjan.

Querelle d'éprouvettes

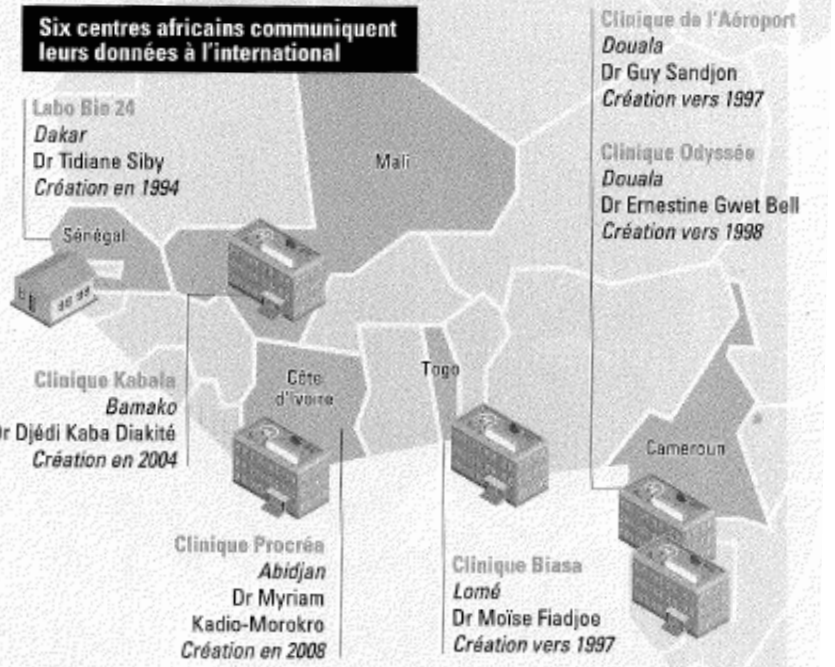
Premiers pays à créer des centres d'assistance médicale à la procréation (AMP) au sud du Sahara, hors Afrique du Sud, le Togo et le Cameroun se disputent la paternité du **premier bébé-éprouvette né sur le continent, en 1997.** Le Gieraf assure que les naissances ont eu lieu à quelques mois d'intervalle, sans pour autant dire lequel des nourrissons, le Togolais ou le Camerounais, a vu d'abord le jour. Pour d'autres, ce bébé ne serait ni camerounais ni togolais, mais sénégalais, et né en 1990…

restrictive. « Le nombre de tentatives de FIV est limité à trois. Non parce que c'est dangereux, mais parce que la Sécurité sociale ne rembourse pas au-delà », précise Nino Guy Cassuto. De plus, alors que la France ne transfère pas plus de deux embryons à la fois, les équipes africaines peuvent aller jusqu'à trois, voire quatre. « Elles prennent plus de risques, reconnaît Djédi Kaba Diakité. Faute de moyens, et en l'absence de lois encadrant l'AMP, les couples se hasardent à faire d'une pierre deux coups et optent pour une grossesse multiple, souvent à risque. » Certains centres africains enregistrent des taux de réussite des FIV dépassant 40 %, avec 30 % de grossesses gémellaires, quand la norme est de 20 %.

Cette mobilité du Nord vers le Sud est aussi due à la rareté des dons d'ovocytes. « En France, ça ne fonctionne pas, car il n'existe aucune incitation, signale le docteur Nino Guy Cassuto. La pénurie est telle que le délai d'attente pour des ovocytes noirs ou métissés est d'environ deux ans. Une patiente de 38 ans, soumise à ce délai, hypothèque toutes ses chances. Pour pallier le problème, peut-être faudrait-il envisager une solution à l'espagnole ? Dans ce pays, on n'indemnise pas les dons d'ovocytes, mais la pénibilité de l'exercice… »

FAILLES. Pour l'anthropologue Doris Bonnet, l'AMP représente certes une avancée, mais elle révèle au grand jour les failles de la santé de la reproduction en Afrique. « Alors que l'infertilité tient essentiellement aux affections sexuellement transmissibles mal suivies et aux avortements clandestins pratiqués dans des conditions déplorables, les autorités peinent à les considérer comme des problèmes de santé publique. » Selon elle, sortir les discussions sur la stérilité des salles de consultation pour les porter sur le devant de la scène pourrait démocratiser l'AMP, les pouvoirs publics étant contraints d'imaginer un partenariat public-privé afin de favoriser une diminution des coûts.

Six centres africains communiquent leurs données à l'international



Des taux d'infertilité très variables d'un continent à l'autre

Entre **15 %** et **30 %** des couples en Afrique

Entre **5 %** et **10 %** des couples en Europe

5 millions d'enfants sont nés par FIV dans le monde depuis la mise au point de cette technique, dont 1 % d'Africains

Doris Bonnet s'étonne qu'aucune association de patients ne se soit constituée pour influencer les décideurs sur la prise en charge de la stérilité au sein des services de santé. D'après la chercheuse, « la stigmatisation de l'infertilité et la recherche de confidentialité associée freinent les personnes concernées, et ne leur permettent pas de porter ces débats de l'intime dans l'espace public. » Les associations ont donc un rôle majeur à jouer : plus la société civile et les médias seront impliqués, mieux ce sera. « Longtemps, indiquent les auteurs, les malades du sida ont hésité à se constituer en associations par crainte d'être stigmatisés et humiliés. Oser le faire leur a été salutaire. » L'Afrique s'est approprié une avancée technologique. Il lui faut maintenant faire preuve de volonté politique pour revoir son approche de la santé sexuelle et reproductive. « L'AMP n'est pas un tiroir que l'on ferme et ouvre au gré de ses envies. Tout le monde devrait un jour pouvoir en bénéficier ou, au minimum, savoir que cela existe », conclut Doris Bonnet. ●

Statistiques fantômes

Difficile de savoir combien de tentatives de FIV et de naissances de bébés sont enregistrées annuellement en Afrique. **Le Comité international pour la surveillance des techniques d'assistance à la reproduction (ICMART)** a bien pour objectif de regrouper les données mondiales sur la fécondation in vitro, mais les établissements africains ne lui sont pas tous affiliés. Selon l'un de ses responsables, cité par Doris Bonnet, on estime à **897 le nombre de ponctions réalisées pour 196 naissances en 2011** – hors Afrique du Sud. Ce pays, qui dispose de 20 centres, a déclaré 4 861 ponctions et 1 368 naissances la même année.