



LE BULLETIN MÉDICAL D'AFRIQUE

INTERVIEW : Dites Moi Docteur... Brice Chendjou



Bonjour Docteur et merci d'accorder cette interview au **Bulletin Médical d'Afrique**.

1. BMA : Pouvez-vous vous présenter en quelques mots à nos lecteurs ?

Réponse du Docteur :

Je suis le Dr Brice Chendjou, gynécologue obstétricien, exerçant en pratique libérale exclusive dans la ville de Douala depuis 2 ans, et diplômé depuis 9 ans. Dans mon parcours académique, je me suis intéressé particulièrement à l'assistance médicale à la procréation, à la chirurgie endoscopique en gynécologique et à l'échographie pour le dépistage anténatal des anomalies fœtales.

2. BMA : Nous allons aujourd'hui aborder avec vous une thématique qui va interpeller nombre de nos lecteurs à savoir : l'infertilité chez la femme. Alors dites-nous docteur, quand parle-t-on d'infertilité chez la femme ?

Réponse du Docteur :

L'infertilité est définie comme étant l'absence de survenue de grossesse après 12 mois de rapports sexuels sans contraception. On parle d'infertilité du couple, car en réalité, la femme n'est pas la seule concernée, ceci afin que l'homme ne soit pas oublié dans la prise en charge globale de ce phénomène.

3. BMA : Sur le plan épidémiologique, quelle est la prévalence de l'infertilité féminine dans le monde en générale, en Afrique et au Cameroun en particulier ?

Réponse du Docteur :

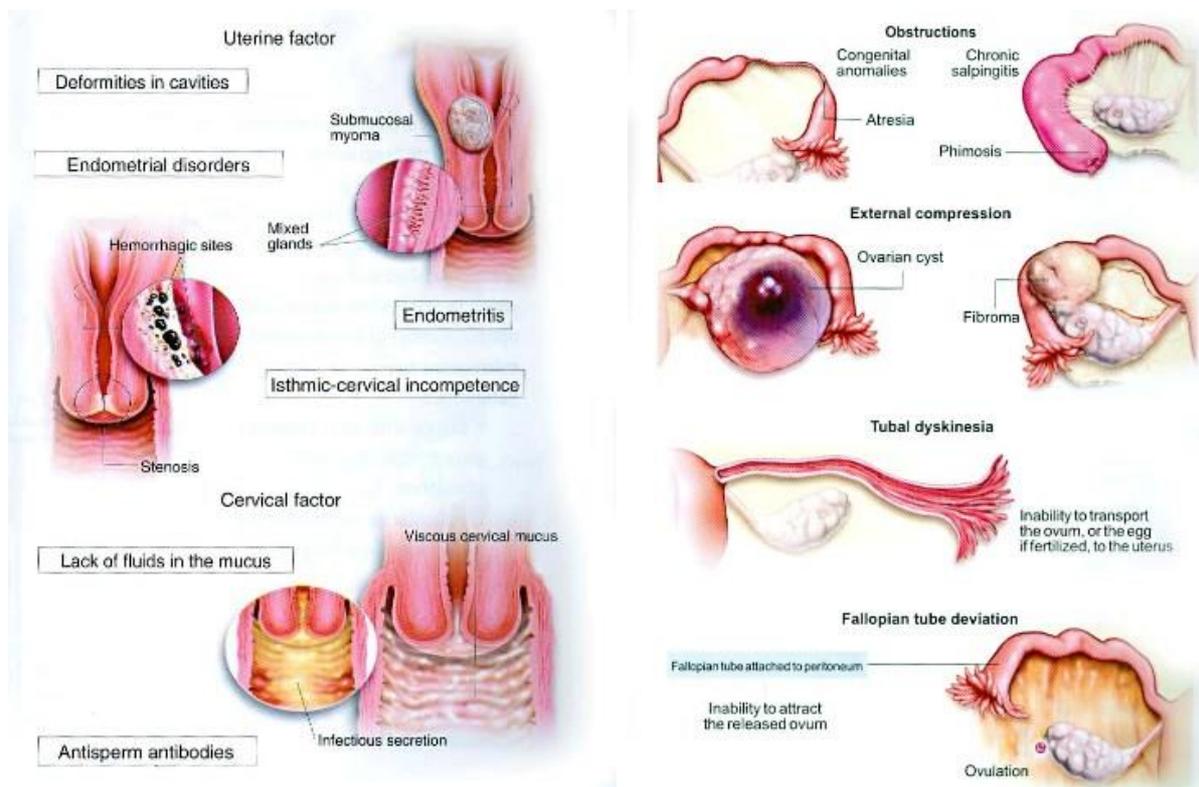
Dans le monde en général, environ 15% des couples consultent pour une infertilité. En Afrique et au Cameroun, les données sont rares, mais on retrouve des fréquences allant de 20 à 30% dans diverses études. Ce qui est conforme à la réalité que nous observons dans notre pratique quotidienne.

4. BMA : Quels sont les pathologies les plus souvent à l'origine des problèmes d'infertilité féminine ; dans le contexte africain ?

Réponse du Docteur :

Les pathologies sont très diversifiées chez la femme, les plus fréquentes sont les anomalies tubaires, qui sont consécutives soit aux infections génitales souvent passées inaperçues, soit aux chirurgies pelviennes. D'autres causes sont représentées par l'existence de fibromes utérins, très fréquents dans notre contexte, par l'existence de problèmes liés à l'ovulation, etc.

Bien entendu, dans certains cas aucune cause n'est retrouvée chez le couple et on parle alors d'infertilité inexpliquée.



5. BMA : Quels conseils donnez-vous à vos patientes pour leur éviter de voir de banales affections gynécologiques, se compliquer en problème d'infertilité ?

Réponse du Docteur :

Il faut avoir une bonne hygiène de vie, il faut réaliser régulièrement et de façon systématique un bilan gynécologique annuel, il faut avoir recours à une contraception efficace afin d'éviter les grossesses non désirées et les interruptions volontaires de grossesse, il faut utiliser des

préservatifs en cas de rapport sexuel avec un partenaire dont le bilan infectieux n'est pas réalisé. Il faut également consulter dès le moindre signe d'infection génitale ou en cas d'irrégularité menstruelle qui signifie le plus souvent la présence d'un problème d'ovulation. Par ailleurs, il est important de signaler que les patientes doivent se souvenir que le pire ennemi de la fertilité féminine, c'est le temps, car les chances de conception diminuent avec l'âge, et dans un monde où les femmes aspirent à des diplômes et des carrières brillantes, elles pourraient être tentées de retarder leurs projets de grossesse, ce qui constitue une erreur. En effet, elles auront non seulement une moins bonne capacité ovulatoire, mais également, les pathologies telles que les fibromes utérins auront eu tout le temps de proliférer.

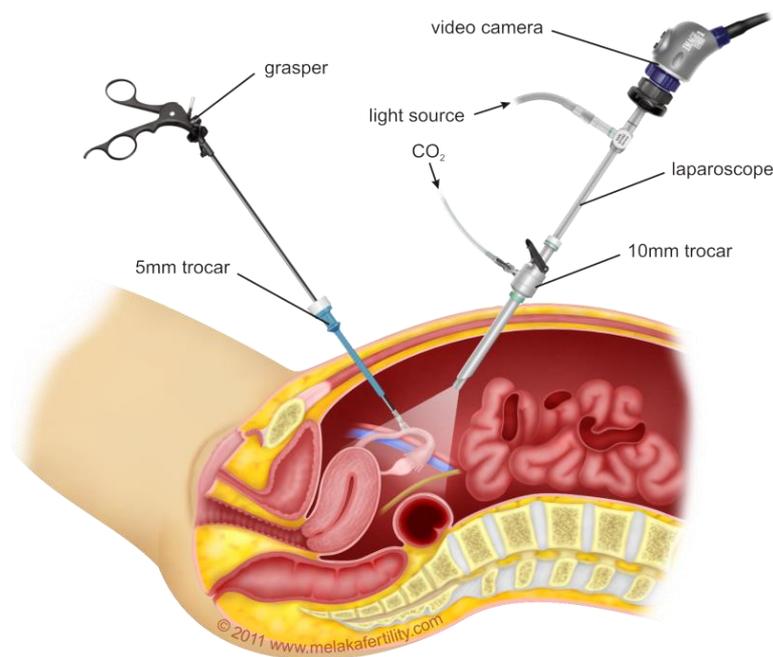
6. BMA : Docteurs, quelles sont (en fonction des différents mécanismes d'infertilité), les possibilités thérapeutiques qui existent pour aider ces femmes de concevoir ?

Réponse du Docteur :

Les possibilités thérapeutiques sont multiples, d'où l'intérêt de réaliser un bon bilan d'infertilité du couple afin d'identifier le ou les anomalies susceptibles de représenter un obstacle à la survenue d'une grossesse.

Nous pouvons distinguer 3 grands groupes de problèmes chez la femme :

- D'abord, les problèmes d'ovulation, qui peuvent être pris en charge par des stimulations ovariennes ou le traitement de maladies endocriniennes pouvant exister et entraînant un dysfonctionnement des mécanismes de l'ovulation comme les problèmes thyroïdiens ou les problèmes hypothalamo-hypophysaires.
- Ensuite, nous avons les problèmes tubaires, qui peuvent être pris en charge soit par une chirurgie tubaire réparatrice dont le gold standard est représenté par la cœlioscopie opératoire, soit directement par la réalisation d'une fécondation in vitro.
- Enfin, nous avons les problèmes utérins qui nécessitent le plus souvent une prise en charge chirurgicale comme la myomectomie qui se fait par laparotomie, cœlioscopie ou hystérocopie en fonction de la taille et de la localisation du fibrome. On a aussi les synéchies utérines, souvent séquelles de curetages post IVG, les polypes utérins et certaines malformations utérines qui nécessitent aussi une prise en charge chirurgicale principalement par hystérocopie opératoire.



7. BMA : Parmi ces méthodes, vous avez évoqué la FIV ; combien coûte au Cameroun chaque tentative de FIV et quels sont les taux de réussite ?

Réponse du Docteur :

Au Cameroun, chaque tentative de fécondation in vitro coûte environ 1,5 à 2 millions de FCFA, médicaments compris, en fonction de la technique de FIV classique simple ou de FIV avec micro injection qu'on appelle ICSI, dont le choix est déterminé sur l'analyse spermologique. Ce coût est aussi fonction aussi de la dose et de la durée des traitements hormonaux qui dépendent du profil ovarien de chaque femme.

En ce qui concerne les taux de réussite, il n'existe hélas pas, et on pourrait le regretter, d'organisme d'évaluation des pratiques et de détermination des statistiques concernant les activités d'assistance médicale à la procréation au Cameroun, comme c'est le cas par exemple en France. Mais nous pouvons affirmer qu'il y a des résultats favorables observés, même si malheureusement, malgré les efforts consentis, tout le monde n'aura pas la joie d'avoir le résultat espéré, car, n'oublions pas que même dans les pays développés, le taux de réussite n'excède pas 30% par tentative.

8. BMA : Qu'est-ce qui justifie les coûts élevés de la FIV ? Et comment pourrait-on la rendre plus accessible financièrement aux femmes d'Afrique ?

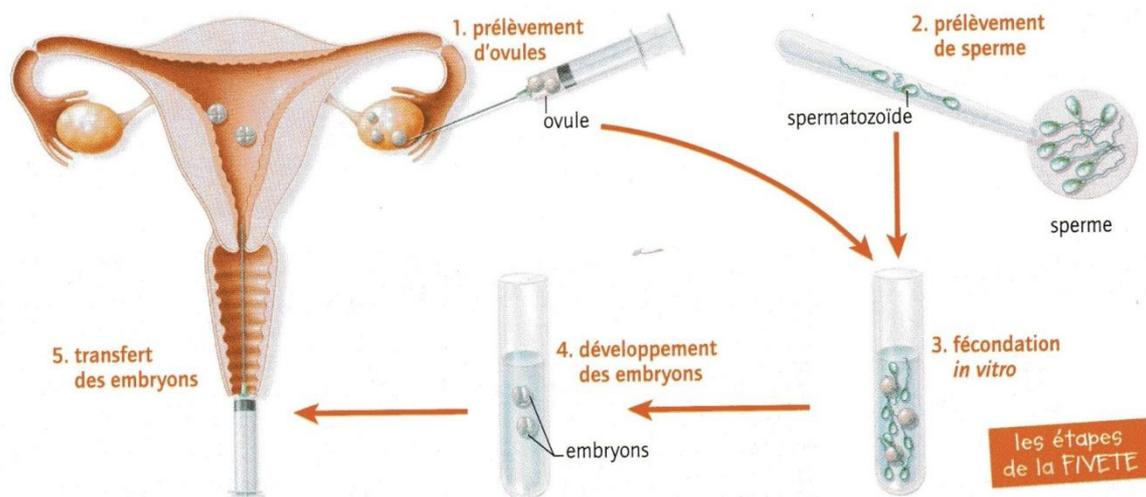
Réponse du Docteur :

Tout d'abord, les laboratoires de FIV existant au Cameroun sont privés, ce qui suppose des investissements privés, qui n'échappent pas à la nécessité comme pour toute entreprise de réaliser des profits pour se maintenir. Or, il s'agit d'équipements très lourds, de consommables très onéreux, on parle quand même de manipulation de gamètes et de culture d'embryons, avec des normes à respecter très strictes, un besoin en formation continue et parfois même des missions d'experts étrangers, tout ceci a malheureusement un coût.

En outre, et les populations semblent l'ignorer le plus souvent, mais les traitements de stimulation de l'ovulation coûtent extrêmement cher, plus chers qu'en Europe d'où ils viennent, et ils représentent près de la moitié du coût global de la fécondation in vitro.

Pour réduire le coût, on pourrait importer des concepts innovants adaptés à nos conditions tels que la <<FIV low cost>> qui a été inventée par des chercheurs d'une équipe spécialisée en FIV et basée à Genk en Belgique. On pourrait aussi envisager d'importer les médicaments pour la stimulation ovarienne venant de certains pays émergents qu'on ne saurait citer ici, mais avec une efficacité équivalente et un coût moindre.

Enfin on pourrait imaginer que les assurances couvrent au moins en partie les frais de la FIV car l'infertilité représente une véritable pathologie à part entière, même si la vie n'est pas menacée pour autant.



9. *BMA : Docteur, nous avons coutume, afin de susciter des vocations chez nos lecteurs, de poser en fin d'interview une question sur le métier de médecin. Alors, docteur, dites nous, si vous aviez en face de vous un jeune africain qui souhaite se lancer dans des études de gynécologie obstétrique et qu'il vous demande trois points positifs et trois points négatifs de ce métier, que lui répondriez-vous ?*

Réponse du Docteur :

D'abord, j'aimerais signaler que je ne suis pas devenu gynécologue obstétricien par hasard, c'est une spécialité que j'ai aimée depuis ma tendre enfance, car ayant toujours été inspiré par mon feu père le Dr Joseph Chendjou qui fut gynécologue obstétricien aussi, et à qui je rends hommage.

Les points positifs que je peux citer sont les suivants :

- 1- C'est une spécialité très variée, on s'occupe des pathologies médicales de la femme de la puberté à la ménopause en passant par la période d'activité génitale, on réalise le suivi des grossesses ainsi que les accouchements, on est aussi chirurgien, et on pratique aussi de l'imagerie médicale à travers les échographies gynécologiques et fœtales.
- 2- C'est une spécialité qui s'adapte à tous les contextes professionnels aussi bien en pratique hospitalière que libérale, qu'en ville ou en campagne.
- 3- La patientèle est très importante en terme de nombre, une personne sur deux est une femme.

Quant aux points négatifs, on a

- 1- La nécessité d'être disponible 24 H/24 avec le risque de sacrifier sa vie familiale et ses loisirs.
- 2- La capacité à avoir une endurance aussi bien physique que mentale, les gardes en maternité sont très éprouvantes, et le niveau de stress très élevé.
- 3- La responsabilité civile professionnelle est très grande avec un risque judiciaire qui pourrait en découler, notamment en ce qui concerne les complications materno-fœtales.

10. *BMA : Un dernier mot à l'attention des confrères qui nous lisent ?*

Réponse du Docteur :

J'aimerais adresser aux confrères encore en formation tous mes encouragements, et à ceux qui sont installés ici ou ailleurs, souhaiter qu'à l'instar de ce qu'on observe en Europe, que les médecins africains puissent mieux s'organiser pour améliorer les processus de formations continues à travers les congrès, les DIU et autres, et qu'ils puissent constituer des syndicats forts pour la défense de leur profession et de leurs intérêts.

Au Cameroun par exemple, la pratique illégale de la profession n'a jamais reculé et nous médecins ne sommes pas suffisamment organisés pour faire face à ce fléau qui met en péril la vie des populations, et même paupérise les jeunes confrères qui s'installent.

J'aimerais aussi dire merci à l'équipe du Bulletin Médical d'Afrique pour l'opportunité qu'elle me donne de communiquer à travers leur plate-forme, et je salue cette initiative à laquelle nous praticiens africains devrions souscrire tous.

Merci beaucoup Docteur d'avoir accepté de répondre à nos questions.

