



Pr. Mohamed Bennis

Centre de Fertilité Ghandi, Casablanca. Maroc
Président de la Société Marocaine de Fertilité et de Contraception

Quelle est l'incidence de l'infertilité au Maroc ?

L'incidence de l'infertilité au Maroc est de l'ordre de 10 %, cette population est évaluée à plus de 5.000.000 des couples en âge de procréer.

Le taux de fécondité au Maroc est passé de 7 à 2.35 enfants par femme en 2020 (Banque mondiale). A l'origine de cette tendance, c'est l'évolution de notre société, en premier lieu on peut citer la scolarisation des filles à 94 %, le recul de l'âge du mariage des femmes, qui est passé de 17 à 26 ans, et la généralisation de la contraception qui est passée de 6 à 67 %. Aujourd'hui nous sommes à la limite du renouvellement de la population. Le profil du couple infertile, la moyenne d'âge des femmes est de 33,5 ans et de 36 ans pour les hommes et la durée moyenne de l'infertilité avant consultation en PMA (Procréation Médicale Assistée) est de 5 ans, avec des extrêmes entre 2 et 15 ans.

Quelle place occupe l'infertilité dans le système de santé Marocain ?

Le Maroc compte 17 centres de PMA, répartis sur 6 villes avec une moyenne de 250 ponctions par an par centre. Jusqu'à présent, les pathologies liées à l'infertilité étaient tout simplement exclues du remboursement de l'assurance maladie, ce qui pénalise des couples économiquement faibles, et les couples qui résident dans des provinces éloignées des centres de PMA. La prise en charge de l'infertilité est particulièrement éprouvante pour le couple, parce qu'elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire dans des centres spécialisés.

Après 30 ans de pratique de la PMA au Maroc, enfin une loi bioéthique (47/14) a été adoptée, et l'infertilité

est reconnu comme une maladie ce qui ouvre la voie à un remboursement (Agence Nationale de l'Assurance Maladie) avec une demande en FIV évaluée dans ce cas entre 25 et 30.000 tentatives par an.

Pour répondre à ce besoin il faudrait créer autant de centres dans toutes les provinces et assurer la formation d'embryologistes et de médecins spécialistes.

Comment expliquer que la moitié des cas d'infertilité sont d'origine masculine ?

La pathologie liée à l'infertilité touche autant l'homme que la femme, et dans 20 % des cas elle est mixte. Par ailleurs, partout dans le monde on constate une détérioration des paramètres du sperme. Les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés sont les troubles hormonaux, l'infection (maladies sexuellement transmissibles), la varicocèle, ainsi que le mode vie qui est affecté par le tabac, la pollution, l'obésité et les toxiques industriels. En retrouve aussi les causes génétiques (les translocations, micro délétion du chromosome Y, Klinefelter), les causes congénitales (ectopie testiculaire, cryptorchidies, l'agénésie du déférent), les causes médicamenteuses (chimiothérapie), dysfonctions érectile et troubles de l'éjaculation (neuropathie diabétique).

La méta-analyse de Levine et al. (185 études) publiée en 2017, analysant l'évolution de la qualité du sperme de sujets masculins sans problème d'infertilité, a montré que le taux des spermatozoïdes a diminué de 50 à 60 % entre 1973 et 2011 dans les pays industrialisés. L'azoospermie était retrouvée dans 16,4 %, essentiellement associée à l'infertilité primaire, et l'oligo-astheno-téatospermie était l'association la plus représentée (26,2 %).

Comment voyez-vous la collaboration clinicien-biologiste et quelle place peut-elle avoir pour une optimisation de la prise en charge de l'infertilité au Maroc ?

La collaboration clinicien-biologiste est une étape cruciale pour une prise en charge optimale du couple infertile. Un couple qui consulte pour infertilité, attend de nous un diagnostic précis et une feuille de route personnalisée et adaptée à son cas.

La première partie consiste à recueillir toutes les informations sur le parcours et les causes présumées de sa difficulté à concevoir.

Le gynécologue est le maillon initial, il va assurer la consultation avec les antécédents personnels et familiaux, l'examen clinique, puis la prescription du bilan biologique et éventuellement des explorations plus poussées (HSG, cœlioscopie, hystérocopie, ...)

Le rôle du biologiste est d'analyser ce bilan et faire des recommandations en fonction du contexte clinique. Parfois, il peut conseiller un bilan génétique dans les azoospermies et oligo-astheno-tératozoospermie (OATS) sévères, il peut aussi recommander un traitement antioxydant afin d'améliorer les paramètres spermatiques, une cryoconservation du sperme ou une biopsie testiculaire.

Dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation, le rôle du biologiste est encore plus déterminant car il va suivre toutes les étapes d'une tentative, de la stimulation ovarienne au transfert des embryons. Au cours de la stimulation, les dosages hormonaux sont le reflet de la qualité de la stimulation et aussi le garant d'une bonne récolte ovocytaire. C'est aussi le biologiste qui choisira la technique de mise en fécondation des ovocytes qui convient à chaque cas (FIV ou ICSI).

Dans un second temps le biologiste va assurer l'observation des différents stades du développement embryonnaire et la cinétique de leurs divisions, seul critère que nous avons pour évaluer la qualité des embryons. Le 3^{ème} jour du développement embryonnaire, il décidera aussi de poursuivre la culture ou non jusqu'au stade blastocyste, selon le nombre et le grade des embryons obtenus.

Le transfert se fait le plus souvent au 3^{ème} ou au 5^{ème} jour mais on peut aussi le réaliser au 2^{ème} ou au 6^{ème} jour. Le jour du transfert, le clinicien et le biologiste convient du nombre d'embryons à transférer en fonction de l'âge de la femme, du rang de la tentative, et des antécédents obstétricaux. Le transfert d'un seul embryon à J5 est privilégié chez les femmes de moins de 35 ans, afin d'éviter les complications des grossesses multiples. Les embryons non transférés seront vitrifiés pour un usage ultérieur. En cas de risque d'hyperstimulation, tous les embryons sont congelés pour un transfert différé (Freeze all).

En cas d'échec ou défaut de fécondation, toutes les étapes seront analysées en staff afin de proposer une stratégie pour améliorer le pronostic d'une nouvelle tentative.

La prise en charge de la fertilité est assez complexe parce qu'elle est multifactorielle, le dialogue biologiste-clinicien est fondamental pour la réussite. Il a été aussi à l'origine des nombreux progrès en PMA. ■

Co-auteurs : Dr. A. Bititi, Dr. M. Zizi
Centre de Fertilité Ghandi, Casablanca. Maroc