

# Canadiens en voie de disparition

Timothy Rowe, MB, BS, FRCSC

Rédacteur en chef

Prenez bien soin d'apprécier la présence des compatriotes canadiens qui vous entourent puisqu'ils sont en proie à une lente disparition. Tous les scénarios prévus par Statistique Canada au sujet de la croissance démographique au Canada pour les 50 prochaines années indiquent une « croissance négative » (Ah! Les merveilles de la langue bureaucratique...) en ce qui a trait à l'accroissement naturel de la population (naissances moins décès)<sup>1</sup>. Conformément au scénario de faible croissance démographique au Canada, nous pourrions constater plus de décès que de naissances par an dès 2020; si, au contraire, le scénario de forte croissance démographique en venait à se réaliser, cette constatation pourrait être reportée jusqu'en 2046. Cependant, peu importe le scénario envisagé, la constatation en question n'en demeure pas moins inéluctable. Depuis plus de dix ans, la croissance démographique canadienne est plus tributaire de l'immigration que de la croissance naturelle. Si le Canada en venait à perdre son attrait aux yeux des immigrants, nous pourrions assister à une décroissance démographique à l'échelle nationale. Qui plus est, plus l'âge moyen au Canada continuera de grimper, plus notre économie et notre niveau de vie dégringoleront, ce qui est fort peu encourageant...

Bien que les taux de mortalité soient carrément indépendants de notre volonté, les taux de natalité, eux, ne le sont pas. Même le scénario de forte croissance démographique de Statistique Canada décrit un taux de fertilité de 1,7 enfant par femme, ce qui s'avère insuffisant pour assurer la stabilité démographique du pays<sup>1</sup>. Pourquoi les Canadiens se refusent-ils à avoir des enfants? Tout un chacun semble avoir une opinion à ce sujet : l'égoïsme des hommes, le caractère inadéquat des politiques de soutien social et l'énormité des coûts associés à l'éducation des enfants sont tous blâmés. Et pourtant, le fait de modifier les politiques sociales ne semble pas avoir beaucoup de succès. Au Québec, l'allocation de naissance (lancée en 1988) versait aux familles des montants allant en

s'accroissant pour chaque nouveau-né; en 1992, ce programme versait jusqu'à 8 000 \$ pour un troisième enfant. Toutefois, les résultats de cette politique n'ont pas répondu aux attentes; le programme a été annulé en 1997 et les fonds qui lui étaient attribués ont été redirigés dans un nouveau programme provincial de garderie. À l'heure actuelle, le taux de fertilité au Québec est le même qu'ailleurs au Canada.

L'effet du soi-disant coût de renonciation associé au fait d'avoir des enfants constitue la raison la plus plausible pouvant expliquer le déclin du taux de natalité. Puisque les revenus ont connu une hausse, tout comme l'interchangeabilité des hommes et des femmes sur le marché du travail, le temps voué à la grossesse et à l'éducation des enfants est devenu de plus en plus onéreux. Le fait d'avoir des enfants empiète graduellement sur le temps pouvant être voué au travail et aux loisirs. À l'échelle internationale, nous constatons que les taux de natalité des pays riches connaissent un déclin, contrairement à ceux des pays pauvres. Tant et aussi longtemps que les revenus continueront d'augmenter au Canada, tout incitatif financier visant à promouvoir les naissances est susceptible de n'entraîner des résultats qu'au sein des fractions défavorisées de la population. Les conséquences de cette situation quant au tissu social canadien demeurent inconnues.

Au Canada, les praticiens médicaux sont en bonne position pour influencer le taux de natalité nationale, et ce, non pas en offrant des incitatifs à la reproduction, mais bien en maximisant le potentiel génésique de ceux qui souhaitent avoir des enfants. En clair, cela signifie qu'ils peuvent mettre en œuvre les meilleurs moyens possibles de prendre en charge l'infertilité et, ce qui est peut-être encore plus important, s'assurer que tous comprennent la nature de la relation entre l'âge maternel et la fertilité. En ce qui concerne les Canadiennes, l'âge maternel moyen et l'âge moyen au moment de la première naissance sont tous deux en hausse depuis quelques décennies, phénomène attribuable à la décision de reporter la grossesse<sup>2</sup>; de plus, ce ne sont pas toutes les grossesses prévues qui en viennent à se réaliser lorsque le report s'avère de trop longue durée.

J Obstet Gynaecol Can, vol. 29, n° 2, 2007, p. 113–114

Bon nombre de femmes reportent la grossesse en croyant avec assurance que les technologies génésiques leur permettront de renverser tout déclin lié à l'âge affectant leurs capacités génésiques. Cependant, selon un modèle informatisé de simulation génésique, les technologies de procréation assistée ne présentent le potentiel de récupérer que la moitié des naissances perdues en raison de la décision de reporter la première tentative de grossesse de 30 à 35 ans; de plus, ces technologies ne présentent le potentiel de récupérer que moins de 30 % des naissances perdues lorsque l'on reporte la première tentative de grossesse de 35 à 40 ans<sup>3</sup>. Ainsi, les femmes qui choisissent de reporter la grossesse doivent être avisées que nous ne sommes pas, à l'heure actuelle, techniquement en mesure de renverser tous les effets de l'âge sur le potentiel génésique.

Parmi les causes sous-jacentes du déclin de la fertilité féminine au fur et à mesure du vieillissement, on trouve la baisse du nombre et de la qualité des ovocytes, les troubles de plus en plus fréquents qui affectent l'ovulation, le nombre croissant de grossesses improductives (ce qui reflète, en partie, un risque accru d'aneuploïdie embryonnaire) et les taux croissants des complications affectant la grossesse<sup>4</sup>. Bien que nous commençons à comprendre les mécanismes par lesquels ces événements affectent la fertilité, nous demeurons incapables de les renverser au moyen d'interventions sans risques.

Il est cependant possible que nous en venions un jour à pouvoir le faire. Puisque la cryoconservation du sperme constitue une technique qui est établie depuis des années, les hommes qui subissent une stérilisation volontaire ou involontaire à un jeune âge sont en mesure de préserver leur potentiel de connaître la paternité; certains hommes sont même devenus pères de façon posthume. La conservation d'ovocytes ou de tissu ovarien s'avère plus risquée, mais potentiellement plus précieuse, en raison de la possibilité d'éviter la détérioration de la fonction ovocytaire attribuable à l'âge. Cependant, la viabilité de la cryoconservation du tissu ovarien reste à établir, en raison du faible nombre de grossesses signalées chez des femmes s'étant soumises à une réimplantation de tissu ovarien

congelé-dégelé, et la possibilité que ce tissu ne puisse donner lieu à des grossesses ne peut être réfutée<sup>5</sup>. Pour l'instant, nous ne pouvons présumer que les risques, bien que faibles, qui sont associés au prélèvement et à la cryoconservation de tissu ovarien chez de jeunes femmes en santé sont neutralisés par la certitude qu'une fertilité normale sera restaurée à la suite de la décongélation du tissu en question. Lorsque nous serons en mesure de démontrer que le tissu ovarien issu de jeunes femmes en santé peut fonctionner normalement à la suite de son prélèvement, de sa cryoconservation, de sa décongélation et de sa réimplantation, nous serons bel et bien parvenus aux portes d'une nouvelle ère génésique.

Le défi que constitue la relance des taux de fertilité au pays est indéniable. Cependant, nous avons tendance, au Canada, à aborder les questions associées aux technologies génésiques avec grande prudence<sup>6</sup>. Quoi qu'il en soit, force est de constater que les politiques sociales faisant la promotion de la reproduction au pays n'ont pas réussi à renverser le ralentissement de la croissance génésique. Le moment est venu pour la technologie de prendre la place qui lui revient et pour nos décideurs publics de renforcer leur soutien à la recherche génésique; sinon, le Canada se verra profondément transformé par sa « croissance négative ».

## RÉFÉRENCES

1. Statistique Canada. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires*. Disponible à : <http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/listpub.cgi?catno=91-520-XIE2005001>. Consulté le 18 décembre 2006.
2. Statistique Canada. *Le Quotidien : Bulletin du mardi 12 juillet 2005*. Disponible à : <http://www.statcan.ca/Daily/English/050712/d050712a.htm>. Consulté le 18 décembre 2006.
3. Leridon H. « Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment », *Hum Reprod*, vol. 19, 2004, p. 1548-53.
4. Rowe T. « Fertility and a woman's age », *J Reprod Med*, vol. 51, 2006, p. 157-63.
5. Oktay K. « Spontaneous conceptions and live birth after heterotopic ovarian transplantation: is there a germline stem cell connection? », *Hum Reprod*, vol. 21, 2006, p. 1345-8.
6. Jansen RPS. « Evidence-based ethics and the regulation of reproduction », *Hum Reprod*, vol. 12, 1997, p. 2068-75.