

La Loi sur la procréation assistée

Paul Claman, MD, FRCSC

Ottawa, Ontario

La *Loi sur la procréation assistée* (LPA)¹ contribue à assurer la sûreté et le caractère éthique du recours aux techniques de procréation assistée pour les Canadiens. Cependant, en tant que médecin, je suis grandement préoccupé par la façon dont cette loi (laquelle a reçu la sanction royale en mars 2004) limitera les choix génésiques de nombreuses patientes nécessitant un traitement contre l'infertilité. De surcroît, le conseil d'administration de Procréation assistée Canada (PAC), nommé par le gouvernement en décembre 2006 et responsable de l'établissement des normes de pratique de la procréation assistée et des règlements fondés sur la LPA, ne compte aucun représentant des spécialistes en procréation assistée ni des porte-parole des patientes infertiles. En excluant les représentants des spécialistes, ce conseil d'administration risque dangereusement d'établir des normes de pratique ne tenant aucunement compte des soins pratiques prodigués aux patientes infertiles.

Les patientes infertiles les plus profondément affectées par la *Loi sur la procréation assistée* sont celles qui nécessitent un traitement au moyen de gamètes provenant d'un donneur. La LPA interdit la rémunération (quelle qu'elle soit) des donneurs de sperme ou d'ovules, exception faite du remboursement des dépenses assorties d'un reçu (p. ex. frais de stationnement ou d'autobus). Bien que la législation ait eu pour objectif de prévenir la réification des spermatozoïdes et des ovules, son entrée en vigueur a néanmoins entraîné la fermeture de toutes les banques de sperme de donneurs au Canada. Les Canadiennes connaissant une ménopause prématurée qui ne peuvent compter sur une amie disposée à sacrifier l'énergie affective et le temps considérable que nécessite le don d'ovules se trouvent également affectée par la LPA; elles ont dorénavant perdu tout espoir de grossesse.

Les couples infertiles en raison de problèmes liés aux spermatozoïdes peuvent toujours, s'ils disposent d'une certaine quantité de leur propre sperme et des moyens financiers nécessaires, s'en remettre à la fécondation *in vitro*

(FIV) ou à l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (IICS), lesquelles entraînent des frais plus de dix fois supérieurs à ceux de l'insémination faisant appel à un donneur. L'autre option actuellement utilisée par certains consiste à importer du sperme congelé des États-Unis, pays où les donneurs sont toujours rémunérés. Cette option sera toutefois rendue caduque d'ici quelques années lorsqu'une interdiction sera imposée à l'importation de sperme provenant d'endroits où les donneurs sont rémunérés, conformément aux dispositions de la LPA.

Dans le cas des couples qui nécessitent un don d'ovules, le tourisme génésique constitue la seule option possible, et ce, puisque nous ne sommes toujours pas en mesure de procéder de façon fiable à la congélation des ovules et à leur entreposage en vue d'une utilisation ultérieure. La plupart de nos patientes nécessitant un don d'ovules en sont actuellement réduites à fréquenter des cliniques américaines (lesquelles versent aux donneuses des honoraires d'en moyenne 4 000 \$ par don d'ovules) afin d'obtenir un traitement.

En procédant à la rédaction de la LPA, nos législateurs espéraient être en mesure de mettre sur pied des banques de sperme faisant appel à des donneurs bénévoles, comme cela a été fait dans un nombre restreint d'autres pays. À mon avis, le don volontaire, non rémunéré et anonyme de sperme et d'ovules ne constitue pas une option viable dans le contexte canadien. En effet, toutes les banques de sperme canadiennes ont dorénavant fermé leurs portes et les courtiers de sperme vouent actuellement leurs efforts à l'importation de sperme avant l'entrée en vigueur de l'interdiction.

Tous les dons de tissus (qu'il s'agisse de sang, de reins, de sperme ou d'ovules) sont des gestes de bonté ayant pour but de soulager la misère humaine. À mon sens, le fait de rémunérer les gens qui s'adonnent à des gestes de bonté ne soulève aucune ambiguïté sur le plan moral. En tant que médecin, je voue la plupart de mon temps à poser des gestes de bonté pour tenter de soulager la misère humaine et, néanmoins, personne ne s'objecte à ma rémunération. Je vis dans l'espoir que nos législateurs en viendront à envisager

J Obstet Gynaecol Can, vol. 29, n° 4, 2007, p. 305–306

de modifier la LPA afin de permettre le versement d'honoraires raisonnables aux donneurs de sperme et d'ovules. Ces honoraires pourraient être structurés de façon à prévenir la réification et la commercialisation du sperme et des ovules, tout en rémunérant quelque peu les donneurs de gamètes. Il serait raisonnable, par exemple, d'offrir une somme permettant de compenser la perte de revenus occasionnée par le fait de consacrer du temps de travail au don de gamètes. Les donneurs de sperme doivent, à de multiples reprises, quitter leur lieu de travail pour se rendre à la clinique afin de se soumettre à des tests répétés de dépistage des maladies infectieuses; chacune de ces visites dans une banque de sperme peut être d'une durée d'une demi-journée. Des honoraires raisonnables allant de 25 \$ à 50 \$ l'heure, pour le temps consacré au processus de don, pourraient être versés aux donneurs, sans pour autant entraîner un risque significatif de provoquer la commercialisation de ce processus. Au Canada, les couples nécessitant un don de sperme ou d'ovules ne seront en mesure d'avoir accès à cette option de traitement que si la LPA fait l'objet de modifications permettant une certaine forme de rémunération des donneurs.

En gros, la LPA offre d'importantes balises quant à la réglementation de la procréation assistée. Cependant, l'établissement de normes et de règlements quant à la pratique concrète donne lieu à plusieurs interprétations possibles de la LPA. Ainsi, nous avons été abasourdis d'apprendre, en décembre 2006, que le conseil d'administration de PAC nommé par le gouvernement fédéral ne comptait aucun représentant des spécialistes en procréation assistée ou des patientes infertiles. Les membres de ce conseil disposent bel et bien de la liberté de consulter les spécialistes et les parties intéressées; cependant, sans le contrepoids de l'apport de médecins et de patientes ayant de l'expérience quant à la prise en charge des problèmes de fertilité, nous sommes confrontés à un risque important de voir les normes et les règlements (fondés sur la LPA, mais interprétés par PAC) être influencés par les opinions personnelles des membres du conseil.

Enfin, maintenant que le gouvernement fédéral a jugé approprié de réguler la procréation assistée (en promulguant la LPA au printemps 2004), le temps est venu d'incorporer les traitements contre l'infertilité à la *Loi canadienne sur la santé*. Le Canada est le seul pays occidental offrant une médecine socialisée qui n'octroie pas de fonds publics aux traitements de procréation assistée. Par cette absence de financement, le gouvernement semble ne faire que peu de cas de la misère que génère l'infertilité et indiquer que l'importance d'avoir une famille est moins reconnue au Canada que partout ailleurs en Occident. Le

fait d'inclure les traitements de procréation assistée à la *Loi canadienne sur la santé* forcerait les ministères provinciaux de la santé à les financer.

En rédigeant la LPA, nos dirigeants ont indiqué qu'ils reconnaissaient l'importance de la procréation assistée. Cette reconnaissance doit également englober le financement de la procréation assistée pour les Canadiens qui en expriment le besoin. Si seulement le gouvernement pouvait enfin vraiment comprendre l'importance des traitements de procréation assistée, des modèles novateurs de financement pourraient être structurés de façon à générer l'entière récupération des coûts ou même permettre des économies pour les ministères provinciaux de la santé. En finançant les traitements de FIV, la Belgique a, par exemple, réalisé des économies nettes en subordonnant le financement à la limitation du nombre d'embryons transférés à un ou deux.

À l'heure actuelle au Canada, les patientes qui déboursent d'énormes sommes d'argent (8 000 \$, en moyenne, pour un cycle de traitement FIV-IICS) font pression sur leurs médecins afin d'obtenir le transfert de nombres importants d'embryons pour maximiser les chances de grossesse, ce qui provoque la hausse du risque de grossesse multiple de rang élevé. Les coûts énormes de la prise en charge des enfants très prématurés qu'engendrent les grossesses multiples de rang élevé sont habituellement assumés par les ministères provinciaux de la santé.

Les dons anonymes de sperme et d'ovules ne font plus partie des options mises à la disposition des Canadiennes infertiles. En l'absence d'une modification de la LPA permettant le versement d'honoraires raisonnables aux donneurs de sperme et d'ovules, il est peu probable que cette situation en vienne à changer. Les lignes directrices régissant ces honoraires pourraient prévoir une rémunération en fonction du temps consacré aux dons par les donneurs, tout en respectant l'intention de la LPA d'interdire la commercialisation des tissus génésiques humains. Malgré ces problèmes, la promulgation de la LPA démontre que notre gouvernement reconnaît dorénavant l'importance des traitements de procréation assistée au sein de la société canadienne. Il est maintenant temps que cette reconnaissance englobe tout particulièrement l'incorporation des traitements de procréation assistée à la *Loi canadienne sur la santé*, pour que nous puissions améliorer l'accès aux traitements efficaces contre l'infertilité pour toutes les Canadiennes.

RÉFÉRENCES

1. *Loi sur la procréation assistée*. Sanction royale : le 29 mars 2004. L.C. 2004, c. 2. Disponible à : <http://lois.justice.gc.ca/fr/ShowFullDoc/cs/A-13.4//fr>. Consulté le 14 février 2007.