

Accès à des soins de fertilité efficaces au Canada

Edward Hughes, MB ChB, MSc, FRCSC

Université McMaster, Hamilton (Ont.)

L'accès à des soins de fertilité efficaces (fécondation *in vitro* [FIV], injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde [IICS] et congélation d'embryons) est réservé aux Canadiens hypofertiles fortunés. L'article du Dr Jeff Nisker¹ sur l'accès à des soins de fertilité efficaces constitue une analyse scientifique de cette question soulevant de grandes passions.

Le Canada est le seul des pays développés dotés de lois semblables à la *Loi sur la procréation assistée* qui n'offre pas un traitement financé par les deniers publics. Le Dr Nisker avance que cette absence de « justice distributive » pourrait être rectifiée si les décisions au sujet de la répartition des ressources (rationnement des traitements médicaux) étaient prises sous un « voile d'ignorance »². Si tous les décideurs étaient en mesure d'accepter de se voir comme étant potentiellement hypofertiles ou comme étant pauvres plutôt que riches et d'agir en fonction de cette prémisse, ils seraient naturellement portés à défendre les besoins des défavorisés plutôt que ceux des membres de leur groupe social. Ainsi, les décideurs n'auraient pas à faire fi de leurs propres intérêts. Au contraire, les intérêts personnels demeureraient une force nécessaire, mais ils seraient redirigés de façon à servir les besoins des défavorisés. Un tel concept est certainement attrayant : comme il serait merveilleux de bénéficier de décisions impartiales dans le domaine du « qui mérite quoi ».

En réalité, le rationnement des soins de santé est quelque peu différent. Les puissants groupes de pression composés de médecins, de patients et d'autres parties intéressées peuvent s'avérer si persuasifs qu'ils parviennent à obtenir ce qu'ils souhaitent sans même être soumis au processus de rationnement. Il est donc possible que les décideurs, avec ou sans leur voile d'ignorance, ne bénéficient jamais de l'occasion d'envisager la possible désassurance des interventions de santé défendues par de tels groupes de pression. Dans le cadre de l'expérience sur les soins de santé de l'Oregon, au cours de laquelle des paires diagnostic-

traitement ont été classées en ordre de priorité pour ce qui est du financement, les défenseurs de la cause de la santé mentale et infantile et des soins pour les personnes âgées se sont avérés si puissants qu'ils sont parvenus à s'exempter du processus de révision avant même qu'il ne commence. Puisque les causes défendues par ces groupes nécessitaient 70 % de l'enveloppe budgétaire, seulement 30 % des fonds d'origine pouvaient donc faire l'objet d'une répartition³. Contrairement aux personnes représentées par ces puissants groupes, les Canadiens hypofertiles sont en grande partie invisibles, mal compris et clairement minoritaires; il ne s'agit pas là d'un bon profil lorsque vient le temps de défendre sa cause dans un contexte de rationnement de ressources limitées.

La plupart des pays développés ont reconnu la valeur du fait de soutenir leurs citoyens hypofertiles. Pourquoi pas le Canada? Ici, il est évident que les traitements de fertilité ne sont pas considérés comme étant nécessaires sur le plan médical par la majorité des citoyens, des politiciens et peut-être même des médecins. Bien que la commission d'enquête parlementaire ait reconnu que l'hypofertilité constitue un problème tant médical que social, les territoires de compétence juridiques et gouvernementaux demeurent sceptiques⁴. En 1998, la Cour suprême de la Nouvelle-Écosse a statué que le financement public de la FIV / de l'IICS n'était pas justifiable puisque ce type de traitement ne s'avérait pas nécessaire sur le plan médical⁵. Un appel subséquent visant à renverser ce jugement a également été débouté par le procureur général de Nouvelle-Écosse; ce dernier a indiqué que la FIV et l'IICS « n'ont pas été soumis par la profession (médicale) à des fins de considération en vertu du processus auquel ont consenti les médecins et le gouvernement »⁶.

L'opinion selon laquelle la profession médicale est à blâmer pour le manque de financement demeure courante. La lettre qu'une femme a récemment adressée au ministre de la Santé de la Colombie-Britannique s'est méritée la réponse qui suit :

le programme de services médicaux se fie aux conseils de la profession médicale afin de déterminer la

J Obstet Gynaecol Can, vol. 30, n° 5, 2008, p.391-393

nécessité des interventions sur le plan médical. À ce jour, rien n'indique que la profession médicale considère que la FIV s'avère nécessaire sur le plan médical.

À titre de spécialiste canadien de l'ERI en exercice, bien que j'estime que cette affirmation soit difficile à accepter, il est possible qu'elle recèle une part de vérité. Notre profession joue en effet un rôle clé dans la prise de décisions au sujet de la répartition du financement entre les divers services; de plus, l'offre de traitements de fertilité efficaces ne semble pas constituer l'une de nos nombreuses priorités.

De toute évidence, le système gouvernemental canadien à deux paliers n'allège en rien le fardeau que l'on impose aux femmes hypofertiles. Le gouvernement fédéral régit les politiques en matière de santé à l'échelle nationale; la *Loi canadienne sur la santé* s'assurant de « de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre »⁷. Les gouvernements provinciaux tiennent les cordons de la bourse et doivent définir les concepts d'« accès raisonnable » et de « nécessité médicale ». Puisque aucune province n'y est parvenue de façon opérationnelle, chacune d'entre elles continue de prendre des décisions arbitraires quant aux services dignes d'un financement. Ainsi, d'un point de vue politique, les deux paliers de gouvernement semblent s'acquitter de leurs tâches; cependant, du point de vue des Canadiens hypofertiles, c'est une toute autre histoire... Seules l'Ontario et le Québec offrent un quelconque soutien; de plus, dans ces deux provinces, ce soutien n'est que minime. En Ontario, quatre centres offrent des traitements financés aux femmes qui présentent une occlusion tubaire totale, soit un diagnostic qui représente 1 % de toutes les causes d'hypofertilité⁸. Deux centres ontariens (affiliés à un hôpital) se sont vus contraints de facturer aux patients des frais allant de 1 500 \$ à 2 000 \$ par cycle stimulé pour couvrir les coûts mis en cause. Environ 450 des 4 334 cycles de FIV menés en Ontario en 2006 ont fait l'objet d'un financement (10 % des cycles en Ontario et 5 % des 8 195 cycles menés au Canada). Le Québec offre un crédit d'impôt d'une valeur allant jusqu'à 30 % du coût du traitement, jusqu'à un maximum de 6 000 \$ par année. Voilà donc le financement total alloué à la FIV au pays.

Les dépenses en santé augmentent à un taux insoutenable partout au Canada. Ce ne sont pas toutes les technologies médicales ni tous les traitements qui s'avèrent abordables.

Ainsi, pourquoi les traitements de fertilité efficaces ne seraient-ils pas mis à la disposition de tous ceux qui en nécessitent? À l'endroit de ceux pour qui le respect de l'esprit de la *Loi canadienne sur la santé* ne constitue pas un

argument suffisant, nous pouvons formuler au moins deux raisons convaincantes sur le plan politique (fiscal). Premièrement, le financement de la FIV selon les bonnes indications, au moyen du transfert électif d'un seul embryon (TESE) le cas échéant, permettra de réaliser des économies^{9,10}. Le système actuel de financement incite les couples qui pourraient tirer avantage de la FIV, mais ne peuvent se la permettre, à se tourner vers des traitements moins efficaces, tels que le traitement aux gonadotrophines. Cette situation, conjointement avec la FIV faisant appel au transfert de multiples embryons, a contribué à une hausse grave et inacceptable du nombre d'accouchements multiples au cours des 20 dernières années¹¹. Les coûts associés aux soins que nécessitent ces accouchements multiples, lesquels sont financés par les budgets provinciaux, dépassent les coûts associés au traitement de FIV en tant que tel¹². Le financement de la FIV et du TESE, lorsqu'ils s'avèrent appropriés, entraînerait une réduction des coûts globaux associés aux soins.

Une deuxième raison politique motivant le financement de traitements de fertilité efficaces se résume au fait que le Canada a besoin de nouveaux citoyens. Au sein des pays développés, au fur et à mesure de la chute des taux de natalité et du vieillissement de la population, les coûts médicaux et sociaux iront en s'accroissant, tandis que l'assiette fiscale se rétrécira. Les traitements de fertilité constituent une stratégie de faible envergure mais rentable pour combattre ce problème imminent; à l'heure actuelle, en Europe et ailleurs, cette stratégie est considérée comme s'inscrivant dans le cadre d'une politique démographique positive et appropriée¹³.

Cheminons-nous vers l'instauration d'un accès équitable aux soins d'hypofertilité au Canada? En bref, la réponse est non. Des groupes tels que l'Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité (ACSI) ont récemment obtenu un certain succès, suscitant une réponse du gouvernement et la rédaction d'un rapport de la part du *Ontario Health Technology Advisory Committee* en octobre 2006. Ce rapport soutient la hausse de l'accès à la FIV faisant appel au TESE, mais seulement en présence d'indications maternelles relativement rares (telles que des anomalies utérines). Le soutien du recours à la FIV / à l'IICS en présence de spermatozoïdes gravement anormaux a également été recommandé. Le parti libéral de l'Ontario semble avoir été à l'écoute des doléances des patients. L'une de leurs promesses préélectorales était de mener une analyse de l'accès aux soins de fertilité. Aucune de ces initiatives n'a mené à des modifications ou à des gestes concrets. À titre de cliniciens et de chercheurs, nous continuons de fournir des données sur l'efficacité et la rentabilité, sur lesquelles peuvent se fonder les décisions au sujet du rationnement du

financement en santé^{14,15}. Ces études et d'autres avancent avec conviction que l'accès à la FIV pour les patients qui courent une chance substantielle de réussite (au moyen du TESE, le cas échéant) est tant efficace que rentable. Bien sûr, le problème, c'est que cette stratégie ne permet la réalisation que d'économies à long terme, tandis que les gouvernements semblent privilégier les tactiques à court terme.

Comment pouvons-nous nous sortir de cette impasse? Des groupes de pression puissants et cohésifs composés de défenseurs des droits des patients, de cliniciens et d'autres parties intéressées y sont parvenus en Australie et en Belgique, et j'estime que c'est ce qui nous manque au Canada. Un « voile d'ignorance » permettrait certainement d'égaliser les forces sur le champ de bataille du rationnement; toutefois, à moins que les intéressés unissent réellement leurs forces, la prise en charge de l'hypofertilité demeurera un service vulnérable et non essentiel. Le temps est maintenant venu de procéder à cet effort concerté, afin de réaliser le changement de paradigme qui nous mènera à des soins de fertilité réglementés. Ce changement est conçu pour aider les Canadiens hypofertiles, en améliorant la sécurité et l'efficacité. Ces femmes et ces hommes (tous des contribuables en règle, faut-il le rappeler...) méritent non seulement des soins sûrs et efficaces, mais également faciles d'accès.

RÉFÉRENCES

1. Nisker J. « Distributive justice and infertility treatment in Canada », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 30, 2008, p. 425-431.
2. Rawls J. *A theory of justice*, Cambridge, MA : Belknap Press of Harvard University, 1971.
3. Welch HG, Larson EB. « Dealing with limited resources: the Oregon decision to curtail funding for organ transplantation », *N Engl J Med*, vol. 319, n° 3, 1988, p. 171-3.
4. Baird P. *Un virage à prendre en douceur : Rapport final de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction*, Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction, Ottawa : Groupe Communication Canada, 1993, p. 1-659.
5. Chief Justice Joseph Kennedy, Nova Scotia Supreme Court. *IVF not a medically necessary treatment*, Chief Justice Joseph Kennedy, Nova Scotia Supreme Court, 1999.
6. Cameron v. Nova Scotia (1999), 177 D.L.R. (4th) 611 (N.S.C.A.)
7. Loi canadienne sur la santé (L.R., 1985, ch. C-6). Disponible à : <http://laws.justice.gc.ca/fr/ShowFullDoc/cs/C-6//fr>. Consulté le 10 mars 2008.
8. Collins JA, Ying S, Wilson EH, Wrixon W, Casper RF. « Clinical factors affecting pregnancy rates among infertile couples », *Can Med Assoc J*, vol. 130, 1984, p. 269-73.
9. Collins J. « Cost-effectiveness of in vitro fertilization », *Semin Reprod Med*, vol. 19, 2001, p. 279-89.
10. Bissonnette F, Cohen J, Collins J, Cowan L, Dale S, Dill S et coll. « Canadian Fertility and Andrology Society—Incidence and complications of multiple gestation in Canada: proceedings of an expert meeting », *Reprod Biomed Online*, vol. 14, 2007, p. 773-90.
11. Engmann L, Maconochie N, Tan SL, Bejir J. « Trends in the incidence of births and multiple births and the factors that determine the probability of multiple birth after IVF treatment », *Hum Reprod*, vol. 16, n° 12, 2001, p. 2598-605.
12. Collins J. « Too much of a good thing », *J Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 22, 2000, p. 177-8.
13. Grant J, Hoorens S, Sivadasan S, Loo MV, Davanzo J, Hale L et coll. « Trends in European fertility: should Europe try to increase its fertility rate . . . or just manage the consequences? », *Int J Androl*, vol. 29, 2006, p. 17-23.
14. Hughes EG, Beecroft ML, Wilkie V, Burville L, Claman P, Tummon I et coll. « A multicentre randomized controlled trial of expectant management versus IVF in women with fallopian tube patency (EMVI Study) », *Hum Reprod*, vol. 19, 2004, p. 1105-9.
15. Fisher ML, Kelemen MH, Collins D, Morris F, Moran GW, Carliner NH et coll. « Routine serum enzyme tests in diagnosis of acute myocardial-infarction. Cost-effectiveness », *Arch Intern Med*, vol. 143, 1983, p. 1541-3.