



SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE

*Mémoire présenté au nom de la
Société canadienne de fertilité et d'andrologie
dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques
sur le projet de loi no 89,
Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière
de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives*

Dr François Bissonnette, M.D., FRCP(c)
Président du comité pour l'amélioration des résultats en fécondation in vitro

Dr Robert Hemmings, M.D., FRCP(c)
Directeur régional Ontario/Québec

Le 28 mars 2006

Assemblée Nationale du Québec

TABLE DES MATIÈRES

La Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA)	2
Les initiatives d'autorégulation	2
<i>Mise au point</i>	2
<i>Le register des resultants en fecundation in vitro</i>	3
<i>Le sous groupe pour l'amélioration des resultants en fecundation in vitro</i>	3
Conclusion	4
Référence	6
Glossaire	7

1. La Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA)

C'est en 1954 que la société a été formée sous le nom de La société canadienne pour l'étude de la fertilité, par un petit groupe de médecins qui partageaient un intérêt pour la fertilité. Le nom de la société a été changé pour l'Association canadienne de fertilité en avril 1972. En 1983, la société s'est unie à la Société canadienne d'andrologie. Aujourd'hui, l'association canadienne de fertilité et d'andrologie représente plus de 400 médecins spécialistes, scientifiques, infirmières et psychologues qui s'intéressent au domaine de la reproduction.

Cette association est un catalyseur facilitant la communication entre les différents intervenants qui sont impliquées dans le domaine au Canada. La SCFA organise un congrès annuel où plusieurs communications scientifiques sont présentées; ce congrès, constitue l'occasion pour créer des interactions essentielles à l'élaboration de projets de recherche multicentriques, c'est-à-dire des projets de recherche qui sont menés au sein de plusieurs établissements. La SCFA génère régulièrement des guides de bonne pratique et établit des normes. Le guide de bonne pratique sur le sperme a d'ailleurs servi de référence au gouvernement fédéral pour l'élaboration de la loi sur le don de sperme.

2. Les initiatives d'autorégulation

a) Mise au point

Les traitements de l'infertilité sont des traitements médicaux. À l'instar de tous les traitements médicaux, ils doivent être administrés par des médecins compétents et consciencieux à des patients dûment informés de tous les risques ou inconvénients reliés à ces traitements.

En cela, ces traitements ne diffèrent aucunement de tous les traitements médicaux administrés pour guérir une maladie.

Néanmoins, il apparaît que ces traitements soulèvent davantage de problèmes d'éthique parce qu'ils sont reliés à la procréation des êtres humains. Dans la paranoïa suscitée par le spectre du clonage humain, il semble que l'on ait confondu clonage et procréation et qu'on ait craint que les avancées technologiques en nature de procréation médicalement assistée ne débouchent sur des technologies qui permettaient le clonage humain. Actuellement, le clonage humain s'avère impossible. Quant aux cliniques de fécondation in vitro, elles ne dispensent que des services de procréation médicalement assistée, et sont soumises à différentes lois, règlements et directives qui encadrent la pratique de la médecine de la reproduction au Canada et au Québec.

En plus des normes gouvernementales et paragouvernementales auxquelles ils sont actuellement soumis, les praticiens exerçant dans le domaine de la procréation médicalement assistée se sont d'eux-mêmes dotés d'une autorégulation coordonnée par La Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA).

b) Le registre des résultats en fécondation in vitro

Au sein de la SCFA, les directeurs médicaux de toutes les cliniques de fécondation in vitro au Canada ont formé un groupe qui se réunit régulièrement. Les 25 cliniques offrant les traitements de fécondation in vitro au Canada y sont représentées. Plusieurs initiatives ont été prises au fil des ans pour améliorer la qualité des traitements offerts au Canada.

Par exemple, un registre autofinancé de toutes les procédures de fécondation in vitro a été mis sur pied. Ce registre ne profite d'aucune subvention gouvernementale. Chaque couple participe en versant cinq dollars par cycle de fécondation in vitro par l'entremise des cliniques. Cela nous permet d'avoir ainsi une idée plus précise de la situation de procréation médicalement assistée au Canada. Depuis 2001, les résultats annuels sont publiés dans « Fertility and Sterility ». Les résultats des cliniques canadiennes sont tout à fait comparables à ceux publiés par nos voisins Américains et les principaux centres européens. Les résultats sont publiés globalement pour éviter rendre public un classement sur les taux de grossesse des différentes cliniques. On évite ainsi que l'accessibilité aux traitements des couples ayant un mauvais pronostic soit compromise.

En 2003, il y a eu 7415 traitements de fécondation in vitro dans 24 centres au Canada. Le taux de grossesse par cycle a été de 24%:

- 31% pour les femmes âgées de 35 ans ou moins
- 22% pour les femmes âgées de 35 à 39 ans
- 9% pour les femmes âgées de 40 ans et plus

Il y a eu 31% de grossesses multiples (95% de jumeaux). Le nombre de bébés avec des anomalies congénitales n'a pas été différent que celui retrouvé dans la population canadienne en général.

c) Le sous groupe pour l'amélioration des résultats en fécondation in vitro

Un comité de l'amélioration des résultats en fécondation in vitro a été créé avec le mandat d'examiner les résultats de chacune des cliniques en se penchant sur celles qui présentent des résultats qui s'éloignent le plus de la moyenne nationale. Le comité regarde autant les taux de grossesse que l'incidence des grossesses multiples. Dans le contexte particulier de la procréation médicalement assistée, cette mise en commun de l'expertise et ce principe d'autorégulation sont tout à fait originaux et constituent un exemple pour la communauté mondiale.

Par ailleurs, les directeurs des cliniques de fécondation in vitro ont demandé au conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) il y a 5 ans, de créer un groupe spécifique pour permettre le processus d'accréditation des cliniques de fécondation in vitro sur une base volontaire. Il s'agit du même organisme qui accrédite les hôpitaux partout au Canada. Le processus est dispendieux, il demande beaucoup d'énergie de toutes les équipes impliquées. Typiquement, la visite externe de l'organisme accréditeur, qui revient aux trois ans, demande une préparation de six mois. Le programme est basé sur une autoévaluation validée par des visiteurs externes et une recherche perpétuelle de l'excellence.

Le succès de la fécondation in vitro est lié à de nombreux détails qui doivent être constamment réévalués. L'expertise ne s'improvise pas. Dans ce domaine compétitif, les pourvoyeurs de services médicaux doivent maintenir un très haut niveau de qualité. Il y a peu de domaine en médecine où les professionnels suivent d'aussi près leurs résultats.

Conclusion

L'investigation et le traitement des couples infertiles au Canada se font dans le respect des plus hauts standards. Malgré le sous financement flagrant de cette branche médicale, les spécialistes canadiens ont pu maintenir l'accessibilité aux ressources en développant des cliniques privées. En tout, il n'y a que 25 cliniques pour desservir le Canada en entier. Ces cliniques répondent à la demande actuelle et il n'y a pratiquement pas d'attente pour la fécondation in vitro au Canada. Comme pour tous les soins sur spécialisés, on peut se questionner sur l'accessibilité aux traitements pour les régions en dehors des grands centres.

Les chiffres nous démontrent que l'infertilité demeure un problème de santé majeur au Canada. En considérant la tendance démographique des dernières années, nous estimons que l'action du gouvernement aurait dû se centrer sur l'instauration d'une politique favorisant les couples qui désirent avoir des enfants. Nous estimons qu'il est inacceptable que les traitements pour l'infertilité ne soient pas couverts par l'assurance maladie et que les couples touchés doivent faire face à un fardeau financier important si leur condition exige qu'ils aient recours à la procréation médicalement assistée. Les autorités gouvernementales devraient réaliser qu'il est plus urgent de s'attaquer au problème de financement du traitement de l'infertilité plutôt que de dépenser des fonds pour alourdir la bureaucratie. Il faut éviter qu'une nouvelle loi rende les traitements de l'infertilité encore moins accessibles aux Québécois et aux Canadiens.

Le Québec a eu une initiative heureuse en permettant aux couples de bénéficier d'un crédit d'impôt. Ce crédit d'impôt remboursable pour des frais liés à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro équivaut à 30% des frais donnant droit au crédit et ne peut pas excéder 6 000 \$ par année. Mais l'accès au traitement reste limité et le Québec demeure un enfant pauvre lorsque l'on compare l'utilisation de la procréation médicalement assistée par les Québécois par rapport au reste du Canada.

Tous les organismes impliqués dans le traitement des couples infertiles au Canada en accord avec le groupe de support des patients (Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité, ACSI) souhaitent la mise en place d'une politique favorisant le traitement de l'infertilité. Ces organismes recommandent l'établissement d'un crédit d'impôt 100% remboursable (avec un seuil annuel de 30 000 \$ par an) applicable sur tous les traitements d'infertilité. Les économies réalisées par la diminution de 50% anticipée des grossesses multiples avec les frais médicaux associés couvriront amplement les coûts d'un tel programme.

Il est possible que la faible couverture médiatique témoigne que l'infertilité est perçue comme un problème sans importance même si cette condition affecte près d'un couple canadien sur dix. Nous estimons, enfin, que les systèmes d'autorégulation en place supervisés par les organismes provinciaux responsables de la qualité de l'acte médical sont amplement suffisants pour procéder aux vérifications nécessaires afin d'éviter les abus et les erreurs médicales. Il s'agit d'un domaine de la médecine qui demande une auto évaluation constante et une vérification externe supplémentaire serait dans ces conditions très peu pertinente.

La Société canadienne de fertilité et d'andrologie est un organisme représentant toutes les personnes impliquées dans le traitement des couples infertiles et les chercheurs qui travaillent dans le domaine de la reproduction au Canada. La Société standardise l'investigation et le traitement de l'infertilité au Canada en publiant régulièrement des guides de bonnes pratiques pour les médecins et les non-médecins impliqués dans le domaine. La SCFA cautionne un registre annuel des résultats en fécondation in vitro et a pris des mesures pour s'assurer d'une structure de contrôle pour éviter les résultats déviants. En plus la société offre une aide concrète aux cliniques aux prises avec des résultats plus faibles. Les structures déjà en place et les initiatives de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie assurent un traitement sécuritaire continuellement axé sur la recherche de l'excellence pour tous les couples infertiles canadiens.

Références

1. <http://www.cfas.ca/english/about.asp>
2. Gunby J, Daya S. Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2001 results from the Canadian ART Register. *Fertility and Sterility*, September 2005 (Vol. 84, Issue 3, Pages 590-599)
3. <http://www.iaac.ca/francais/infertilite.asp>

Glossaire

Avortement spontané: Communément appelé « fausse couche », l'avortement spontané désigne l'expulsion d'un fœtus non viable de moins de 500 g, habituellement avant la 20^e semaine de grossesse (calculée à partir de la première journée des dernières menstruations). On estime à 50 % de toutes les grossesses l'incidence des avortements spontanés, cette hypothèse s'appuyant sur le fait qu'un grand nombre de grossesses ne sont pas reconnues cliniquement.

Anovulation: Absence d'ovulation. Les cycles menstruels où aucune ovulation ne survient sont appelés anovulatoires. Les règles peuvent apparaître même s'il n'y a pas eu d'ovulation.

Azoospermie: décrit l'absence totale de spermatozoïde dans l'éjaculat.

Caryotype: Analyse les chromosomes à partir d'une prise de sang, toute anomalie chromosomique peut entraîner une malformation ou une maladie.

Col: Partie basse de l'utérus qui fait saillie vers le vagin et à travers laquelle les spermatozoïdes passent pour rejoindre l'utérus.

Congélation: Conservation d'organes ou de tissus à très basses températures. Les embryons non utilisés lors d'un cycle d'AMP peuvent être congelés en vue d'une utilisation future

Différenciation: Acquisition, par les cellules immatures, d'une fonction spécialisée ou d'une fonction spécifique du tissu.

Echographie: Examen utilisé au lieu des rayons X pour visualiser les organes reproducteurs, par exemple pour surveiller le développement folliculaire.

Embryon: Terme utilisé pour décrire les stades précoces de la croissance fœtale, de la conception à la huitième semaine de grossesse.

Épididyme: Organe stockant et nourrissant les spermatozoïdes au fur et à mesure de leur développement et lors de leur passage des testicules au canal déférent. C'est dans l'épididyme que les spermatozoïdes acquièrent leur mobilité.

Fausse couche: Perte spontanée d'un embryon ou d'un fœtus viable dans l'utérus.

Fertilité et fécondité: La fécondité fait référence à la capacité potentielle pour un couple de concevoir un enfant, alors que la fertilité s'entend de la capacité de concevoir, et elle s'évalue en fonction du délai de conception. La stérilité primaire est l'expression utilisée pour désigner un couple qui n'a jamais été capable de concevoir, après au moins un an de rapports sexuels non protégés. On parle de stérilité secondaire lorsqu'un couple a réussi à concevoir au moins une fois, mais qu'il en est incapable depuis.

FIV (Fécondation In Vitro): Les ovocytes produits par l'administration de médicaments améliorant la fertilité sont prélevés du corps de la femme et fécondés avec le sperme en laboratoire. Les embryons qui en résultent sont transférés à l'utérus à l'aide d'une pipette.

Fœtus: Terme désignant le produit de la conception dans le corps maternel une fois que les organes se sont formés, c'est-à-dire après le 3ème mois.

Follicules: Poches remplies de liquide présentes dans l'ovaire et contenant les ovocytes, libérés lors de l'ovulation. Chaque mois, un ovocyte se développe au sein d'un follicule de l'ovaire.

Gamète: Cellule reproductive. Le spermatozoïde chez l'homme, l'ovocyte chez la femme.

GnRH (« Gonadotropin Releasing Hormone »): Substance sécrétée toutes les quatre-vingt-dix minutes environ par une partie du cerveau appelée hypothalamus. Cette hormone permet à l'hypophyse de sécréter la LH et la FSH, lesquelles stimulent les gonades.

ICSI (« IntraCystoplasmic Sperm Injection » ou Injection de Spermatozoïde dans le Cytoplasme [de l'ovocyte]): Une micromanipulation (procédure sous microscope) par laquelle un seul spermatozoïde est directement injecté dans l'ovocyte, afin de permettre la fécondation en cas de spermatozoïdes en nombre très faible ou non mobiles (incapables de nager efficacement vers l'ovocyte). L'embryon est ensuite transféré à l'utérus.

IUI (Insémination intra-utérine): Procédure par laquelle un médecin place du sperme directement dans l'utérus à travers le col, à l'aide d'une pipette.

Implantation (Embryon): L'enfouissement de l'embryon dans les tissus afin d'établir un contact avec le flux sanguin maternel nutritif. L'implantation a généralement lieu au niveau de la membrane tapissant l'utérus ; toutefois, une grossesse extra-utérine peut avoir lieu ailleurs dans l'organisme.

Induction de l'ovulation: Traitement médical donné pour induire l'ovulation.

Infertilité: Incapacité d'un couple à réaliser une grossesse après un an ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés (six mois si la femme est âgée de plus de 35 ans) ou incapacité à mener une grossesse à son terme.

Insémination artificielle (IA): La dépose de sperme dans le vagin près du col utérin ou directement dans l'utérus, à l'aide d'une pipette plutôt que par un rapport sexuel. Cette technique est utilisée pour surmonter les problèmes de performance sexuelle, pour éviter les interactions sperme – mucus, pour maximiser le potentiel d'un sperme de mauvaise qualité, et pour utiliser du sperme de donneur.

Insuffisance ovarienne: Incapacité de l'ovaire à répondre à une stimulation par la FSH hypophysaire en raison d'une lésion ou d'une malformation de l'ovaire, ou d'une maladie chronique telle qu'une maladie auto-immune. Diagnostiquée par un taux sanguin élevé de FSH.

Maturation folliculaire: Développement du follicule dans l'ovaire

Motilité des spermatozoïdes: La capacité des spermatozoïdes à se déplacer. Une motilité altérée signifie que les spermatozoïdes ont des difficultés à se déplacer vers l'ovocyte.

Numération des spermatozoïdes: Le nombre de spermatozoïdes dans un éjaculat. Également appelé concentration en spermatozoïdes et exprimé sous forme de nombre de spermatozoïdes par millilitre.

Oligozoospermie: décrit une concentration insuffisante de spermatozoïdes dans l'éjaculat. On parle d'insuffisance si la concentration est inférieure à 20 millions par ml.

Ovocyte: Cellule reproductrice de la femme.

Ovulation: Rupture du seul follicule ovarien arrivé à maturité qui se produit au 14ème jour du cycle environ. Il y a alors libération d'un ovule fécondable qui sera capté par la trompe de Fallope.

PMA: Procréation Médicalement Assistée.

Ponction ovocytaire: Procédure utilisée pour prélever des ovocytes des follicules ovariens en vue d'une fécondation in vitro. La procédure peut être réalisée au cours d'une laparoscopie ou à travers le vagin à l'aide d'une aiguille, avec localisation échographique du follicule au sein de l'ovaire.

Prééclampsie: La prééclampsie se caractérise par l'apparition d'œdème, d'hypertension artérielle et de protéinurie (présence de protéines dans l'urine) durant la grossesse. La cause exacte de la prééclampsie demeure inconnue, mais plusieurs facteurs étiologiques ont été proposés, incluant des facteurs d'origine génétique, alimentaire, vasculaire (vaisseau sanguin) et auto immune. La prééclampsie survient dans environ 8 % de toutes les grossesses, le risque étant plus élevé lors des premières grossesses.

Spermatozoïde: Cellule microscopique munie d'une flagelle transportant les informations génétiques masculines vers l'ovocyte féminin ; cellule reproductrice masculine ; gamète masculin.

Spermogramme : Étude d'un éjaculat frais à l'aide d'un microscope afin de déterminer le nombre (numération), la forme (morphologie) et la capacité de déplacement (mobilité) des spermatozoïdes.

Stérilité idiopathique: On utilise ce terme lorsque la cause de la stérilité d'un couple reste inconnue même après des examens médicaux approfondis.

Stérilité primaire: Incapacité d'un couple à parvenir à une grossesse au bout d'un an de rapports sexuels réguliers sans contraception.

Stérilité secondaire: Incapacité de parvenir à une conception ou de mener à terme une grossesse après une ou plusieurs grossesses précédentes.

Stérilité tubaire: Stérilité en raison d'une obstruction des trompes.

Stérilité: Etat irréversible empêchant la conception.

Stimulation ovarienne: Traitement médical, par exemple au moyen de citrate de clomifène ou de FSH exogène, pour stimuler la croissance et le développement folliculaire. Le citrate de clomifène stimule la sécrétion de GnRH par l'hypothalamus afin d'augmenter la production des hormones FSH et LH par l'hypophyse. L'administration de FSH exogène (traitement avec des préparations contenant l'hormone folliculo-stimulante) sert à la stimulation directe des ovaires.

Syndrome d'hyperstimulation ovarienne (OHSS, SHO): Affection pouvant apparaître dans de rares cas lors de l'induction de l'ovulation. Les symptômes d'une hyperstimulation peuvent être les suivants : augmentation du volume des ovaires, accumulation de liquide dans le ventre, troubles gastro-intestinaux, ballonnements du ventre et prise de poids. Dans les cas graves, de sérieuses complications avec troubles pulmonaires et cardio-vasculaires peuvent apparaître, exigeant une hospitalisation.

Technologies d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP): Diverses procédures utilisées pour obtenir une conception sans rapport sexuel, par exemple la FIV.

Traitement de l'infertilité: Toute méthode ou procédure utilisée pour améliorer la fertilité ou augmenter la probabilité d'une grossesse, tel qu'un traitement inducteur de l'ovulation, un traitement chirurgical du varicocèle (varices du scrotum) et une microchirurgie de réparation des trompes de Fallope endommagées. L'objectif d'un traitement de l'infertilité est d'aider le couple à avoir un enfant.

Transfert de blastocyste: Avancée récente dans le traitement de l'infertilité, consistant à utiliser des embryons développés sur 4 à 5 jours (jusqu'à atteindre le stade de blastocyste), plutôt que 2 à 3 jours comme pour la FIV classique.

Transfert d'embryon: Le placement d'un ovocyte, fécondé in vitro, dans l'utérus ou la trompe de Fallope d'une femme.

Zygote: Cellule formée par l'union de l'oeuf et du sperme.

Source : SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE, L'investigation de l'infertilité par le médecin de première ligne : document de consensus, Société canadienne de fertilité et d'andrologie, juin 2003, p. 14-24. Glossaire établi par David Mortimer, Ph. D. Reproduit avec autorisation.