

PMA : la tentation financière ?

Jean-Michel Debry
*Institut de Pathologie et de Génétique
Loverval*

Il est des associations difficiles, déplacées, voire à éviter ; celle qui unit dans une même réflexion médecine et argent en fait incontestablement partie. On connaît à cet égard le déficit récurrent rappelé chaque fois qu'il le faut par le monde hospitalier, souvent invité, pour autoriser la survie d'un outil en besoin permanent d'excellence, de forcer le recours à des actes médicaux rémunérateurs.

Pour disposer du meilleur système de couverture médicale au monde associant (presque) gratuité, disponibilité permanente et pratique de haut niveau, le pays se trouve contraint d'en payer le prix par des moyens qui flirtent parfois avec les limites de la déontologie.

Des services médicaux sont épargnés par cette problématique, étant à la fois assurés d'une demande importante d'actes techniques et d'un remboursement des mêmes actes qui excède le coût réel. Aux antipodes, on retrouve d'autres pratiques qui, bien que faisant l'objet d'une demande importante, ont toutes les peines du monde à joindre les deux bouts des exigences budgétaires.

Les services des PMA font partie de ceux-là ou plutôt, en faisaient partie puisqu'il semble que depuis le passé récent qu'on va évoquer, les choses aient changé ; au même titre qu'ont changé les chiffres d'activité, ce qui semble traduire un déroutant rapport de cause à effet. L'analyse immédiate qui est proposée ici est peut-être teintée d'imprécision. Elle se veut toutefois sans parti pris ; elle n'offre rien d'autre que l'approche à connotation éthique d'une pratique en pleine évolution.

Les PMA dans les chiffres

Depuis ses lointaines origines à l'aube des années '80 jusqu'à l'acquisition de sa vitesse de croisière, la pratique de la FIV (indissolublement associée depuis 1991 à son corollaire ICSI) a globalement peu évolué dans les chiffres d'incidence. On lui connaît une croissance mesurée jusqu'à être confidentielle et plus d'un exégète y a trouvé le reflet d'une pratique en phase étroite avec les données fournies par l'épidémiologie de l'infertilité sévère, seul cas de figure relevant de ces pratiques souvent qualifiées de « haut de gamme » ou de « fin de parcours ». L'accès à des méthodes de stimulation et surtout de contrôle hormonal plus confortables, le passage d'un mode chirurgical à ambulatoire pour la nécessaire ponction ovocytaire, la réduction de la proportion des stimulations abandonnées faute d'une cinétique hormonale probante, la pratique simplement mieux maîtrisée, rien ne semble avoir influé sur le nombre annuel de ponctions d'ovules pratiquées ; un nombre très longtemps voisin de huit mille, chaque année, pour l'ensemble du pays.

Il y avait à cette situation une sorte de limite naturelle : le coût. Contrairement à la plupart des pays occidentaux et particulièrement de ses voisins, la Belgique n'a pas, longtemps, offert à ses couples stériles qui l'espéraient en secret, le remboursement de la pratique de laboratoire. Son coût était et demeure sans doute passablement élevé à l'aune des moyens financiers du couple belge moyen : de 875 à 1250 euros en général pour cette seule mais indispensable activité majorée, selon les cas, d'un nombre variable de frais collatéraux déclinés en déplacements répétés, manques à gagner divers ou autres tickets modérateurs.

Cette réalité qui ramène le traitement d'une stérilité rebelle à des contingences particulièrement terre à terre a sans doute contribué à maintenir le niveau de la pratique la plus visible des PMA à un niveau autorisé par les finances des couples concernés. Ou, au

moins à la partie d'entre eux aptes à consentir à ces mises de fond souvent répétitives et sans réelle garantie de succès. Et puis, Arlésienne de la FIV, le remboursement a enfin été accordé.

La délivrance

C'est le premier janvier 2003 que le décret autorisant le remboursement des frais de inhérents à la FIV et à l'ICSI a enfin été mis en application. Ce dernier n'a pas été acquis sans contrepartie. Il est du reste utile d'en rappeler la genèse.

L'idée est partie d'une option pragmatique formulée par le centre PMA de l'hôpital Middelheim d'Anvers. Elle était elle-même basée sur une découverte récente aux allures de révélation venue des pays scandinaves. Une réalité toute simple, cependant, qui n'a émergé qu'après vingt années de pratique de la FIV. Son fondement : le taux de grossesse est identique si on replace un ou deux - voire trois - embryons, à la condition que l' élu réponde à des conditions impérieuses de « qualité », traduites en un aspect morphologique irréprochable. Il suffit qu'au troisième jour de culture, il soit composé de 6 à 8 cellules symétriques non accompagnées de fragments cellulaires anucléés. Une morphologie idéale, donc, qui a rapidement mené à faire de ces modèles les « top embryons » dont l'expression quotidienne a conservé l'appellation. Si les taux de grossesses sont identiques, l'occurrence de grossesses multiples est en revanche sans commune mesure : quasi nulle dans un cas (limitée à l'incidence des jémellaires monozygotiques), proche voire supérieure à 25% dans l'autre.

(Des professionnels du domaine ont donc décidé la mise en œuvre d'une étude prospective visant à mesurer, de façon particulièrement pragmatique, l'économie réalisée par le remplacement d'un seul embryon par comparaison à ce qu'il advient lorsqu'on en replace deux ou davantage)¹ Les grossesses doubles ou triples, il faut le savoir, sont particulièrement dispendieuses à tous les niveaux, mais particulièrement en matière de soins de santé, la prématurité plus ou moins avancée étant synonyme de moyens humains et financiers spécialement lourds.

L'identification de ces frais, leur recensement et leur confrontation dans deux séries comparatives (tantôt un embryon remplacé, tantôt deux) a permis de dégager un montant qui, ramené à la pratique belge de la FIV, a permis d'envisager un remboursement pour tous. Pour les patients, les frais pouvaient enfin être pris en charge par la collectivité ; pour cette dernière, l'opération était en principe sans aucun danger budgétaire : ce qui était économisé d'un côté était redistribué de l'autre. Elégant et salutaire.

Lors de l'élaboration du projet, le nombre de ponctions d'ovules était encore proche de 8000 pour l'ensemble de la Belgique, comme évoqué plus haut. Ce n'était déjà plus tout à fait le cas en 2003 puisque, entre temps, des caisses mutuelles avaient prévu, moyennant un supplément de couverture de risque, la prise en charge des frais de laboratoire laissant à charge des patients concernés une modeste franchise. En 2002, par exemple, le nombre de ponctions était proche de 14 000, ce qui relève déjà d'un accroissement particulièrement significatif.

C'est encore sans mesure avec ce qui devait suivre puisque six mois environ après l'application du décret signifiant le remboursement intégral, un accroissement de plus de 50% était déjà enregistré dans l'ensemble du pays pour les seules PMA incluant la ponction ovocytaire. Les données manquent encore aujourd'hui pour connaître la cinétique de croissance suivie dans les plus récentes années. Pudiquement, de façon quasi unanime et avec exactitude dans certains cas, un accroissement de 25% est avancé par les différents centres pour justifier la majoration liée à la gratuité des techniques. On s'explique dès lors mal comment la pratique nationale a gonflé d'une proportion bien supérieure. On s'explique tout aussi mal pourquoi certains centres s'en tiennent à cette valeur alors qu'ils affichent, dans des dossiers accessibles par *internet*, des valeurs qui témoignent plutôt d'une augmentation bien supérieure, depuis juillet 2003, de leur volume d'activité.

Un accroissement justifié

Que l'activité soit globalement accrue à la faveur de ce remboursement est tout à fait légitime ; la pratique de laboratoire est dispendieuse et, en dépit des efforts souvent consentis en la matière par les centres PMA eux-mêmes, il a fallu compter avec une note finale proche de 1000 euros. Cela fait tout de même beaucoup et apparaît même rédhibitoire pour les couples les moins aisés. On peut également comprendre que pour les autres, la répétition de la méthode – qui souffre d'un échec final 4 fois sur 5, il faut s'en souvenir – puisse également poser problème.

Si un accroissement de 25% est effectivement observé dans certains centres, c'est à ce recours plus facile pour une frange non négligeable des couples belges que les chiffres le doivent. Beaucoup plus surprenants sont en revanche les accroissements de l'ordre du multiple, qui ne trouvent plus aucune base crédible d'explication épidémiologique : ils ne cadrent en effet plus avec les valeurs qu'on est en droit d'attendre dans des régions où l'incidence d'infertilité n'est pas connue pour être plus élevée qu'ailleurs. C'est donc qu'il existe d'autres raisons qui s'écartent de la réalité médicale et qui tirent éventuellement leur substance d'une tendance à la perversion du système. Les raisons sont multiples et on peut tenter d'en sérier quelques unes au moins.

Les bonnes raisons suspectées

La période d'attente préalable

Parmi les raisons qui permettent d'accroître les chiffres d'incidence de l'infertilité sévère des couples se retrouve le nombre de tentatives spontanées de conception. On considère en général qu'on ne peut raisonnablement entreprendre une médicalisation de la conception qu'à l'issue d'une année d'essais en conditions naturelles. Cette réalité repose sur des bases physiologiques : on sait en effet que les chances de conception d'un couple tout à fait fertile sont de l'ordre de 20% environ à chaque cycle. Une année correspond à une douzaine de cycles chez la femme. Si on tient compte de tous les impondérables susceptibles d'entraver le processus reproducteur normal (cycles anovulatoires, absence de rapports sexuels au moment opportun, anomalie chromosomique puis résorption du tout jeune embryon, etc.), on peut raisonnablement penser qu'une année permet en effet d'offrir au couple désireux d'enfanter de très bonnes chances de voir ses vœux aboutir. Si l'enfant ne paraît pas à l'issue de l'année, au moins une grossesse peut-elle être initiée.

C'est du reste ce que les valeurs épidémiologiques apprennent : à l'issue d'une année d'essais circonstanciés, 85% des couples ont normalement conçu, soit une très importante majorité. Si on leur offre une année supplémentaire, 5% additionnels s'ajoutent à cette proportion. On peut à ce moment raisonnablement penser que les 10% résiduels relèvent effectivement et inconditionnellement des PMA pour concevoir.

Il va de soi que cette règle élémentaire de l'« année d'essais improductifs » généralement évoquée par les spécialistes du traitement de l'infertilité autorise des exceptions. Inutile en effet de proposer des essais de conception spontanée quand l'historique médical rapporte une lésion tubaire irréversible et totale chez la femme ou une azoospermie chez le conjoint. De la même façon, il paraît déontologiquement inutile de faire indûment attendre un couple dont la partenaire a quarante ans révolus.

Ces cas exceptés, la période d'attente consensuelle d'une année est par conséquent justifiée. Est-elle respectée pour autant ? Officiellement, toujours. En règle générale sans doute aussi. Il n'empêche que la relation médecin-patient est à chaque fois spécifique ; que le couple peut

avoir de bonnes raisons de hâter les choses et que l'homme de l'art peut se montrer sensible à l'aspect clientéliste de ce rapport d'influence : *un peu plus tôt, un peu plus tard, quelle importance ?* Là est toute la portée du choix déontologique.

Ramener la période à neuf mois, par exemple, toutes conditions de rapprochement sexuel ayant été optimales, a sans doute encore sa pertinence ; qu'offrent les trois mois de plus sinon des chances additionnelles qui n'excèdent pas l'un ou l'autre pour cent ? Réduire à six mois est, à la limite, encore justifiable sur base juridique, dans la mesure où le décret fixant le remboursement prévoit ce dernier pour six tentatives seulement ; ce qui semble implicitement signifier que les chances de conception, au-delà, sont jugées faibles, sinon dérisoires. Réduire à trois mois revient en revanche à prendre en charge des couples tout à fait fertiles qui n'ont pas encore épuisé toutes leurs chances de conception spontanée. A raison de 20% d'espérance de grossesse par cycle de tentative, 60% des chances ont valablement été exploitées. Ce qui signifie que la prise en charge médicalisée de couples en attente d'enfant dès ce moment revient à prendre en charge 40% de couples fertiles. Le bénéfice est double : on gonfle le volume d'activité et on s'assure d'un taux de succès potentiellement élevé. Les statistiques du centre concerné prendront la voie de valeurs particulièrement enviables et vraisemblablement d'un niveau supérieur à celui auquel peuvent prétendre les centres concurrents respectueux des règles d'attente consensuelles.

La course à l'efficacité

Proposer en guise de solution à une hypofertilité masculine modérée des inséminations intra utérines (IIU) constitue incontestablement un traitement médicalisé simple de première intention. L'opération est facilement menée, mobilise peu le médecin et le couple et est d'un coût modique. Le taux de succès attendu est néanmoins significativement plus faible que celui auquel les méthodes plus invasives peuvent prétendre et on n'en maîtrise, par la force des choses, pas tous les paramètres. En contrepartie, outre qu'elles mènent à un succès avec une fréquence plus élevée, FIV et ICSI voient leurs frais afférents couverts par le remboursement évoqué. Dans sa grande mansuétude, le législateur qui a décidé la prise en charge des frais de laboratoire par la collectivité a oublié les techniques les plus simples – telles que l'IIU – qui restent à la charge exclusive et de façon souvent répétitive des patients concernés. Une logique très élémentaire permet dès lors l'établissement d'une élémentaire équation : d'une part, on dispose d'une technique simple mais au succès non garanti et dont il faut intégralement couvrir les frais, de l'autre, d'une méthode certes un peu plus sophistiquée, mais à l'efficacité avérée et au coût réduit aux frais collatéraux. L'option est en général rapidement prise, d'autant que le spécialiste consulté, auquel on demande une intervention si possible rapide et efficace, pourra, avec de la persuasion, faire pencher la balance dans le sens qui lui paraît le plus avantageux.

Les efforts de persuasion à mettre en œuvre sont en général limités lorsqu'il faut encourager des patients, qui n'attendent qu'un résultat, à consentir à l'option lourde proposée. Ils ignorent encore à ce moment le prix affectif, physique et émotionnel qu'ils auront finalement à payer, surtout en cas d'échec répété. Mais là encore, on peut raisonnablement penser que si une hypofertilité masculine légère ou, mieux encore, une imperméabilité de la glaire cervicale est à traiter, le succès sera rapidement au rendez-vous, menant au double bénéfice évoqué plus haut.

La prise en charge limitée

Soucieux de ne pas inutilement laisser les couples envisager une perspective de grossesse de moins en moins crédible, certains centres refusaient jusqu'il y a peu une prise en charge

excédant trois tentatives. Il est vrai que ce sont ces trois premières tentatives qui statistiquement offrent les meilleures chances de conception, avec une occurrence cumulative de l'ordre de 60%, comme on l'a évoqué. Cette option a surtout pour objectif de se réserver les tentatives qui mènent aux taux de succès les plus élevés et qui trouvent un évident prolongement dans les statistiques opérationnelles du service. Assez étrangement, l'occurrence du remboursement de 2003 a mené certains de ces centres à revoir leur politique et à prolonger la prise en charge jusqu'à concurrence des six cycles couverts par la sécurité sociale. C'est, sur le fond, assez étonnant : une prise en charge des frais de la technique ne devrait en principe rien changer aux taux de succès qui y sont associés, sauf à penser bien entendu que pour des raisons qui sont à éclaircir, la technique offerte jusque-là ne bénéficiait pas des conditions autorisant l'obtention d'un optimum d'efficacité.

Conclusion

Ces quelques éléments montrent qu'en Belgique en tout cas, l'acquisition d'un remboursement des frais de laboratoire dans le cas des PMA peut mener à une modification – d'autres parleront de perversion - des principes d'une déontologie acquise depuis longtemps ; des principes toujours affirmés haut et clair mais qui, dans la pratique quotidienne, connaissent quelques exceptions dont celles reprises ici.

Un accroissement du volume d'activités de l'ordre de 25% tel qu'annoncé est tout à fait crédible si on le rapproche de l'accès aux PMA rendu plus facile pour les couples aux revenus les plus modestes. C'est évidemment tout le bénéfice d'une disposition législative si longtemps attendue. Cela n'explique en aucun cas l'accroissement du volume d'activités revendiqué par certains centres qui affichent une majoration en ce sens de plusieurs centaines de pour cent parfois. Sauf à imaginer bien entendu que la région où ils inscrivent leur domaine d'influence a atteint en l'espace de très peu de temps – et singulièrement depuis la mi-2003 – un degré de paupérisation sans équivalent dans le reste du pays ; une paupérisation qui devrait amener les responsables politiques à une prise en charge dans l'urgence. Sauf à penser enfin que l'infertilité des Belges s'est subitement et dramatiquement accrue suite à un événement ponctuel et non identifié survenu dans la nuit du 30 juin au 1 juillet 2003.

On pourrait légitimement se demander si la possibilité enfin offerte aux couples d'accéder gratuitement – ou presque – aux techniques les plus lourdes des PMA, n'aurait pas donné des idées aux responsables de certains centres qui y ont vu la possibilité d'un profit aux déclinaisons multiples dont l'attrait du gain ne constitue qu'un élément. Dans le contexte hospitalier où ils sont définitivement et intégralement inscrits depuis la loi de 1999, les centres de PMA ont longtemps traîné dans leur sillage le goût amer de la non rentabilité. Ce qui a valu à plus d'un responsable d'user de tous les moyens disponibles pour assurer l'équilibre budgétaire sous le regard noir des responsables financiers. Pour avoir été longtemps le biologiste unique partagé par plusieurs centres, je crois savoir mieux que beaucoup d'autres les solutions retenues. A cet égard, la manne dorénavant offerte via ce remboursement constitue sans conteste une bouffée salutaire d'un oxygène financier dont plus d'un tend à user jusqu'à – parfois - dépasser la mesure. Est-ce éthique ? Est-ce simplement déontologique ?

Il viendra un temps où des responsables bien intentionnés constateront que les 8000 ponctions annuelles qui ont permis le calcul du remboursement ont connu, en un temps étonnamment court, une magistrale et incompréhensible multiplication. Des questions seront posées pour la circonstance. Y aura-t-il alors des réponses cliniques, épidémiologiques ou tout simplement appropriées à fournir ?
