



Projet de loi n° 73 :
**Assurer des services de procréation assistée équitables, pérennes et
sécuritaires aux Québécois**

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

Par :
Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ)

Décembre 2020

Table des matières

<i>Sommaire exécutif</i>	3
Pour préserver l’accessibilité	3
Pour assurer la pérennité et des services de qualité	3
Liste des recommandations	4
Pour un accès équitable à travers le Québec	4
Pour parfaire le programme précédent	6
Pour une couverture publique complète	7
Pour un service pérenne.....	9
<i>À propos de l’Association des obstétriciens et gynécologues Québec</i>	11
<i>Un retour attendu</i>	12
<i>L’importance de préserver l’accès à la procréation assistée</i>	12
Des services accessibles à travers la province	13
Éviter l’exode des expertises	14
Éviter des bris de services pour les patientes âgées de 42 ans	16
Corriger les erreurs du passé.....	18
<i>Assurer une couverture publique complète</i>	19
Oncopréservation, diagnostic génétique préimplantatoire, don d’ovule et investigations préalables.....	19
<i>Une vigie améliorée</i>	22
Participation au Registre canadien de procréation assistée	23
<i>Une gestion rigoureuse pour assurer la pérennité du service</i>	25
Des pouvoirs d’enquête salués	25
<i>Favoriser l’innovation</i>	28
<i>Conclusion</i>	28

Sommaire exécutif

L'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ) salue la volonté du gouvernement du Québec de rétablir la gratuité de certains traitements de procréation médicalement assistée (PMA) pour les Québécois. Il s'agit d'une orientation attendue depuis longtemps par les membres de notre association qui permettra à davantage de personnes de réaliser leur projet parental en plus d'alléger le fardeau financier qui peut y être associé.

Pour préserver l'accessibilité

Par le biais de ce mémoire, l'AOGQ propose des recommandations au législateur dans le cadre du Projet de loi n° 73 afin de faire en sorte que le programme public de PMA soit accessible, sécuritaire et pérenne. C'est de cette façon que nous pourrions permettre aux personnes qui doivent se tourner vers cette option de concrétiser leur rêve légitime de concevoir une famille, et ce, en respectant les plus hauts standards de qualité.

En ce qui concerne l'accessibilité, il nous apparaît essentiel que les Québécois aient accès au programme public, peu importe où ils résident. Étant donné que la couverture des soins et des services de fertilité n'est pas égale d'une région à l'autre, nous recommandons au gouvernement du Québec de définir les besoins régionaux et d'établir un plan de déploiement optimal visant à assurer l'équité à travers la province. Dans ce contexte, les permis délivrés pour les centres de procréation assistée (CPA) par le ministre de la Santé et des Services sociaux devraient tenir compte des besoins en se basant sur des données démographiques et la couverture actuelle des services. À cet égard, nous proposons de mettre en place un comité afin de soutenir le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de cette démarche.

Par ailleurs, l'accessibilité et la continuité des services en gynécologie, en obstétrique et en fertilité passent par une disponibilité adéquate des professionnels tant dans le réseau privé que public. Par conséquent, les ressources humaines doivent être équitablement réparties entre le secteur public et le secteur privé. La présence offerte devrait également être basée sur des besoins régionaux préalablement définis.

Pour assurer la pérennité et des services de qualité

Nous incitons le législateur à un suivi serré du programme et des activités effectuées par les CPA. Pour éviter les dérives du passé, il nous apparaît important d'obtenir une vue d'ensemble des soins et services en matière de PMA offerts aux Québécois. À cet égard, nous sommes heureux de constater que le projet de loi prévoit la mise en place d'une collecte systématique de données sur les activités des CPA. Nous recommandons de maintenir obligatoire le dépôt de ces données par les CPA d'ici la mise en fonction du

registre québécois. En étant dépersonnalisées et agrégées, les données transmises devraient contenir le nombre total de cycles effectués, le taux de grossesse et de naissance par cycle effectué, le taux de succès par transfert d'embryons frais et congelés, le nombre de grossesses multiples ainsi que certaines variables de profil (âge, diagnostic, etc.). L'accessibilité aux données cliniques et de fonctionnement permettra de veiller à une bonne gouvernance du programme. Une façon aisée d'y arriver serait de rendre obligatoire, pour toutes les cliniques possédant un permis de CPA, la participation au Registre canadien de procréation assistée, déjà existant, afin d'assurer un meilleur suivi des effets sur la santé des femmes et des enfants.

Enfin, étant donné que les fonds publics ne sont pas illimités, nous comprenons la nécessité de doter le programme de critères précis, qui sont, notamment, basés sur l'indication médicale et les chances de succès des traitements. Nous proposons toutefois au gouvernement, pour une question d'équité, d'élargir le programme proposé pour inclure, notamment, des exceptions pour :

- certaines femmes de 42 à 45 ans en cours de processus pour les transferts d'embryons,
- les femmes atteintes ou ayant été atteintes d'un cancer,
- les familles porteuses ou atteintes de maladies génétiques particulières qui devraient avoir recours au diagnostic préimplantatoire
- ainsi que le don d'ovules chez certaines femmes de moins de 41 ans.

Liste des recommandations

Pour un accès équitable à travers le Québec

1. Modifier l'article 6 du projet de loi modifiant l'article 19 de la *Loi sur les activités clinique et de recherche en matière de procréation assistée* en y ajoutant le fait que l'on doit tenir compte des données démographiques. Ainsi, le ministre peut délivrer, modifier ou renouveler un permis à un centre qui remplit les conditions prévues à la présente loi. Toutefois, il peut refuser de délivrer un tel permis s'il estime que l'intérêt public le justifie, notamment en se fondant sur les besoins de la région **préalablement définis en fonction de données démographiques** où doit être situé ce centre.

*6. L'article 19 de cette loi est modifié par l'insertion, à la fin du premier alinéa, de « notamment en se fondant sur les besoins de la région **préalablement définis en fonction de données démographiques** où doit être situé ce centre ».*

2. Retirer l'obligation d'obtenir un permis pour les cliniques 2A, soit celles où les médecins offrent des évaluations de l'infertilité, des stimulations ovariennes (agents oraux) avec insémination artificielle et autres traitements de niveau 1¹.

34.10. Pour être considérés comme des services assurés aux fins du paragraphe e du premier alinéa de l'article 3 de la Loi, les services de procréation assistée mentionnés aux articles 34.7 à 34.9 doivent être rendus dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré par le ministre en vertu de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01) ou par une clinique 2A, soit celle offrant des évaluations de l'infertilité, des stimulations ovariennes avec insémination artificielle et autres traitements de niveau 1.

3. Prévoir la mise en place d'un comité mené pour définir les besoins régionaux en matière de procréation assistée et la répartition des effectifs. L'AOGQ ainsi que la FMSQ devraient y siéger.
4. Préciser clairement dans le projet de loi à l'article 6 que les ressources humaines doivent être équitablement réparties entre le secteur public et le secteur privé en apportant un amendement à l'article 19 de la Loi sur les activités clinique et de recherche en matière de procréation assistée. La présence offerte dans le secteur public devrait également être basée sur les besoins régionaux préalablement définis.

19. Le ministre peut délivrer, modifier ou renouveler un permis à un centre qui remplit les conditions prévues à la présente loi. Toutefois, il peut refuser de délivrer un tel permis s'il estime que l'intérêt public le justifie.

De plus, le ministre peut assujettir la délivrance, la modification ou le renouvellement d'un permis à toute condition, restriction ou interdiction qu'il détermine, notamment en tenant compte d'une répartition équitable entre les régions et entre le secteur public et le secteur privé.

5. Supprimer le critère d'âge pour le transfert d'un embryon (suppression de l'alinéa b de l'article 34.6) et ajouter le paragraphe suivant après l'alinéa ii) de l'article 34.6 et des mesures d'exception sont proposées afin de tenir compte des complications significatives et de la morbidité à partir de 45 ans. Il est recommandé d'apporter les amendements suivants à l'article 34.6 :

¹ <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-11-18-fr-activites-de-procreation-medicalement-assistee.pdf>

34.6. Les services de procréation assistée requis à des fins d'insémination artificielle et de FIV sont considérés comme des services assurés uniquement si :

a) la femme est âgée de 18 ans ou plus et de moins de 41 ans :

i. dans le cadre de l'insémination artificielle, au moment de la stimulation ovarienne lors d'un cycle ovulatoire stimulé ou naturel modifié, au premier jour du cycle menstruel lors d'un cycle ovulatoire naturel, ainsi qu'au moment de toute insémination ;

ii. dans le cadre de la FIV, au moment de la stimulation ovarienne lors d'un cycle ovulatoire stimulé ou naturel modifié, ou au moment de la ponction ovarienne lors d'un cycle ovulatoire naturel ;

iii) dans le cadre du transfert de l'embryon, les services sont assurés jusqu'à ce que le dernier embryon issu du projet familial ait été transféré ;

b) la femme est âgée de moins de ~~42~~ 45 ans lors du dernier transfert d'embryon congelé ;

c) l'homme est âgé de 18 ans ou plus au moment du prélèvement de sperme.

Pour parfaire le programme précédent

6. Retirer les actes techniques et services requis à des fins de prélèvement de sperme au moyen d'une intervention médicale et ajouter à la couverture des services assurés les investigations requises.

« 34.7. Les services de procréation assistée requis à des fins d'insémination artificielle qui sont considérés comme des services assurés sont les suivants :

a) selon l'indication médicale, un maximum de six inséminations artificielles ; chacune comprenant la visite, le lavage spermatique, ~~les actes techniques et les services requis à des fins de prélèvement de sperme au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épидидymaire et l'extraction chirurgicale ou microchirurgicale de sperme testiculaire ;~~

b) selon l'indication médicale, un maximum de six cycles ovulatoires stimulés ou naturels modifiés au total, que les agents utilisés soient oraux ou injectables ;

c) un maximum de six paillettes de sperme provenant soit du conjoint, soit d'un donneur.

d) tous les services assurés de laboratoire, d'imagerie, de pathologie ou de cytopathologie, qui pourraient être requis pour les individus impliqués dans le recours aux services de procréation assistée.

Pour une couverture publique complète

7. Ajouter comme services couverts dans les FIV, les services de diagnostic préimplantatoire (DPI) pour les patientes et les familles atteintes ou porteuses de maladies génétiques pour lesquelles le DPI s'avère une option reconnue ainsi que le don d'ovules pour les femmes de moins de 41 ans, si une condition médicale le justifie comme par exemple une ménopause prématurée, l'infertilité ou certaines anomalies chromosomiques, ainsi que tous les services assurés de laboratoire, d'imagerie, de pathologie ou de cytopathologie, qui pourraient être requis pour les individus impliqués dans le recours aux services de procréation assistée.

« 34.8. Les services de procréation assistée requis à des fins de FIV qui sont considérés comme des services assurés sont les suivants :

- a) les services requis à des fins de prélèvement de sperme au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épидидymaire et l'extraction chirurgicale ou microchirurgicale de sperme testiculaire ;*
- b) les services requis à des fins de stimulation ovarienne ;*
- c) les services requis à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens ;*
- d) les autres services spécifiques à la FIV, incluant les services d'assistance à l'éclosion embryonnaire et les services de micro-injection de spermatozoïdes (ICSI) ;*
- e) les services requis à des fins de transfert d'un embryon frais ou congelé ou, conformément aux lignes directrices prévues à l'article 10 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01), d'un maximum de deux embryons frais ou congelés ;*
- f) un maximum d'une paillette de sperme provenant soit du conjoint, soit d'un donneur ;*

- g) *la congélation et l'entreposage des gamètes et des embryons pendant un maximum d'un an.*
- h) *les services de diagnostic préimplantatoire pour les patientes et les familles atteintes ou porteuses de maladies génétiques pour lesquelles le diagnostic préimplantatoire est une option reconnue ;*
- i) *le don d'ovules lorsque l'indication médicale le justifie pour les femmes de moins de 41 ans ;*
- j) *tous les services assurés de laboratoire, d'imagerie, de pathologie ou de cytopathologie, qui pourraient être requis pour les individus impliqués dans le recours aux services de procréation assistée..*

8. Ajouter toutes les investigations requises par les femmes et les membres du projet parental qui pourraient avoir recours aux services de procréation assistée, tout comme les services de fertilisation et de transfert d'embryons dans des cas d'oncopréservation, ainsi que tous les services assurés de laboratoire, d'imagerie, de pathologie ou de cytopathologie, qui pourraient être requis pour les individus impliqués dans le recours aux services de procréation assistée, en ajoutant ces services à l'article 34.9 e), f), g) et h).

« 34.9. Les services de procréation assistée requis à des fins de préservation de la fertilité suivants sont considérés comme des services assurés lorsqu'ils sont fournis à une personne assurée avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale de l'ensemble des testicules ou des ovaires :

- a) *les services de stimulation ovarienne ;*
- b) *les services de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens ;*
- c) *les services de prélèvement de sperme ou de tissus testiculaires au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épидидymaire ;*
- d) *les services de congélation et d'entreposage du sperme, des ovules, des tissus ovariens ou testiculaires ou des embryons, et ce, pour une durée de 5 ans ou jusqu'à ce que la personne assurée ait atteint l'âge de 25 ans, selon la dernière éventualité ;*
- e) *la décongélation des ovules*

f) les autres services spécifiques à la FIV, incluant les services d'assistance à l'éclosion embryonnaire et les services de micro-injection de spermatozoïdes (ICSI) ;

g) les services requis à des fins de transfert d'un embryon frais ou congelé ou, conformément aux lignes directrices prévues à l'article 10 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01), d'un maximum de deux embryons frais ou congelés ;

h) tous les services assurés de laboratoire, d'imagerie, de pathologie ou de cytopathologie, qui pourraient être requis pour les individus impliqués dans le recours aux services de procréation assistée.

Pour un service pérenne

9. Obliger une collecte systématique des données concernant les activités des CPA, par un amendement à l'article 14 de la présente loi, qui prévoit une participation au *Registre canadien des naissances issues de la procréation assistée* en précisant les données devant y être compilées, tout en obligeant les CPA à produire un rapport annuel tant qu'un mécanisme de collecte de données systématique ne sera pas mis en place.

14. Le centre doit au ministre, au plus tard le 31 mars de chaque année, un rapport annuel de ses activités pour l'année civile qui précède jusqu'à la mise en place d'un mécanisme systématique de collecte de données au Registre canadien des naissances issues de la procréation assistée (CARTR). Ce rapport doit être produit suivant la forme déterminée par le ministre et contenir tout renseignement et être accompagné de tout document requis par règlement.

10. Modifier l'article 34.10 en ajoutant la « durée d'une année » des permis.

« 34.10. Pour être considérés comme des services assurés aux fins du paragraphe e du premier alinéa de l'article 3 de la Loi, les services de procréation assistée mentionnés aux articles 34.7 à 34.9 doivent être rendus dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré pour une durée d'une année par le ministre en vertu de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01).

11. Préciser clairement dans le projet de loi que toutes les activités d'inspection, d'enquête et d'évaluation seront confiées à des experts reconnus en matière de procréation médicalement assistée.

10. L'article 27 de cette loi est modifié par l'insertion, après « inspecteur », de «, une personne possédant une expertise particulière **en matière de procréation médicalement assistée** qui l'accompagne ou un enquêteur ».

12. Traiter distinctement la composante technique de la rémunération des actes médicaux dans les rapports comptables et s'assurer que tous les milieux qui posent des actes de PMA puissent recevoir leur juste part de la rémunération.
13. Définir la gamme de services qui seront offerts et assurés avant la mise en place du nouveau programme dans un guide des pratiques qui seraient accessibles à l'ensemble des CPA.

*« 34.7. Les services de procréation assistée requis à des fins d'insémination artificielle qui sont considérés comme des services assurés **seront définis dans un guide de pratique et sont pour l'instant les suivants :***

- a) *selon l'indication médicale, un maximum de six inséminations artificielles, chacune comprenant la visite, le lavage spermatique, les actes techniques et les services requis à des fins de prélèvement de sperme au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épидидymaire et l'extraction chirurgicale ou microchirurgicale de sperme testiculaire ;*
- b) *selon l'indication médicale, un maximum de six cycles ovulatoires stimulés ou naturels modifiés au total, que les agents utilisés soient oraux ou injectables **à la suite d'une insémination ;***
- c) *un maximum de six paillettes de sperme provenant soit du conjoint, soit d'un donneur.*

*« 34.8. Les services de procréation assistée requis à des fins de FIV qui sont considérés comme des services assurés **seront définis dans un guide de pratique et sont pour l'instant les suivants :** (...)*

*34.9. Les services de procréation assistée requis à des fins de préservation de la fertilité suivants sont considérés comme des services assurés lorsqu'ils sont fournis à une personne assurée avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale de l'ensemble des testicules ou des ovaires et assurés **seront définis dans un guide de pratique et sont pour l'instant les suivants :** (...)*

À propos de l'Association des obstétriciens et gynécologues Québec

L'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ) est une organisation affiliée à la Fédération des Médecins Spécialistes du Québec (FMSQ) qui regroupe plus de 500 médecins spécialistes en obstétrique et en gynécologie. Fondée en 1966, elle vise l'amélioration constante de la qualité des soins préventifs et curatifs destinés aux femmes du Québec en favorisant le développement professionnel continu de ses membres et celui des différents professionnels de la santé qui partagent cette mission.

Les membres de l'AOGQ contribuent de manière importante à la santé des femmes en participant au suivi de grossesse de nombreuses femmes enceintes de la province. Étant impliqués dans toutes les étapes d'un projet familial, nous aimerions proposer certaines recommandations pour approfondir la réflexion des parlementaires dans le cadre des consultations publiques portant sur le Projet de loi n° 73, *Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée*.

Un retour attendu

D'entrée de jeu, l'AOGQ tient à saluer la volonté du gouvernement du Québec de rétablir la gratuité de certains traitements de PMA pour les personnes qui doivent se tourner vers cette option pour avoir un enfant.

Au cours des cinq dernières années, nos membres ont été témoins des impacts négatifs liés à la fin de couverture publique des actes de procréation assistée et ont assisté au grand désarroi des personnes et des couples touchés qui doivent se tourner vers cette option pour avoir un enfant. En fait, tous ne sont pas égaux devant le désir de voir leur projet parental se réaliser. À titre d'exemple, au Canada, entre 10 % et 15 % des couples souffrent d'infertilité ou doivent avoir recours à des traitements de PMA pour d'autres raisons médicales et cette proportion tend à augmenter avec les années.

Nous croyons donc important que les services de procréation assistée soient couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) afin d'assurer une plus grande accessibilité pour les personnes qui ne peuvent concevoir un enfant pour des raisons médicales ou sociales.

Le Projet de loi n° 73 pave la voie au rétablissement de la couverture publique de certains actes de PMA. Partenaire de la première heure du gouvernement du Québec afin d'assurer que les services en gynécologie et en obstétrique soient équitables et accessibles à travers la province, dont les actes de PMA, l'AOGQ offre à nouveau sa collaboration pour contribuer à favoriser un meilleur accès aux soins et traitements.

L'AOGQ exprime donc un avis favorable à l'égard de cette pièce législative qui vise la mise en place d'un programme public balisé qui, dans sa mouture actuelle, inclut de nouvelles dispositions portant principalement sur la qualité, la sécurité, l'éthique, la planification des activités cliniques et le contrôle des coûts selon la capacité de payer des citoyens du Québec.

Il est à noter que nous reprenons ici certaines de nos observations et recommandations qui avaient été soumises à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières du Projet de loi n° 20 en 2015.

L'importance de préserver l'accès à la procréation assistée

Comme mentionné préalablement, nous sommes d'avis que tous les Québécois doivent être égaux devant le désir de fonder une famille. Cela passe par la mise en place d'un programme public, mais également par un accès rapide et équitable aux traitements.

Au cours des dernières années, un déséquilibre de l'offre de services a été créé, notamment avec la fin du régime public, et ce, entre les régions et les centres urbains et

entre le secteur public et le secteur privé. Il s'agit également d'un constat émis par le Commissaire à la santé et au bien-être dans son avis synthèse sur les activités de procréation assistée au Québec déposé en 2014².

Des services accessibles à travers la province

Avec le Projet de loi n° 73, le gouvernement du Québec à l'intention de se doter d'outils légaux pour mieux planifier l'offre de services, dont l'attribution de permis en fonction des besoins des régions. Plus précisément, le projet de loi prévoit que *le ministre se réserve le pouvoir de délivrer des permis en fonction des besoins des régions [... et] donne au ministre le pouvoir de refuser de délivrer un tel permis si les besoins de la région où doit être situé le centre de procréation assistée ne le justifient pas [...]*.

Bien que l'AOGQ soit favorable avec cette disposition, nous croyons important de bien définir, au préalable, les besoins des différentes régions. Nous craignons que sans données ni critères précis inscrits à la Loi, la juste répartition des ressources demeure aléatoire. Par contre, nous sommes en désaccord avec la proposition de rendre obligatoire l'obtention d'un permis pour les cliniques de niveau 2A (stimulation et inséminations seulement). Nous croyons que cette mesure aurait pour effet de limiter et diminuer l'offre de services et l'accessibilité dans plusieurs régions.

À cet égard, il importe que les besoins régionaux soient mieux estimés et qu'un plan de déploiement régional soit mis en place afin d'assurer une couverture équitable entre les différentes régions du Québec.

L'AOGQ propose de soutenir le ministère de la Santé et des Services sociaux dans cette démarche en proposant sa participation ainsi que celle de la FMSQ au sein d'un comité chargé de la répartition des effectifs.

Recommandation no. 1

Modifier l'article 6 du projet de loi modifiant l'article 19 de la *Loi sur les activités clinique et de recherche en matière de procréation assistée* en y ajoutant le fait que l'on doit tenir compte des données démographiques.

Ainsi, le ministre peut délivrer, modifier ou renouveler un permis à un centre qui remplit les conditions prévues à la présente loi. Toutefois, il peut refuser de délivrer un tel permis s'il estime que l'intérêt public le justifie, notamment en se

² https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Procreation_assistee/CSBE_PA_Synthese_2014.pdf

fondant sur les besoins de la région **préalablement définis en fonction de données démographiques** où doit être situé ce centre.

6. L'article 19 de cette loi est modifié par l'insertion, à la fin du premier alinéa, de « , notamment en se fondant sur les besoins de la région préalablement définis en fonction de données démographiques où doit être situé ce centre ».

Recommandation no. 2

Retirer l'obligation d'obtenir un permis pour les cliniques 2A, soit celles où les médecins offrent des évaluations de l'infertilité, des stimulations ovariennes (agents oraux) avec insémination artificielle et autres traitements de niveau 1³.

34.10. Pour être considérés comme des services assurés aux fins du paragraphe e du premier alinéa de l'article 3 de la Loi, les services de procréation assistée mentionnés aux articles 34.7 à 34.9 doivent être rendus dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré par le ministre en vertu de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01) ou par une clinique 2A, soit celle offrant des évaluations de l'infertilité, des stimulations ovariennes avec insémination artificielle et autres traitements de niveau 1.

Recommandation no. 3

Prévoir la mise en place d'un comité mené pour définir les besoins régionaux en matière de procréation assistée et la répartition des effectifs. L'AOGQ ainsi que la FMSQ devraient y siéger.

Éviter l'exode des expertises

Dès le lancement du précédent programme, l'AOGQ craignait d'assister à une perte d'expertise en matière de soins et de services de procréation assistée dans le réseau public au profit des cliniques privées. Rappelons qu'à l'origine, ces dernières devaient servir de tremplin lors de l'implantation du programme public en attendant que les centres publics universitaires soient prêts à répondre à la demande et deviennent pleinement fonctionnels. Or, nous avons plutôt assisté à l'effet inverse ; c'est-à-dire, une

³ <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-11-18-fr-activites-de-procreation-medicalement-assistee.pdf>

concentration des expertises encore plus marquante en faveur du secteur privé, et ce, même lorsque les centres publics sont arrivés à maturité.

À cet égard, nous partageons en tout point le constat formulé dans *l'analyse d'impact réglementaire* du Projet de loi n° 73 produite par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui révèle que dans le cadre du précédent programme :

« La transition souhaitée vers le secteur public ne s'est pas concrétisée. Depuis la fin du Programme, malgré l'offre de services disponible dans les établissements publics, les habitudes d'utilisation des PMA sont demeurées orientées vers le secteur privé. En 2019-2020, les patients s'y sont dirigés dans une proportion de 70 %. »⁴.

Il ne faut donc pas s'attendre à ce que le marché se régule de lui-même. C'est pour cette raison que nous jugeons essentiel que le gouvernement se dote de mesures qui viseront à pallier une éventuelle rareté de médecins dans le secteur public.

Or, le projet de loi ne propose aucune solution concrète pour remédier à cet état de fait. Bien que la gamme complète des services de PMA soit maintenant disponible au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ) et au Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et dans quelques établissements publics régionaux, il faut viser une juste répartition des ressources humaines spécialisées.

Rappelons que la lettre d'entente 234⁵, qui vise la prestation continue des services obstétricaux par les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie, prévoit la mise en place d'un plan de remplacement provincial en obstétrique pour assurer une prestation continue des soins en obstétrique dans l'ensemble des installations du Québec et éviter les ruptures de service.

En raison du nombre limité d'effectifs pour couvrir l'ensemble des besoins actuels et futurs en obstétrique-gynécologie sur l'ensemble du territoire québécois, l'ajout de ce nouveau service pourrait avoir des impacts et mettre en péril l'équilibre et les efforts mis pour favoriser la répartition des effectifs sur l'ensemble du territoire.

Il est important de souligner que le plan de remplacement implique l'engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux et des administrations locales à déployer les efforts nécessaires afin de mettre en place et de maintenir des conditions de pratique

⁴ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-937-04W.pdf>

⁵ https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/154-brochure-1-specialistes/Specialistes_Brochure_no1.html

optimales et un environnement favorable à l'exercice de la pratique de l'obstétrique, ce qui inclut la disponibilité d'infirmières et autres professionnels qualifiés, ainsi que la fourniture d'un plateau technique, dans le respect des ratios établis par les normes en vigueur.

Recommandation no. 4

Préciser clairement dans le projet de loi à l'article 6 que les ressources humaines doivent être équitablement réparties entre le secteur public et le secteur privé en apportant un amendement à l'article 19 de la *Loi sur les activités clinique et de recherche en matière de procréation assistée*. La présence offerte dans le secteur public devrait également être basée sur les besoins régionaux préalablement définis.

19. Le ministre peut délivrer, modifier ou renouveler un permis à un centre qui remplit les conditions prévues à la présente loi. Toutefois, il peut refuser de délivrer un tel permis s'il estime que l'intérêt public le justifie.

De plus, le ministre peut assujettir la délivrance, la modification ou le renouvellement d'un permis à toute condition, restriction ou interdiction qu'il détermine, notamment en tenant compte d'une répartition équitable entre les régions et entre le secteur public et le secteur privé.

Éviter des bris de services pour les patientes âgées de 42 ans

Nous sommes tout à fait conscients que dans tous les pays où il existe des régimes publics de soutien à la fertilité, les gouvernements se sont dotés de critères le plus souvent basés sur l'indication médicale et les chances de succès des traitements. La mise en place de certaines balises permet, entre autres, d'assurer la viabilité et la pérennité des programmes.

Avec le projet de loi n° 73, le gouvernement du Québec ne fait pas exception et établit certains critères d'admissibilité, notamment pour les traitements de FIV. En fait, l'article 34.6 du projet de loi prévoit que :

Les services de procréation assistée requis à des fins d'insémination artificielle et de FIV sont considérés comme des services assurés uniquement si :

a) la femme est âgée de 18 ans ou plus et de moins de 41 ans :

i. dans le cadre de l'insémination artificielle, au moment de la stimulation ovarienne lors d'un cycle ovulatoire stimulé ou naturel modifié, au premier jour du cycle menstruel lors d'un cycle ovulatoire naturel, ainsi qu'au moment de

- toute insémination ;*
- ii) dans le cadre de la FIV, au moment de la stimulation ovarienne lors d'un cycle ovulatoire stimulé ou naturel modifié, ou au moment de la ponction ovarienne lors d'un cycle ovulatoire naturel ;*
- b) *la femme est âgée de moins de 42 ans lors du dernier transfert d'embryon congelé ;*
- c) *l'homme est âgé de 18 ans ou plus au moment du prélèvement de sperme*

L'AOGQ juge important de porter à l'attention du législateur que certaines femmes pourraient se voir refuser des traitements de transfert d'embryon. En effet, prenons l'exemple d'une patiente, tout à fait admissible aux services de procréation assistée selon les critères de l'âge, mais atteignant l'âge de 42 ans en cours de processus. Comme libellé actuellement, le dernier transfert d'embryon ne serait pas couvert par l'assurance maladie du Québec. Un imprévu comme une maladie ou un accident pourrait engendrer certains délais dans le traitement. Une telle situation pourrait faire en sorte qu'une femme, qui a effectué un cycle de FIV avant 41 ans, mais qui n'a pu compléter les traitements avant l'âge de 42 ans, ne soit plus admise au programme public.

Pour éviter un tel bris de service, nous proposons un amendement à l'article 34.6 du projet de loi afin d'assurer que les femmes atteignant l'âge de 42 ans en cours de processus et n'ayant pu recevoir leur transfert d'embryon dans le temps prescrit, puissent terminer leurs traitements jusqu'à l'âge de 45 ans.

Recommandation no. 5

Supprimer le critère d'âge pour le transfert d'un embryon (suppression de l'alinéa b de l'article 34.6) et ajouter le paragraphe suivant après l'alinéa ii) de l'article 34.6 et des mesures d'exception sont proposées afin de tenir compte des complications significatives et de la morbidité à partir de 45 ans. Il est recommandé d'apporter les amendements suivants à l'article 34.6 :

34.6. Les services de procréation assistée requis à des fins d'insémination artificielle et de FIV sont considérés comme des services assurés uniquement si :

a) la femme est âgée de 18 ans ou plus et de moins de 41 ans :

i. dans le cadre de l'insémination artificielle, au moment de la stimulation ovarienne lors d'un cycle ovulatoire stimulé ou naturel modifié, au premier jour du cycle menstruel lors d'un cycle ovulatoire naturel, ainsi qu'au moment de toute insémination ;

ii. dans le cadre de la FIV, au moment de la stimulation ovarienne lors d'un cycle ovulatoire stimulé ou naturel modifié, ou au moment de la ponction ovarienne lors d'un cycle ovulatoire naturel ;

iii) dans le cadre du transfert de l'embryon, les services sont assurés jusqu'à ce que le dernier embryon issu du projet familial ait été transféré.

b) la femme est âgée de moins de 45 ans lors du dernier transfert d'embryon congelé;

~~*b) la femme est âgée de moins de 42 ans lors du dernier transfert d'embryon congelé ;*~~

c) l'homme est âgé de 18 ans ou plus au moment du prélèvement de sperme.

Corriger les erreurs du passé

Les actes techniques et les services requis à des fins de prélèvements de sperme au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épидидymaire, et l'extraction chirurgicale ou microchirurgicale de sperme ne sont pas applicables pour une insémination artificielle. Ceux-ci nécessitent des techniques de fertilisation in vitro. Ces techniques devraient être retirés de l'article 34.7 car ils sont couverts par l'article 34.8.

Recommandation no. 6

Retirer les actes techniques et services requis à des fins de prélèvement de sperme au moyen d'une intervention médicale et ajouter à la couverture des services assurés les investigations requises.

« 34.7. Les services de procréation assistée requis à des fins d'insémination artificielle qui sont considérés comme des services assurés sont les suivants :

a) selon l'indication médicale, un maximum de six inséminations artificielles ; chacune comprenant la visite, le lavage spermatique, ~~les actes techniques et les services requis à des fins de prélèvement de sperme au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épидидymaire et l'extraction chirurgicale ou microchirurgicale de sperme testiculaire ;~~

b) selon l'indication médicale, un maximum de six cycles ovulatoires stimulés ou naturels modifiés au total, que les agents utilisés soient oraux ou injectables ;

c) un maximum de six paillettes de sperme provenant soit du conjoint, soit d'un donneur.

d) tous les services assurés de laboratoire, d'imagerie, de pathologie ou de cytopathologie, qui pourraient être requis pour les individus impliqués dans le recours aux services de procréation assistée.

Assurer une couverture publique complète

Oncopréservation, diagnostic génétique préimplantatoire, don d'ovule et investigations préalables

Depuis la fin du Programme en 2015, certaines interventions requises pour la préservation de la fécondité, dans les cas de femmes atteintes d'un cancer et subissant des traitements pouvant affecter leur fertilité, ont été maintenues et sont toujours assurées par la RAMQ.

Toutefois, bien que les traitements liés à la préservation et à la congélation soient couverts par le régime public, le transfert d'embryon ne l'est pas. De surcroît, le projet de loi actuel ne prévoit pas la couverture publique du transfert d'embryon dans des cas d'oncopréservation. Nous y voyons une iniquité pour ces femmes qui doivent assumer financièrement cette partie du traitement de procréation assistée.

Nous recommandons par ailleurs de bonifier le projet de loi afin de faire en sorte que des traitements de diagnostic génétique préimplantatoire (DPI) soient couverts par la RAMQ pour les personnes ayant une anomalie chromosomique ou génétique grave et connue, par exemple.

Notre association recommande que le don d'ovule soit également couvert par le présent programme de procréation assistée pour les patientes de moins de 41 ans qui pourraient y avoir recours. En effet, il existe plusieurs conditions médicales, comme, par exemple, une ménopause prématurée, l'infertilité ou certaines anomalies chromosomiques, par exemple, pour lesquelles le recours au don d'ovules est médicalement requis.

Le don d'ovule est un traitement efficace chez plusieurs patientes, et il serait inéquitable et inacceptable, en 2020, pour des conditions médicales similaires, de financer le recours au sperme de donneur pour les hommes sans favoriser et financer l'accès au don d'ovules pour les femmes.

Pour éviter que certaines clientèles ne tombent dans les mailles du filet et que certains services ne soient finalement pas couverts et exigent un déboursé de la part des futurs parents, il est proposé d'ajouter un élément au projet de loi, soit celui d'inclure **tous les services assurés de laboratoire, d'imagerie, de pathologie ou de cytopathologie, qui pourraient être requis pour les individus impliqués dans le recours aux services de procréation assistée** requis par les membres du projet parental tel que retrouvé aux recommandations 6, 7 et 8.

Recommandation no. 7

Ajouter comme services couverts dans les FIV, les services de diagnostic préimplantatoires pour les patientes et les familles atteintes ou porteuses de maladies génétiques pour lesquelles ça s'avère une option reconnue et le don d'ovules, pour les femmes de moins de 41 ans, si une condition médicale le justifie (une ménopause prématurée, l'infertilité ou certaines anomalies chromosomiques) et tous les services assurés de laboratoire, d'imagerie, de pathologie ou de cytopathologie, qui pourraient être requis pour les individus impliqués dans le recours aux services de procréation assistée.

« 34.8. Les services de procréation assistée requis à des fins de FIV qui sont considérés comme des services assurés sont les suivants :

- a) les services requis à des fins de prélèvement de sperme au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épидидymaire et l'extraction chirurgicale ou microchirurgicale de sperme testiculaire ;*
- b) les services requis à des fins de stimulation ovarienne ;*
- c) les services requis à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens ;*
- d) les autres services spécifiques à la FIV, incluant les services d'assistance à l'éclosion embryonnaire et les services de micro-injection de spermatozoïdes (ICSI) ;*
- e) les services requis à des fins de transfert d'un embryon frais ou congelé ou, conformément aux lignes directrices prévues à l'article 10 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01), d'un maximum de deux embryons frais ou congelés ;*
- f) un maximum d'une paillette de sperme provenant soit du conjoint, soit d'un donneur ;*

- g) *la congélation et l'entreposage des gamètes et des embryons pendant un maximum d'un an.*
- h) *les services de diagnostic préimplantatoires pour les patientes et les familles atteintes ou porteuses de maladies génétiques pour lesquelles le diagnostic préimplantatoire est une option reconnue ;*
- i) *le don d'ovules lorsque l'indication médicale le justifie pour les femmes de moins de 41 ans ;*
- j) *tous les services assurés de laboratoire, d'imagerie, de pathologie ou de cytopathologie, qui pourraient être requis pour les individus impliqués dans le recours aux services de procréation assistée.*

Recommandation no. 8

Ajouter les services de fertilisation et de transfert d'embryons dans des cas d'oncopréservation, ainsi que tous les services assurés de laboratoire, d'imagerie, de pathologie ou de cytopathologie, qui pourraient être requis pour les individus impliqués dans le recours aux services de procréation assistée, en ajoutant ces services à l'article 34.9 e), f), g) et h).

« 34.9. Les services de procréation assistée requis à des fins de préservation de la fertilité suivants sont considérés comme des services assurés lorsqu'ils sont fournis à une personne assurée avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale de l'ensemble des testicules ou des ovaires :

- a) les services de stimulation ovarienne ;*
- b) les services de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens ;*
- c) les services de prélèvement de sperme ou de tissus testiculaires au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épидидymaire ;*
- d) les services de congélation et d'entreposage du sperme, des ovules, des tissus ovariens ou testiculaires ou des embryons, et ce, pour une durée de 5 ans ou jusqu'à ce que la personne assurée ait atteint l'âge de 25 ans, selon la dernière éventualité ;*
- e) la décongélation des ovules*

f) les autres services spécifiques à la FIV, incluant les services d'assistance à l'éclosion embryonnaire et les services de micro-injection de spermatozoïdes (ICSI) ;

g) les services requis à des fins de transfert d'un embryon frais ou congelé ou, conformément aux lignes directrices prévues à l'article 10 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01), d'un maximum de deux embryons frais ou congelés ;

h) tous les services assurés de laboratoire, d'imagerie, de pathologie ou de cytopathologie, qui pourraient être requis pour les individus impliqués dans le recours aux services de procréation assistée.

Une vigie améliorée

Les membres de l'AOGQ, dont plusieurs œuvrent au sein des CPA de la province, tiennent à réitérer l'importance pour le gouvernement de documenter de façon efficace toute la pratique. Il s'agit de favoriser l'accès à un portrait évolutif et en temps réel afin de prévenir, en amont, les écueils, pour rapidement être en mesure de corriger le tir pour s'assurer de maintenir un programme accessible pour l'avenir.

L'AOGQ estime qu'il serait approprié de se servir des outils et des mécanismes existants pour y parvenir. Dans un premier temps, nous sommes persuadés de la nécessité de la mise en place d'une collecte systématique de données sur les activités des CPA comme il est indiqué dans le projet de loi.

Nous sommes d'avis que les données transmises devraient concerner le nombre total de cycles effectués, le taux de grossesse par cycle effectué, le taux de naissances par cycle effectué, le taux de succès par transfert d'embryons frais et congelés, le nombre de grossesses multiples ainsi que certaines variables de profil (âge, diagnostic, etc.).

L'accessibilité aux données cliniques et de fonctionnement permettra de veiller à une bonne gouvernance du programme.

Des conditions à la délivrance du permis

Le gouvernement propose d'encadrer la pratique par l'imposition de permis de fonctionnement à l'ensemble des milieux qui offrent des soins et services de PMA. Afin d'offrir un programme public efficient et pérenne, nous croyons que des critères précis doivent, en effet, être mis en place pour effectuer une surveillance garante des meilleures pratiques au Québec.

C'est ce qu'il fallait faire. Dorénavant, toutes les cliniques auraient donc l'obligation de se conformer à l'agrément, de se soumettre à des inspections, lorsqu'indiquées, et de partager les données sur les activités cliniques quant à l'état de santé des femmes et des enfants à naître.

Ainsi, le projet de loi prévoit que les CPA participant au programme devront être titulaires d'un permis pour les activités suivantes :

- la congélation et l'entreposage de sperme, d'ovules ou d'embryons ;
- la fécondation in vitro ;
- le diagnostic génétique préimplantatoire.

Il s'agit selon nous d'une disposition qui permettra de mieux encadrer la pratique. Dans ce contexte, nous proposons que les permis soient valides pour une durée d'un an afin d'assurer la conformité des CPA. Soulignons que la durée de permis d'un an est standard dans plusieurs domaines médicaux, ce qui est comparable à plusieurs spécialités médicales.

Toutefois, il importe de rappeler que les mécanismes de surveillance doivent tout de même être améliorés. Nous savons déjà que les données qui émanent des outils à dispositions dans les CPA de niveau trois, qui ont toujours été assujettis à la Loi, ne sont pas suffisantes pour obtenir un portrait précis des activités de PMA au Québec.

Rappelons qu'actuellement, il n'est pas possible d'obtenir un portrait global comme l'indique l'Analyse d'impact réglementaire :

« [...] certaines cliniques seulement participent au Registre canadien des techniques de procréation assistée. Les CPA doivent fournir un rapport annuel au MSSS, mais les données qui y sont rapportées sont variables, souvent incomplètes et seules les CPA qui offrent de la FIV sont visés par cette mesure. [...] »

À cet égard, nous sommes heureux de constater que le projet de loi prévoit la mise en place d'une collecte systématique de données sur les activités des CPA. Tant que le mécanisme de collecte ne sera pas mis en place, il nous apparaît nécessaire que les CPA produisent un rapport annuel.

Participation au Registre canadien de procréation assistée

Déjà en 2010, lors de l'instauration du précédent programme, l'AOGQ demandait l'instauration d'un registre des naissances issues de la PMA afin d'assurer un meilleur suivi des effets sur la santé des femmes et des enfants. Une demande que nous avons réitérée lors des consultations particulières sur le Projet de loi n° 20 en 2015

Nous n'avons pas changé d'avis à ce propos, et pour éviter d'ajouter des structures inutiles, nous proposons cette fois-ci d'utiliser pleinement les outils en place. La majorité des CPA participent déjà au registre canadien des naissances issues de la PMA (CARTR) de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie. Nous suggérons de rendre cette pratique obligatoire.

Le projet de loi actuel représente l'occasion idéale de sursoir à cette absence de possibilité de suivre adéquatement le nouveau programme de PMA.

Recommandation no. 9

Obliger une collecte systématique des données concernant les activités des CPA, par un amendement à l'article 14 de la présente loi, qui prévoit une participation au *Registre canadien des naissances issues de la procréation assistée* (CARTR) en précisant les données devant y être compilées, tout en obligeant les CPA à produire un rapport annuel tant qu'un mécanisme de collecte de données systématique ne sera pas mis en place.

14. Le centre doit au ministre, au plus tard le 31 mars de chaque année, un rapport annuel de ses activités pour l'année civile qui précède jusqu'à la mise en place d'un mécanisme systématique de collecte de données au Registre canadien des naissances issues de la procréation assistée (CARTR). Ce rapport doit être produit suivant la forme déterminée par le ministre et contenir tout renseignement et être accompagné de tout document requis par règlement.

Recommandation no. 10

Modifier l'article 34.10 en ajoutant la « durée d'une année » des permis.

« 34.10. Pour être considérés comme des services assurés aux fins du paragraphe e du premier alinéa de l'article 3 de la Loi, les services de procréation assistée mentionnés aux articles 34.7 à 34.9 doivent être rendus dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré pour une durée d'une année par le ministre en vertu de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01). »

Une gestion rigoureuse pour assurer la pérennité du service

Des pouvoirs d'enquête salués

L'AOGQ est également favorable au fait que le projet de loi octroie au ministre de la Santé et des Services sociaux, avec la modification de la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation*, des pouvoirs d'inspection et d'enquête accrus. Nous voyons d'un bon œil la modification à la Loi et les pouvoirs d'enquête qui permettront de s'assurer que les différents critères et normes seront respectés dans les différents lieux de pratiques.

Nous croyons toutefois nécessaire de préciser à même le projet de loi à quelle entité les inspections, évaluations et enquêtes dans les cliniques seraient confiées. À cet égard, nous recommandons que ces activités soient conduites par des experts reconnus tels que ceux d'Agrément Canada, qui est l'organisation la plus qualifiée pour s'acquitter des activités de surveillance et à l'Institut national de santé publique pour les inspections relatives au laboratoire.

Recommandation no. 11

Préciser clairement dans le projet de loi que toutes les activités d'inspection, d'enquête et d'évaluation seront confiées à des experts reconnus en matière de santé.

10. L'article 27 de cette loi est modifié par l'insertion, après « inspecteur », de « , une personne possédant une expertise particulière en matière de procréation médicalement assistée qui l'accompagne ou un enquêteur ».

Pour un portrait clair et accessible des coûts des actes médicaux

Pour assurer la pérennité du programme étant donné que les fonds publics ne sont pas illimités, nous comprenons la nécessité de le doter de critères précis, qui ont par ailleurs l'objectif d'exercer un contrôle serré des coûts en fonction de la capacité de payer des citoyens du Québec. Sans faire une analyse exhaustive de la gestion envisagée du programme, l'AOGQ voudrait attirer l'attention de parlementaires sur certains points préoccupants qui n'ont pas lieu d'être.

À l'heure actuelle, la structure de facturation, les frais de laboratoire et les frais de fonctionnement des CPA, qui sont désignés « composante technique » sont inclus à la rémunération globale que reçoivent les médecins dans le cadre des activités de PMA.

L'AOGQ est d'avis que les aspects techniques et que les actes médicaux devraient être scindés et apparaître distinctement dans les rapports comptables. À titre d'exemple, ces frais peuvent représenter plus de 50 % de la somme du traitement de l'insémination artificielle et près de 90 % pour le transfert d'embryon (FIV).

Certes, toutes ces activités font partie de la rémunération, mais nous croyons qu'établir deux volets serait plus pertinent et permettrait par le fait même une rigueur dans l'évaluation et le suivi des coûts du programme. Cela favoriserait une plus grande transparence et une certaine assurance d'obtenir un portrait plus précis des activités de la PMA au Québec et de réagir plus rapidement en cas de dérives, le cas échéant.

Recommandation no. 12

Traiter distinctement la composante technique de la rémunération des actes médicaux dans les rapports comptables et s'assurer que tous les milieux qui posent des actes de PMA puissent recevoir leur juste part de la rémunération.

L'argent doit suivre le patient

L'AOGQ tient par le fait même à souligner que l'offre de services partielle en région qui permet à des CPA de niveau 2 de poser certains actes médicaux (échographie et injection), mais qui oblige les patientes à recourir à une ressource de niveau de 3 si le choix de la FIV est priorisé dans leur cas (ponction ovarienne par exemple), pourrait créer un déséquilibre de rémunération entre les intervenants, puisqu'un acte prévu pour être effectué dans une seule clinique est partagé entre deux milieux.

Puisque le projet de loi 73 prévoit que tous les milieux qui offrent différents actes de PMA deviendront des CPA titulaires d'un permis au sens de la Loi, nous souhaitons que cette situation puisse être corrigée en s'assurant que tous les milieux qui posent des actes de PMA puissent recevoir leur juste part de rémunération.

Un panier de services harmonisé et standard

L'ancien programme lancé dans la précipitation a occasionné bien des surprises et des interprétations concernant la couverture ou non des services offerts dans les CPA. En fait, le régime avait été déployé alors que nous ignorions la composition du panier de services assurés dans son entièreté. Nous faisons référence à tous les tests nécessaires au suivi d'une patiente et qui sont uniques en fonction de sa condition médicale. Cette situation n'est pas souhaitable.

Pour éviter toute improvisation dans le déploiement du programme, la création d'un guide des pratiques harmonisées et standardisées pour une application uniforme des

actes dans chaque CPA est souhaitée par nos membres. La mise en place d'un comité chargé de définir le panier de services et des lignes directrices du programme est souhaitable, et ce, avant le lancement des activités.

Recommandation no. 13

Définir la gamme de services qui seront offerts et assurés avant la mise en place du nouveau programme dans un guide des pratiques qui seraient accessibles à l'ensemble des CPA.

« 34.7. Les services de procréation assistée requis à des fins d'insémination artificielle qui sont considérés comme des services assurés seront définis dans un guide de pratique et sont pour l'instant les suivants :

- a) selon l'indication médicale, un maximum de six inséminations artificielles, chacune comprenant la visite, le lavage spermatique, ~~les actes techniques et les services requis à des fins de prélèvement de sperme au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épидидymaire et l'extraction chirurgicale ou microchirurgicale de sperme testiculaire ;~~*
- b) selon l'indication médicale, un maximum de six cycles ovulatoires stimulés ou naturels modifiés au total, que les agents utilisés soient oraux ou injectables **à la suite d'une insémination ;***
- c) un maximum de six paillettes de sperme provenant soit du conjoint, soit d'un donneur.*

*« 34.8. Les services de procréation assistée requis à des fins de FIV qui sont considérés comme des services assurés **seront définis dans un guide de pratique et sont pour l'instant** les suivants :*

*« 34.9. Les services de procréation assistée requis à des fins de préservation de la fertilité suivants sont considérés comme des services assurés lorsqu'ils sont fournis à une personne assurée avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale de l'ensemble des testicules ou des ovaires et assurés **seront définis dans un guide de pratique et sont pour l'instant** les suivants :*

Favoriser l'innovation

En terminant, les pratiques médicales évoluent rapidement avec l'arrivée de nouvelles technologies et innovation cliniques. Le domaine de la fertilité n'y fait pas exception. Dans ce contexte, nous croyons que le projet de loi devrait être évolutif et tenir compte des prochaines innovations et thérapie de pointes pour les patients.

Conclusion

Le dépôt du Projet de loi no 73 représente une avancée majeure pour la reconnaissance de la réalité vécue par les personnes touchées par l'infertilité et toutes celles qui ont des raisons médicales de se tourner vers des traitements de PMA pour accomplir leur projet parental. La pièce législative présentée a le mérite de s'appuyer sur les recommandations et orientations d'un comité d'experts dont le souci était avant tout de prévenir les dérives passées pour assurer la pérennité d'un nouveau programme public.

En se dotant d'une législation basée sur l'avis des principaux acteurs dont le principal champ d'expertise concerne la PMA, l'AOGQ est confiante que le gouvernement réussira à implanter un programme qui réponde aux besoins des personnes dont les ressources financières ne permettraient pas d'avoir recours à des services non couverts comme ce fût le cas au cours des cinq dernières années.

Par ailleurs, à titre de médecins spécialistes au cœur du projet de nos patientes, nous réitérons toute l'importance de prendre le temps nécessaire pour bien faire les choses.

Rappelons que la précipitation dans la mise en place avait été pointée du doigt pour expliquer certaines ratées du précédent programme public. Cette fois-ci, assurons-nous de déployer le programme en nous assurant que toutes les étapes soient bien ficelées et bien comprises au préalable par l'ensemble des intervenants et de la population.

L'AOGQ l'a souligné d'entrée de jeu, les médecins ne peuvent que se réjouir du retour à la gratuité des services pour leurs patientes. À terme, un programme bien balisé qui encadre mieux ce type de pratique grâce à des règles précises à toutes les chances de succès. En tant que société moderne, le Québec doit leur offrir le soutien nécessaire à leur santé et leur bien-être.