

CSSS - 006M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine
VERSION RÉVISÉE

**PROJET DE LOI 20 –
MODIFICATION DE DIVERSES DISPOSITIONS
LÉGISLATIVES EN MATIÈRE DE PROCRÉATION
ASSISTÉE**

Mémoire présenté par Marie-Ève Proulx

19 février 2015

PRÉSENTATION

Mon mémoire totalise 14 pages, ça peut sembler long à lire. Mais, s'il-vous-plaît, prenez le temps de me lire jusqu'au bout : je vous confirme que passer à travers 4 années d'infertilité inexplicée, des tas d'examens, de l'inquiétude, des doutes/déceptions sans pour autant être encore parents versus passer 20 minutes à lire mon point de vue, ce n'est pas si long que ça. Merci.

Je me nomme Marie-Ève Proulx (33 ans) et je suis en couple depuis plus de 15 ans avec mon conjoint (35 ans). Malgré notre bonne forme physique, malgré que nous soyons non-fumeurs et que nous ne soyons pas de grands consommateurs d'alcool, malgré un mode de vie sain, nous sommes de ceux qui ont reçu un diagnostic d'infertilité inexplicée et qui auront peut-être besoin dans les prochains mois/années de traitement(s) de fécondation in vitro (FIV) pour fonder notre famille. Si les modifications proposées au programme de procréation assistée (PMA) sont validées dans les prochaines semaines, nous ne pourrions tout simplement pas envisager d'ici 4 ans le recours à cette médecine pour nous aider à devenir parents, car nous avons déjà fait une tentative de FIV avant mes 37 ans. Déjà 4 ans d'essais, plusieurs examens médicaux, 4 inséminations et une FIV infructueuse sont derrière nous : nous n'avons pas encore eu la chance de vivre une grossesse, même pas un test de grossesse positif.

Quelques couples dans notre entourage vivent la même situation et malgré tous les tests médicaux passés pour trouver la raison à cette attente, ils n'ont toujours pas la chance d'être parents ou d'avoir agrandi leur famille : les changements proposés au programme de PMA les empêcheront aussi de débiter ou de continuer leurs traitements FIV (*tentative faite avant 37 ans, budget non disponible, le couple a déjà un enfant*). Pourquoi enlever la chance de devenir parents aux couples qui ont le diagnostic d'infertilité? Je ne parle pas ici d'infertilité sociale, mais d'**infertilité médicale**.

Je trouve inconcevable d'enlever l'opportunité aux couples infertiles d'avoir accès à 3 tentatives de FIV, tel que permis par le programme actuel (*médicaments et actes médicaux couverts*). Des balises doivent être imposées, certes, mais rendre l'accès à un traitement FIV si inaccessible est inadmissible. Que ce soit au niveau des crédits d'impôt ou au niveau de l'accès même à la FIV (*un seul essai possible avant 37 ans; impossible d'y accéder si déjà un enfant*), ces modifications sont insensées et, surtout, vont en grande partie à l'encontre de ce qui a été proposé par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE).

J'écris ce mémoire en pensant à notre avenir, ne sachant pas ce qui peut se passer pour nous dans les prochains mois, dans les prochaines années, mais aussi en pensant à l'avenir de mes sœurs, ami(e)s, de mes nièces/neveux, de mes collègues qui seront peut-être touchés par cette maladie.

Si vous avez des enfants, je vous demande de songer à ce que serait votre vie sans eux, si vous ne pouviez tout simplement pas en avoir sans une aide médicale pour *combattre* votre maladie, votre infertilité.

RÉSUMÉ

Le vendredi 28 novembre a été pour plusieurs une journée sombre, plein d'espoir parti en fumée en moins de 2, soit le temps que le ministre de la santé et des services sociaux M. Gaétan Barrette mentionne « *fin de la gratuité du programme de procréation assistée* » : le gouvernement avait parlé de baliser le programme, non pas de le rendre quasi inaccessible. De 8 à 16% des couples sont touchés par l'infertilité et un petit pourcentage aura besoin d'une FIV pour donner la vie. Avoir un enfant est un rêve, un projet de vie qui parfois prend du temps à se concrétiser pour toutes sortes de raisons médicales et parfois, la FIV est LA solution.

Comment penser que c'est facile d'avoir un verdict d'infertilité, de l'accepter et d'aller en FIV? Il y a plusieurs étapes à franchir avant d'avoir accès à une FIV, sans oublier que le traitement en soi, tous ces médicaments et toutes ces injections est tout sauf une partie de plaisir. Si un couple accède à ce service, c'est en dernier recours et non une première option. Des années passent avant que les couples aient un verdict d'infertilité, avant d'obtenir une réponse à cette attente, toujours en espérant une seule chose, donner la vie. Pourquoi couvrir les frais de l'avortement, de la vasectomie, de la ligatures des trompes et de la vasovasostomie et de ne pas continuer à aider les couples infertiles à accéder à la FIV? L'infertilité est pourtant une maladie reconnue selon l'organisme mondial de la santé (OMS).

Au Québec nous détenons un des plus bas taux de natalité au monde et nous sommes l'une des populations les plus vieillissantes au monde (http://www.statistiques-mondiales.com/natalite_par_pays.htm; <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2014.pdf>) : comment envisager d'enlever l'opportunité aux couples infertiles du Québec d'avoir, d'agrandir leur famille? Le programme a permis à 5 000 petits miracles de voir le jour depuis 2010 et il représente 0,5% du système de santé, l'apport de ces futurs travailleurs au Québec n'est vraiment pas à négliger. On le sait, une société ne se trompe pas lorsqu'elle investit pour augmenter le nombre de ses enfants.

Je vous écris aujourd'hui afin de partager mon avis sur les modifications proposées au programme de PMA (projet de loi 20). Que ce soit à cause de trompes bouchées par l'endométriose, à cause d'une quantité/mobilité/morphologie des spermatozoïdes réduite ou à cause d'une infertilité inexplicée, je souhaite que les couples infertiles médicalement accèdent à 3 tentatives de FIV couvertes par la RAMQ si c'est le traitement qui est jugé opportun pour eux. Il peut y avoir eu des débordements, mais il y a des moyens de baliser autrement le programme afin qu'il soit utilisé à bon escient, outre que de le rendre si inaccessible.

Je termine mon résumé en reprenant les mots cités par Mme Marie-Claude Barrette lors d'un entretien pour un article dans la Presse+ du 8 février 2015, car ils expriment très, mais très bien ma pensée :

« Condonc, est-ce qu'on n'a pas besoin d'enfants dans notre société? Je ne comprends tout simplement pas. Les premiers touchés [par le projet de réforme des finances publiques], ce sont ceux qui sont là pour construire l'avenir. »

EXPOSÉ GÉNÉRAL

Ces derniers temps, on entend le gouvernement parler en mal du programme de PMA, mais on ne l'entend pas parler des réussites du programme actuel, dont la diminution des grossesses multiples que ce dernier a suscité suite à son implantation, ni des peurs, des inquiétudes, des efforts mis en place par les couples infertiles utilisant ce service pour se donner une chance d'avoir un enfant. Il serait essentiel de discuter de d'autres modifications à appliquer avant de penser détruire le programme : on avait parlé de baliser le programme, on le détruit présentement via le projet de loi 20.

Je suis en accord de dire que ce programme doit être balisé, plus encadré afin d'être davantage efficient, mais pas de la manière que le gouvernement souhaite le faire. Mon exposé comporte des données sur le sujet qui explique pourquoi je souhaite le maintien des 3 FIV couvertes par le régime public de santé pour un **couple infertile médicalement** au Québec. Je recueille aussi quelques pistes de solution qui ont été soulevées dernièrement pour baliser le programme, pour le rendre plus efficace, plus contrôlé, mais accessible aux couples infertiles médicalement, et ce, quelle que soit leur statut social.

1. QUELQUES EXEMPLES DE LA PMA AILLEURS DANS LE MONDE EN 2015

- Pendant que le Québec souhaite mettre la hache dans le programme de PMA, le gouvernement néerlandais vient de décider de maintenir le programme public d'aide médicale à la procréation par la couverture d'au moins 3 tentatives complètes de FIV ou d'ICSI (janvier 2015; <http://www.fertilys.org/wp-content/uploads/2015/01/Capture-d%E2%80%99%C3%A9cran-2015-01-31-%C3%A0-12.10.31.png>).
 - o En 2011, le ministre néerlandais de la Santé annonçait son intention de réduire à un seul le nombre de cycles remboursés de FIV, assistée ou non d'une micro-injection de spermatozoïdes (ICSI).
 - Le gouvernement néerlandais décida de maintenir le programme public d'aide médicale à la procréation par la couverture d'au moins 3 tentatives complètes de FIV ou d'ICSI. La mise en place des recommandations d'un groupe de travail aura produit d'autres effets favorables : les données confirment une réduction du nombre total d'inséminations intra-utérines et de cycles de FIV et d'ICSI. De plus, la politique stricte de transfert d'un seul embryon aura permis de réduire les taux de grossesse gémellaire de 10% qu'il était en 2012, à 5% en 2013.

- En France, au regard de la loi française, les techniques d'assistance médicale à la procréation sont considérées comme des thérapeutiques destinées à pallier l'infertilité pathologique d'un couple, médicalement constatée, ou à éviter un risque de transmission d'une maladie. Elle est, à ce titre, prise en charge par l'assurance maladie française (http://www.fivfrance.com/page_quest06.html) :
 - une seule insémination artificielle par cycle peut être remboursée avec un maximum de 6 pour l'obtention d'une grossesse;
 - 4 tentatives FIV-FIV ICSI peuvent être remboursées pour l'obtention d'une grossesse.

- Au Maroc, ils songent à couvrir les frais de la PMA : l'Association des Aspirants à la Maternité et à la Paternité (MAPA) a rencontré la direction de l'Agence nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) le 16 janvier dernier à ce sujet (<http://lnt.ma/lanam-promet-se-pencher-dossier-linfertilite/>).

- En Belgique, jusqu'à 6 cycles de FIV sont remboursés (<http://www.brusselsivf.be/media/docs/formulieren/INFO-MUT-F.pdf>).

- En Ontario, on compte aider plus de personnes à agrandir leur famille en accroissant l'accès aux traitements de l'infertilité (<http://news.ontario.ca/mohlrc/fr/2014/04/amelioration-de-laces-aux-traitements-de-linfertilite.html>).

- Au Royaume-Uni, toute femme capable d'élever un enfant, sans limite d'âge, peut avoir recours à l'assistance médicale à la procréation (*Fécondation in vitro : portrait comparatif de pays d'Europe et d'Océanie par Sylvie Beauchamp Ph. D., chercheur-consultante et Jean-Marie Lance, M. Sc., conseiller scientifique principal, 17 avril 2009*).

- En Espagne, les femmes majeures, sans limites d'âge, peuvent avoir recours à la PMA (*Fécondation in vitro : portrait comparatif de pays d'Europe et d'Océanie par Sylvie Beauchamp Ph. D., chercheur-consultante et Jean-Marie Lance, M. Sc., conseiller scientifique principal, 17 avril 2009*).

- En Israël, la couverture des frais est prise à 100%. L'accès à la PMA est ouvert aux couples, aux femmes célibataires, aux homosexuels et autorisation des mères porteuses. Il s'agit du leader mondial dans le traitement de la FIV puisque c'est le pays qui exécute le plus grand nombre de cycles de FIV par habitant dans le monde (<http://ivf.co.il/>).

2. QUELQUES AVANTAGES D'UN PROGRAMME DE PMA ACCESSIBLE AUX COUPLES INFERTILES

2.1 Diminution des grossesses multiples et des naissances prématurés d'enfants issus de la FIV, donc des frais reliés à ces cas

- Octobre 2014 - Commissaire à la Santé et au Bien-être (CSBE)-Avis synthèse sur les activités de procréation assistée au Qc (http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Procreation_assistee/CSBE_PA_detaille_2014.pdf)
 - o En ce qui a trait à l'objectif de réduction des naissances multiples, les données disponibles confirment la contribution du programme, et de sa réglementation concernant le transfert d'embryons uniques, à la réduction des risques. La proportion des nouveau-nés vivants issus de grossesses multiples a fortement baissé chez les enfants conçus par procréation assistée : elle est passée de 38,5% en 2009-2010 à 17,2% en 2012-2013.
 - o En 4 ans, la proportion des prématurés est passée de presque 30% à 19% et la proportion des enfants hospitalisés en soins intensifs néonataux a baissé de presque 19% à près de 12%.
- Juin 2013 - Commission de l'éthique en science et en technologie - Document présenté au CSBE (http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/assets/documents/PA/PA-Memoire_PA_pour_CSBE_juin_2013.pdf)
 - o Lorsque les cycles de FIV sont effectués en respectant une logique de coût-efficacité, les enfants sont en meilleure santé et nécessitent moins de soins et des économies réelles peuvent ainsi être faites dans le système de santé.

2.2 Les enfants issus du programme de procréation assistée participeront à la relève nécessaire au maintien de l'activité économique

Vieillesse de la population Québécoise

- Juillet 2011 - Statistiques Canada (<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/110928/dq110928a-fra.htm>)
 - o Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans au Québec dépasse celui des jeunes de moins de 15 ans.
- 2006 – Yves Bussière, Institut national de recherche scientifique (INRS) - Recherche sur le vieillissement de la population (http://www.frqsc.gouv.qc.ca/upload/editeur/resultats-recherche/Fiche_Bussiere.pdf)
 - o À moins de changements démographiques majeurs, d'ici 2041, le Québec sera l'une des sociétés les plus vieilles en occident. Près de 30% de la population québécoise sera âgée de 65 ans et plus.
- Juin 2013 – Association des couples infertiles du Québec (ACIQ) - Mémoire présenté au CSBE (<http://www.aciq.ca/publications/5.pdf>)
 - o Grâce à ce programme, le Québec va voir une augmentation de la natalité.
 - En 2012, le Québec a vu naître 88 700 bébés, ce qui est déjà plus élevé qu'en 2010 (88 436) et qu'en 2011 (88 500) (*Institut de la statistique du Québec, avril 2013, numéro 25*).

Apport économique non négligeable des enfants issus de la PMA

- Novembre 2014—ACIQ (<http://www.aciq.ca/communiqu/2014-11-28%20Communiqu%C3%A9%20Annonce%20PMA.pdf>)
 - o Une récente étude chiffrait l'apport des cohortes issues de la PMA à plus de 70 millions de dollars annuellement au pic de leur vie professionnelle et au moment où les besoins de main d'œuvre seront les plus criants.

- Novembre 2014 - IS&B | Économie simplifiée - Rapport d'analyse sur l'impact à long terme du programme de procréation assistée sur les finances publiques du Québec (<http://www.fertilys.org/wp-content/uploads/2014/11/2014-11-05-RapportFinalPMA-V004.pdf>)
 - o En augmentant à court terme le taux de natalité, le programme de PMA permet d'atténuer l'effet de la transition démographique sur les finances publiques. Au plus fort de la transition, les naissances imputables au programme pour l'année 2014 uniquement permettront de redresser les déficits budgétaires de plus de 22.3 millions de dollars annuellement.
 - En stimulant le nombre de naissances aujourd'hui, le gouvernement du Québec « investit » dans ces naissances qui généreront ultérieurement des revenus d'impôts futurs. Inversement, si un tel programme est aboli, la baisse du taux de fécondité (ou l'absence des naissances additionnelles découlant du programme) ne permettra pas d'amortir cette transition.
 - Comparativement à une augmentation de la population active issue de l'immigration, à titre d'exemple, l'impact positif sur les finances publiques des naissances issues de la PMA, bien que transitoire, est plus durable dans le temps puisque l'individu représentatif né de la PMA est actif au Québec sur l'ensemble des 45 années de sa vie active.

- Juin 2013 – National School of Public Health - Fragoulakis & Maniadakis - Estimating the long-term effects of in vitro fertilization in Greece: an analysis based on a lifetime-investment model (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3694799/>)
 - o Le coût d'une FIV par naissance est estimé à 17,015€ (environ 23 000 dollars canadiens; taux de change appliqué de 1,3529 dollar canadien pour 1€ en date du 4 juin 2013). Les projections de revenu généré par un individu durant sa vie professionnelle est de 258,070€ (environ 349 200 dollar canadien). De plus, sa contribution au niveau des taxes est estimée à 133,947€ (environ 181 200 dollar canadien). La valeur nette actuelle d'un enfant issu de la FIV est de 60,435€ (environ 81 800 dollar canadien), représentant un retour sur investissement de 182%.

- Mars 2009 – Connolly & al.- Assessing long-run economic benefits attributed to an IVF-conceived singleton based on projected lifetime net tax contributions in the UK (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19056775>)
 - o Au Royaume-Uni, un enfant conçu par FIV et financé par l'État rapportera 109 939£ (environ 175 000 dollars canadiens; taux de change appliqué de 1,5967 dollar canadien pour 1£ en date du 2 juillet 2013) pendant toute la vie de l'individu. Pour cela, l'investissement initial de l'État pour financer la FIV sera de 12 931£ (environ 21 000 dollars canadiens). Ce qui signifie qu'un investissement à long terme dans le capital humain amènera 8,5 fois plus de revenus à l'État.

- Sept. 2008 - American Journal of Managed Care - Connolly MP & al. - Long-term economic benefits attributed to IVF-conceived children: a lifetime tax calculation (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18778175>)
 - o Les impôts nets payés à vie par un enfant issu de la FIV représentent un retour sur investissement de la FIV de l'ordre de 700%.
- Nov. 2008 – Scandinavian journal of public health - Svensson A & al. - Long-term fiscal implications of subsidizing in-vitro fertilization in Sweden: a lifetime tax perspective (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19004901>)
 - o Les auteurs concluent que la FIV financée par l'Etat en Suède n'a pas d'impact négatif sur le budget fiscal à long terme. Au contraire, sur une durée de vie moyenne, un enfant issu de la FIV est une valeur nette positive pour l'État.

2.3 Diminution des frais de consultation clinique des couples infertiles, voire des séparations/divorces

- Juin 2013 - ACIQ - Mémoire présenté au CSBE (<http://www.aciq.ca/publications/5.pdf>)
 - o L'accessibilité du programme va engendrer une diminution du nombre de dépression pour les couples passant par la PMA mais également une diminution du nombre de séparations et/ou de divorces. Il ne faut pas perdre de vue, que le passage en PMA est loin d'être un long fleuve tranquille. Il est parsemé d'embûches, d'échecs et de souffrance ce qui, en soi, est une véritable épreuve dans sa vie, mais aussi dans celle de son couple.

3. POURQUOI CONSERVER LA GRATUITÉ DU PROGRAMME DE PMA POUR LES COUPLES INFERTILES MÉDICALEMENT?

- Février 2015 - Dr Christopher Labos – The Globe and Mail (<http://m.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/measuring-the-success-of-pregnancy-during-fertility-treatments/article22892165/?service=mobile>)
 - o Si les obstétriciens du Canada avaient leur mot à dire, les familles utilisant la FIV n'auraient pas à payer la facture eux-mêmes, la question n'étant pas l'équité d'accessibilité ou les coûts.
 - Forcer des parents potentiels à payer de leur poche les emmène vers des complications médicales inutiles. Voici quelque chose à être pris en compte que les gouvernements provinciaux doivent évaluer dans leur couverture de la FIV.
 - o Dr Arthur Leader, professeur d'obstétrique à l'Université d'Ottawa/ex-Président de la Fondation canadienne pour la santé des femmes mentionne sur le programme de FIV financé par l'État : « *Il n'est pas seulement la bonne chose à faire* », dit-il, « *c'est la meilleure chose à faire* ».
 - o Le Dr Clifford Librach, directeur de la torontoise Centre de fertilité, voit l'infertilité comme un problème médical qui doit être traité et estime qu'un programme financé par l'État demeure la meilleure option quand il s'agit de la santé et la sécurité des femmes.
 - Les régimes de soins de santé provincial couvrent le coût des tests pour diagnostiquer l'infertilité et les soins pendant la grossesse, mais ne paient que pour certaines parties du traitement pour aider les femmes à concevoir : « *Donc ce qu'ils font, ils laissent le patient en lui donnant la responsabilité du traitement jusqu'à la capacité financière et non de son besoin médical* ».

- Déc. 2014 - Association Canadienne de sensibilisation à l'infertilité (ACSI) (<http://www.iaac.ca/fr/la-loi-20>)
 - o Depuis que le Québec a annoncé le financement de la FIV en 2010, plusieurs autres provinces ont reconnu l'importance d'apporter un soutien financier aux personnes qui ont besoin d'un traitement médical. Cette année, l'Ontario a annoncé qu'elle allait financer un cycle de FIV à partir de 2015. Le 1er avril 2014, le Nouveau-Brunswick a institué un remboursement de 5 000 \$ pour les coûts associés aux traitements de fertilité et l'Alberta envisage actuellement une forme de financement. L'ACSI exhorte les autres provinces à mettre sur pied des programmes qui tiennent compte à la fois des besoins des patients et des budgets de leur système de santé. Les patients méritent un programme qui réponde à leurs besoins de manière efficace et soutenue.

- Juin 2013 – ACIQ - Mémoire présenté au CSBE (<http://www.aciq.ca/publications/5.pdf>)
 - o Par son accessibilité, le programme a permis de créer une véritable équité entre tous les couples, quel que soit leur niveau de vie. Un enjeu social qui devrait être grandement pris en compte par le gouvernement. Pour appuyer cet argument, voici un article paru en mai 2013 dans *The England Journal of Medicine*, article qui faisait état d'une enquête réalisée sur l'accès aux soins dans le cadre de la PMA. De cette enquête menée auprès de 3 573 patients hétérosexuels (436 patients avant programme de gratuité, 821 patients immédiatement après mise en application du programme, 2 316 patients 8 mois après), il en ressort la conclusion suivante :

(...) the change in public health policy for IVF affects the demographic characteristics of patients who attend fertility clinics and provides broader access to fertility treatment to a more diverse patient population. (Tulandi, T., King, L., Zelkowitz, P. Public funding and access to IVF (May 2013).

- Avril 2011 - Anne Janvier, pédiatre néonatalogiste et professeure à la faculté de médecine de l'Université de Montréal - Étude parue dans *The Journal of Pediatrics*
 - o Le programme de financement de la procréation assistée n'est pas un luxe inutile, comme certains le laissent entendre. Au contraire, il sauve des vies et fait économiser de l'argent.

- Avril 2011 - Marie Lambert-Chan - Université de Montréal (<http://www.nouvelles.umontreal.ca/recherche/sciences-de-la-sante/20110414-le-financement-de-la-procreation-assistee-se-revele-pertinent.html>)
 - o Huit cent quarante bébés prématurés admis aux soins intensifs néonataux; 40 décès; 46 cas de dommages graves au cerveau; 42 400 jours d'hospitalisation aux soins intensifs. Voilà les complications que les hôpitaux canadiens auraient pu éviter l'an dernier si toutes les provinces adoptaient un plan de remboursement et d'encadrement de la FIV, qui prévient les grossesses multiples par l'implantation d'un seul embryon par cycle. C'est le cas au Québec depuis août 2010, où l'on paie la médication et les soins associés à 3 cycles de FIV.

- Septembre 2009 - Renda Bouzayen - Reproductive Endocrine and Infertility, Dalhousie University
 - o Le coût moyen d'un cycle de FIV est d'environ 10 000\$, mais peut s'élever à 20 000\$ s'il faut administrer de hautes doses de médicaments (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2734197/>).
 - Environ 15% des couples infertiles peuvent se permettre le traitement de FIV (http://www.cadth.ca/media/pdf/Public_Funding_IVF_es-14_f.pdf).

***** À noter concernant le côté monétaire du programme de PMA *****

- ✓ Au Québec, lorsqu'une femme se fait ligaturer ou un homme se fait vasectomiser ou vasovasostomie, ce sont nos impôts qui défraient, 100% du traitement est couvert par la RAMQ. C'est bien d'aider les gens à ne pas avoir d'enfants, mais pourquoi ne pas aider les femmes qui ont les trompes bloquées par l'endométriose? Pourquoi ne pas aider un couple pour qui l'homme a peu de spermatozoïdes ou que sa qualité est affectée? Pourquoi ne pas aider les couples infertiles médicalement à avoir des enfants?
- ✓ Nous sommes plusieurs couples qui payons les médicaments reliés aux traitements de FIV via nos assurances privées et non via le régime public de santé. Les assurances privées ne paient pas la totalité des frais de médicaments. Les frais reliés aux traitements FIV ne sont donc pas gratuits pour tous et non financés que via la RAMQ.
- ✓ Il faut se le dire, si la FIV est inaccessible au Québec, les couples infertiles risque fort bien d'aller se faire traiter à l'extérieur du Québec pour réaliser leur rêve. Ils accéderont à un traitement peut-être moins contrôlé au niveau de la stimulation pour la femme et/ou du nombre d'embryons implantés, ce qui impliquerait davantage de grossesses à risque : ces patientes auront un suivi de grossesse ici et les frais reliés à ces suivis relèvement du Québec. Ce qui se résumerait en des pertes monétaires supplémentaires considérables pour le Québec.

4. SANS OUBLIER QUE ... AU SUJET DU PROGRAMME DE PMA AU QUÉBEC

- Le 8 février 2015, l'ACIQ mentionnait que (<https://www.youtube.com/watch?v=oDFn3BQQwgI>) :
 - o À travers les médias, le programme est associé à des cas marginaux et des dépenses considérables alors que le coût de celui-ci ne représente que 0,5% du système de santé. Sans parler de l'apport de ces futurs travailleurs à un Québec en mal de natalité.

En novembre 2014, cette même association soulignait que :

- o Le gouvernement peut effectuer les changements requis et mettre en place les balises nécessaires afin de contenir les coûts et gérer rigoureusement le programme de PMA tout en maintenant la couverture publique de la FIV.
 - Le gouvernement considère que l'infertilité n'est pas une condition médicale suffisamment importante pour que les soins de dernier recours, la FIV, soient couverts par la Régie de l'assurance maladie. À l'instar de l'OMS, l'ACIQ croit que l'infertilité est une maladie du système reproductif et non un choix.
- Le 3 février 2015, le collège des médecins du Québec (CMQ) mentionnait dans LaPresse.ca que (<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201502/03/01-4840885-charge-du-milieu-medical-contre-le-projet-de-loi-20.php>) :
 - o Les nouvelles directives de Québec en ce qui concerne la procréation médicalement assistée, inquiètent le CMQ. Le secrétaire du Collège, le D^r Yves Robert, estime que Québec « s'ingère » dans la gestion des normes de pratique des médecins en procréation assistée, ce qui devrait relever plutôt du CMQ. « *Ce n'est pas à la loi de régir la science* », ajoute le D^r Bernard.
- Le 1^e janvier 2015 - Lucie van den Berg & Herald Sun - Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology (<http://www.heraldsun.com.au/news/difference-of-33k-in-ivf-techniques/story-fni0fiyv-1227172168632>):
 - o Le Royal Women's Hospital et le centre de recherche en FIV de Melbourne a mené une étude qui a comparé les taux de grossesses cliniques et les coûts des deux traitements sur 100 femmes qui vivent avec l'infertilité. Non seulement les chercheurs ont montré que la FIV donne des taux de succès plus élevés au niveau des grossesses mais aussi un taux de natalité direct plus élevé. C'est presque cinq fois plus rentable que l'insémination intra-utérine (IIU).
 - Les taux de grossesses cliniques et naissances vivante étaient de 40% pour une FIV. Toutefois, pour IUI les taux étaient respectivement de 12 et 6%.
 - Les chercheurs ont évalué le coût par naissance vivante à 8 735\$ pour une FIV contre 42 487\$ à l'insémination artificielle.
- Le 23 mai 2013, le nouveau chef du parti Libéral, monsieur Philippe Couillard, s'est prononcé en faveur du programme lors d'une entrevue radiophonique (émission Chez nous le matin; [http://www.radio-canada.ca/Medianet/2013/CBF_TR/Cheznouslematin201305230732.asx](http://www.radio-canada.ca/audio-video/pop.shtml?urlMedia=http://www.radio-canada.ca/Medianet/2013/CBF_TR/Cheznouslematin201305230732.asx)) :

« Ce programme tel qu'il est a des impacts positifs qu'on ne doit pas nier (...) »

- Le 14 mai 2013, le ministre de la Santé, le Dr Réjean Hébert, ne remettait pas en question l'existence même du programme (<http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=533>) :
 - o Le programme de PMA n'est pas remis en question. L'objectif du mandat conféré au CSBE est de me fournir un avis principalement sur les enjeux éthiques et sociaux et les balises qui pourraient – le cas échéant – encadrer le programme, compte tenu notamment de l'évolution extrêmement rapide de la technologie.

- Le 2 décembre 2014, Jocelyn Smith, présidente de l'association Canadienne de Sensibilisation à l'Infertilité (ACSI), mentionnait que (<http://www.iaac.ca/fr/la-loi-20>) :
 - o Le projet de loi 20 propose que l'insémination intra-utérine (IIU), un traitement moins efficace que la FIV, demeure un service assuré.
 - Cela n'a aucun sens, l'IIU est responsable d'un plus grand nombre de naissances multiples, qui coûtent cher à notre système de santé, et elle n'est pas aussi efficace que la FIV associée à une politique de transfert d'un seul embryon. Le ministre aurait pu faire des choix différents pour réduire les coûts du Programme de procréation assistée.

- Selon la clinique de fertilité OVO, ce projet de loi contient des éléments très préoccupant du point de vue des droits et liberté fondamentaux (<http://www.cliniqueovo.com/nouvelles/position-de-la-clinique-ovo-sur-le-projet-de-loi-20/>) :
 - o C'est une injustice flagrante, car on maintient la prise en charge des inséminations mais on retire la FIV des services couverts alors que certains couples ont comme seule option de traitement la FIV.
 - o On se retrouve dans une situation pire qu'avant le programme public avec un crédit d'impôt modulé entre 20 et 80% selon les revenus familiaux.
 - o En plus de viser principalement les femmes, ce qui est en cause c'est le droit fondamental aux traitements médicaux pour traiter l'infertilité qui est reconnue comme une maladie. Cette loi va à l'encontre des valeurs québécoises et du principe d'universalité des soins de santé.

5. SUGGESTIONS DE MODIFICATIONS DU PROGRAMME DE PMA AU QUÉBEC NON PRISES EN COMPTE PAR LE GOUVERNEMENT DANS SON PROJET DE LOI 20

- Commissaire à la Santé et au Bien-Être (CSBE, 2014; http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Procreation_assistee/CSBE_PA_detaille_2014.pdf)
 - o Il est préférable de maintenir le programme de procréation assistée.
 - Le gouvernement devrait maintenir l'existence du programme québécois de procréation assistée, tout en lui apportant des modifications importantes visant à clarifier ses finalités et à recadrer ses critères d'accès, en plus de se donner les moyens d'évaluer l'atteinte de ses objectifs.
 - o Il est essentiel que la contribution financière ne nuise pas à l'accès au programme sur la seule base du revenu disponible.

- o Instaurer en remplacement du Réseau québécois de procréation assistée le Comité multidisciplinaire permanent sur l'évolution et le suivi des pratiques en PMA et inviter notamment le Collège des médecins, l'Institut national de santé publique et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux à en faire partie, de même que des professionnels œuvrant en procréation assistée.
 - Créer la Table de concertation en éthique de la procréation assistée, qui pourrait être hébergée et soutenue par une organisation permanente, comme la Commission de l'éthique en science et en technologie.

- ACIQ - Mémoire présenté au CSBE le 20 juin 2013; <http://www.aciq.ca/publications/5.pdf>
 - o Que le gouvernement assure l'équité entre les couples infertiles en maintenant l'accessibilité à des traitements de qualité actuellement offerte par la couverture des frais médicaux et des traitements par le régime de l'assurance-maladie du Québec.
 - o Que le gouvernement fasse connaître les avancées médicales de son programme et l'expertise unique développée au Québec en matière de PMA; qu'il rende public et accessible les données démontrant les économies et les avantages engendrés par ce programme.
 - o Que le gouvernement améliore l'encadrement et le maintien de la Loi 26 de procréation assistée avec un partenaire tel que l'ACIQ, représentant officiel des couples souffrant d'infertilité au Qc.

- Commission de l'éthique en science et en technologie (12 juin 2013; http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/assets/documents/PA/PA-Memoire_PA_pour_CSBE_juin_2013.pdf)
 - o Mettre en œuvre un comité d'éthique multidisciplinaire sur la procréation assistée chargé de faire des recommandations au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux organismes professionnels concernant l'encadrement des pratiques de PMA.
 - o Créer un registre des enfants nés à l'aide de ces techniques qui permettrait de répondre tout à la fois à des impératifs de santé publique et à l'obligation de transparence de la part de l'État.
 - Un rapport annuel, semblable à celui du CARTR, devrait être accessible en ligne. L'analyse annuelle des coûts, de la clientèle, des économies potentielles et des taux de succès permettrait de faire un contrôle de la qualité de la procréation assistée au Québec.
 - o Inscrire en temps réel chaque personne se présentant pour l'obtention de services dans une banque de données centralisée accessible à l'ensemble des praticiens en procréation assistée.
 - Consigner dans cette banque toute la trajectoire des patients, dont le nombre de cycles de traitement, les références pour évaluation de la capacité parentale ou du sérieux du projet parental, ainsi que les refus de traitement pour des raisons médicales ou psychosociales, le cas échéant.

AINSI :

- Considérant que le projet de loi 20 pénalise de façon abusive les **couples infertiles médicalement** du Québec, car on y attaque la gratuité et l'accès au programme plutôt que d'en baliser l'utilisation;
- Considérant qu'en stimulant le nombre de naissances aujourd'hui, le gouvernement du Québec « **investit** » dans ces naissances qui généreront ultérieurement des revenus d'impôts futurs;
- Considérant que l'apport de ces futurs travailleurs au Québec n'est pas à négliger;
- Considérant que le programme balisé serait **rentable économiquement pour le Québec**;
- Considérant que si la FIV est inaccessible au Québec, des couples infertiles iront se faire traiter à l'extérieur du Québec et que le suivi de ces traitements peut-être moins contrôlés (*ex. : hyperstimulation, grossesses multiples*) seront faits au Québec et engendreront des pertes monétaires supplémentaires considérables pour le Québec;
- Considérant que le programme représente seulement **0,5% du système de santé**;
- Considérant que le projet de loi 20 va bien au-delà des recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être;
- Considérant que l'infertilité n'est pas un choix, mais **une maladie**;
- Considérant que la fécondation in vitro est parfois la seule solution;
- Considérant que ce programme permet de diminuer le taux de grossesse multiple, tout en augmentant le taux de population québécoise;
- Considérant que le programme a permis à 5 000 petits miracles de voir le jour;
- Considérant que le programme est une fierté pour le Québec, un exemple à suivre reconnu internationalement;

Je, Marie-Ève Proulx, demande au gouvernement du Québec de conserver la couverture de 3 cycles de fécondation in-vitro pour les couples infertiles médicalement, pour qui la FIV est l'option envisageable pour donner la vie.

*** Je suis pour baliser le programme de procréation médicalement assistée, je suis pour revoir son accès (infertilité sociale VS médicale; infertilités qui peuvent être contournées par d'autres moyens tels la prise d'hormones et l'insémination artificielle, etc.), mais il en demeure que la FIV doit rester accessible aux couples infertiles médicalement. Le Québec doit continuer d'aider les couples pour qui la FIV demeure l'ultime option envisageable pour avoir des enfants, car le Québec n'a pas les moyens de perdre la chance d'avoir ses enfants qui représentent une richesse économique et sociale.*