

CAS - 001M

C.P. - P.L. 23

Loi sur les activités cliniques et de
recherche en matière de
procréation assistée

La couverture par le Régime d'assurance maladie du Québec des traitements liés à l'infertilité

**Mémoire de
madame Julie Snyder**

**Présenté dans le cadre des consultations particulières
et auditions publiques sur le projet de loi n° 23**

**Loi sur les activités cliniques et de recherche
en matière de procréation assistée**

**Présenté à la Commission des affaires sociales
de l'Assemblée nationale**

Le 10 juin 2008



INTRODUCTION

Je suis venue devant vous parce qu'après avoir terriblement souffert d'infertilité, j'ai connu le bonheur de porter un enfant et d'accoucher. Je me suis alors juré de consacrer du temps pour aider les autres couples qui n'avaient pas eu notre chance d'avoir accès aux traitements de fertilité.

Ce n'est pas facile pour moi d'être ici pour parler de cela.

Personne – homme ou femme – n'est fier d'être infertile.

En fait, dans un contexte où le Québec vit un inquiétant problème démographique, de plus en plus de citoyens sont sensibles aux enjeux reliés à l'infertilité.

Le remboursement de la fécondation *in vitro* (FIV) n'est pas l'unique mesure pour augmenter le taux de natalité, mais c'est une mesure pertinente qui a une incidence sur ce taux. La France, par exemple, qui défraie 100 % des coûts reliés à la FIV, a un taux de fécondité qui reste le plus élevé d'Europe¹.

Deux millions de bébés à travers le monde ont déjà été fécondés *in vitro*². Dans certains pays européens où la FIV est défrayée par l'État, 5 % des naissances en sont issus².

L'État québécois refuse de considérer l'infertilité comme une maladie pourtant, l'Association des Obstétriciens et Gynécologue du Québec (AOGQ), déclare que l'infertilité est une maladie et que les actes pour la corriger, incluant la FIV, sont des actes médicaux (Voir annexe 1). La Fédération des médecins spécialistes du Québec est en faveur que la FIV soit couverte par la RAMQ³.

Beaucoup de femmes de moins de 35 ans souffrent d'infertilité causée soit par le facteur mâle, de plus en plus répandu, entre autres, à cause de la pollution, soit par diverses maladies causant l'infertilité.

On entend souvent que : « les femmes attendent trop tard pour avoir des enfants, donc tant pis pour elle! » Pourtant, dit-on à la jeune fille de 17 ans qui veut se faire avorter : « Tu n'as pas assez attendu pour avoir des enfants, c'est trop tôt, donc tant pis pour toi »? Les femmes occidentales attendent plus tard pour avoir des enfants. On peut le regretter – les raisons sont nombreuses et légitimes – mais c'est une réalité sociologique avec laquelle il faut composer (Voir annexe 2).

Justement pour tenir compte de cette nouvelle réalité, la France et la Belgique remboursent les traitements de fertilité pour les femmes jusqu'à plus ou moins 43 ans (Voir annexe 3).

On entend aussi des commentaires blessants du genre : « Résigne-toi, c'est ton destin! » Est-ce que l'on dit à la femme qui veut se faire avorter : « La nature t'a envoyé un enfant, accepte ton sort, c'est ton destin »? Je suis entièrement pour la liberté de choix en ce qui concerne l'avortement. Mais pourquoi cette liberté disparaît lorsqu'il s'agit de FIV?

L'adoption? Il s'agit d'une voie valable, mais qui peut s'avérer très onéreuse et parsemée d'embûches de plus en plus nombreuses⁴.

Pour beaucoup de femmes, porter un enfant, le sentir se développer en soi et le mettre au monde sont des besoins naturels et viscéraux qui relèvent de l'instinct.

Je m'adresse ici aux femmes de cette Commission : mesdames Lisette Lapointe, Maryse Gaudreault, Stéphanie Vallée, Linda Lapointe, Lucille Méthé. Vous avez enfanté et je suis persuadée que ni la victoire électorale, ni votre éclatante réussite, ni la passion de servir le Québec ne se comparent au sentiment d'accomplissement d'avoir donné la vie. Or, les femmes québécoises, contrairement à plusieurs de leurs vis-à-vis européennes, sont privées de devenir mère faute de moyens financiers.

C'est aux noms de toutes celles qui souffrent que je m'adresse à vous, vous détenez le pouvoir de changer la vie de milliers de femmes dans vos comtés, je vous demande donc d'agir en leurs noms et au nom du Québec qui a bien besoin de petits Québécois de plus!

Les questions éthiques que vise à encadrer le projet 23 ne doivent pas faire oublier les questions de l'accès aux traitements de FIV eux-mêmes.

Afin d'éviter toute confusion, la FIV est un traitement qui consiste à rendre une femme fertile, il ne s'agit pas de clonage et de manipulation génétique et juste vous rappeler qu'un embryon, c'est entre 4 et 10 cellules que l'on implante dans l'utérus. On peut également en congeler dans le dessein d'avoir d'autres enfants, mais surtout pour effectuer une nouvelle tentative moins souffrante et moins coûteuse en cas d'échec.

Les néonatalogistes s'inquiètent, avec raison, de la naissance des prématurés causée par les grossesses multiples issues de la FIV. Il faut savoir que les grossesses multiples arrivent aussi chez les femmes qui ne font pas de FIV. Dans les cas de grossesses uniques, la prématurité peut être causée par la cigarette et l'alcool. Or, on défraie les coûts d'hospitalisation pour les prématurés issus d'une mère fumeuse... Alors pourquoi celles qui fument seraient avantagées sur celles qui sont infertiles?

La majorité des grossesses multiples sont davantage causées par la stimulation hormonale hors FIV. En 2002, seulement 299 grossesses multiples sont issues de la FIV alors que 790 proviennent de la stimulation ovarienne hors FIV².

De plus, les femmes enceintes après une FIV sont hyper motivées à éviter la prématurité. Si leur médecin leur indique, elles prendront de la progestérone et resteront alitées, bref elles sont les championnes de la collaboration face aux directives médicales.

À ce sujet, nous appuyons la recommandation faite par le Dr Miron, selon laquelle, le nombre d'embryons soit déterminé par un comité d'éthique qui relèverait du Collège des médecins et non pas de l'État comme tel. Le nombre d'embryons devrait être déterminé selon la condition médicale de la femme et non selon son âge. Il en résulterait une réduction du nombre de grossesses multiples. Ce que l'État dépenserait en FIV, il l'économiserait en soins de néonatalité et en césariennes, souvent associés aux grossesses multiples.

Je suis inquiète de la direction que prend ce dossier. Lorsque le ministre Couillard nous a accordé une entrevue pour notre documentaire sur la FIV voici ce qu'il nous a déclaré et je cite : « Est-ce qu'on doit traiter des pathologies ou répondre aux besoins de tout le monde d'avoir une vie meilleure? » (Voir annexe 4).

Je pose la question : est-ce que la vasectomie est une pathologie? Est-ce que la ligature des trompes est une pathologie? Est-ce que la grossesse est une pathologie? Il a aussi ajouté que d'avoir un enfant ne faisait pas partie des droits fondamentaux des individus (Voir annexe 4). J'aimerais rappeler que la RAMQ couvre aussi des soins qui ne relèvent pas de droits fondamentaux.

Le ministre a également déclaré en entrevue à LCN que « l'insémination artificielle est remboursée ». Or c'est une demi-vérité, car oui l'acte d'insémination est remboursé, mais pas le lavage du sperme dans la centrifugeuse effectué par un technicien. Alors c'est gratuit à condition de savoir laver son sperme soi-même et de posséder une centrifugeuse, vous conviendrez avec moi qu'il est difficile de remplir ces deux conditions pour un citoyen ordinaire!

Le projet de loi 23, tel qu'il est libellé, pourrait donner le pouvoir au ministre d'obliger les femmes à subir un plus grand nombre de traitements puisqu'elles auront moins d'embryons donc moins de chances d'être enceinte et qu'au bout du compte, elles devront payer pour plus de traitements. En somme, ce que le projet de loi laisse présager, c'est plus de souffrance et moins d'argent pour les couples infertiles.

EXPOSÉ suite

Je cite ici un extrait du travail de maître Karine Joizel sur *La prise en charge des coûts liés à l'infertilité*, présenté à l'ENAP. Elle conclut que « ... la décision du gouvernement de ne pas financer à 100% les traitements de FIV (...) s'explique mal de la part d'un gouvernement qui se dit pro-famille. » (Voir annexe 5)

La vasectomie, l'avortement, la ligature des trompes, la vasovasectomie, la déligature, la religature, la revasectomie sont défrayés alors que la FIV ne l'est pas.

Comment se fait-il que tout ce qui entrave la vie soit couvert par la RAMQ, alors que ce qui peut la favoriser ne le soit pas?

À l'inverse du Canada et des États-Unis, le Québec est une minorité francophone frappée par une dénatalité alarmante et inquiétante. Il y a bien sûr des coûts reliés à la FIV, tout comme il y en a relié à l'immigration d'ailleurs. Alors qu'on se demande si le Québec a les moyens de payer pour la FIV, moi je pose la question suivante : avons-nous les moyens de nous en passer?

En terminant, je m'adresse à vous parlementaires. Je sais que la majorité, d'entre vous est entrée en politique par conviction et que vous avez même sacrifié du temps avec vos familles pour améliorer notre société. Vous avez donc une occasion, ici, de changer concrètement le sort de milliers de familles. S'il vous plait, faites-le pour le Québec d'aujourd'hui et surtout pour le Québec de demain!

Recommandations :

1-Que les traitements de FIV soient totalement couverts par la RAMQ pour les femmes de moins de 43 ans au moment de la ponction ovarienne selon le modèle français, soit 4 cycles de FIV par enfant à naître. La décongélation embryonnaire ne comptant pas comme un nouveau cycle d'essai.

2-Que le projet de loi 23 précise que le nombre d'embryons transférés soit décidé par un comité d'éthique issu du Collège des médecins en fonction de la condition médicale, de l'âge et surtout de la qualité embryonnaire.

RÉFÉRENCES

1. BILAN DÉMOGRAPHIQUE DE L'ANNÉE 2007 (EN FRANCE), L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), 15 janvier 2008, www.vie-publique.fr/actualite/alaune/population-forte-natalite-2007.html
2. PRESENTATION TO THE QUEBEC NATIONAL ASSEMBLY REGARDING BILL 89, Seang LIN TAN, MBBS, FRCOG, FRCS(C), MMed(O&G), MBA, James EDMUND DODDS, Professor and Chairman Department of Obstetrics and Gynecology, McGill University Obstetrician & Gynecologist-in-Chief, McGill University Health Centre Medical Director, McGill Reproductive Center.
3. Dr GAÉTAN BARRETTE, président de La Fédération des médecins spécialistes du Québec.
4. WWW.FORMONSUNEFAMILLE.COM/INDEX.PHP?ID=12

ANNEXES

ANNEXE 1 :	Lettre de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec	p.I
ANNEXE 2 :	Article du journal Le Devoir	p.II
ANNEXE 3 :	Exemples de FIV ailleurs dans le monde	p.III
ANNEXE 4 :	<i>Ça pourrait nous arriver</i> Verbatim de l'entrevue accordée par M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec	p.IV
ANNEXE 5 :	<i>La prise en charge des coûts reliés au traitement de l'infertilité</i>, texte de Maître Karine Joizil	p.VIII
ANNEXE 6 :	Article du journal The Gazette	p.XII
ANNEXE 7 :	Summary of assisted reproductive technology results	p.XIII

ANNEXES AUDIOVISUELLES

DISQUE 1 :	ENTREVUE No.1 <i>Christiane Charette</i> Christiane Charette et Julie Snyder
	ENTREVUE No.2 <i>Dennis Trudeau Show</i> Dennis Trudeau et Julie Snyder
DISQUE 2 :	ENTREVUE No.3 <i>Good Morning Canada</i> Lori Graham et Julie Snyder
DISQUE 3 :	ÇA POURRAIT NOUS ARRIVER <i>La fécondation in vitro</i> Dominique Savoie et Julie Snyder

LETTRE DE L'ASSOCIATION DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU QUÉBEC

Politique de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec concernant l'infertilité et la fécondation *in vitro*

*L'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec déclare que l'infertilité est une maladie et que les actes effectués pour la corriger incluant la fécondation *in vitro* sont des actes médicaux.*

*Plus spécialement, la fécondation *in vitro* est maintenant sortie de sa période d'expérience médicale pour être une technique efficace de traitement de l'infertilité dans certaines circonstances bien précises.*

Cette politique a été adoptée par le Conseil d'administration le 29 octobre 1993 et est toujours en vigueur à cette date.

LE DEVOIR

LES ACTUALITÉS, mercredi 4 juin 2008, p. A2

Le «baby-boom» se dégonfle

Le nombre de naissances continue d'augmenter, mais de manière beaucoup moins spectaculaire

Gervais, Lisa-Marie

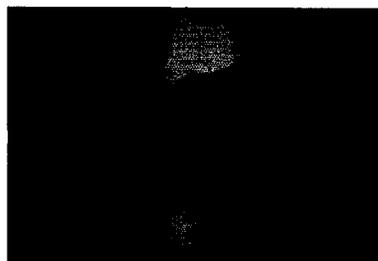
L'élan du «baby-boom» constaté en 2006 a quelque peu freiné sa course en 2007. Selon les nouvelles données sociodémographiques provisoires du bulletin de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) publiées hier, 84 200 nouveau-nés auraient vu le jour en 2007, une augmentation de la natalité de 3 %, plus faible que celle de 8 % survenue en 2006, qui avait été qualifiée de «spectaculaire». Somme toute, l'accroissement des naissances poursuit son cours puisque 2100 bébés de plus sont nés au cours de l'année 2007.

«Ça aurait été étonnant de voir une tendance comme celle de 2006 se prolonger en 2007 avec autant d'ampleur», a affirmé Chantal Girard, démographe à l'ISQ. Elle ajoute qu'il est exagéré d'utiliser le terme «baby-boom» pour parler de l'année 2006, sachant que la période du réel baby-boom des années 1950 et 1960 pouvait voir naître jusqu'à 140 000 bébés. «L'année 2006 semble être une exception, même si la tendance, à plus long terme, est à la hausse», souligne Mme Girard. Les quelques données déjà compilées pour les trois premiers mois de 2008 laissent présager que la situation ressemblera à celle de 2007, à savoir que la natalité connaîtra une hausse de l'ordre de 3 %.

La démographe constate une tendance lourde : l'augmentation de l'âge moyen des femmes à leur première grossesse. «Si on compare les données d'il y a 25 ans, on observe que la fécondité se déplace autour de 30 ans. C'est fascinant», constate-t-elle. La fécondité des femmes de 30 à 24 ans pourrait bientôt dépasser celle des 25-29 ans, tandis que la fécondité des 35-39 ans se rapproche de celle des 20-24 ans. «On atteint le même nombre d'enfants, mais pas au même âge. C'est beaucoup plus tard. Et on voit aussi que plus la fécondité est tardive, plus les risques que le rattrapage [d'avoir le même nombre d'enfants, NDLR] ne puisse pas se produire est grand.»

Elle note au passage le surprenant taux de fécondité des femmes de la Côte-Nord, qui est de 1,9 enfant par femme. Outre les femmes du Nouveau-Québec, qui ont traditionnellement les plus hauts taux, «ça ne s'était pas vu depuis 1994 et c'était dans la région de Lanaudière», se souvient-elle.

Quant aux décès, après une étonnante diminution en 2006 dans un contexte de vieillissement de la population, ils reviennent au niveau de 2005. «Là encore, ça montre que l'année 2006 a été exceptionnelle par son petit nombre de décès et qu'avec l'année 2007, on revient à un plateau. Car même si l'espérance de vie s'améliore, la mortalité devrait avoir tendance à augmenter aussi au fil des années parce que la population de gens âgés est plus grande», fait remarquer la démographe. N'empêche, 56 100 personnes sont décédées en 2007, alors que les projections faisaient état de 60 000 morts. «L'espérance de vie a été meilleure en bout de ligne», dit-elle. D'après les données provisoires, ce sont d'ailleurs les Lavallois qui affichent la meilleure espérance de vie à la naissance. Mme Girard se garde bien d'entrer dans les détails d'une analyse plus approfondie de ces résultats. «Ce sont des résultats préliminaires qui se publient cinq mois après la fin de l'année 2007, alors qu'on n'a pas reçu tous les formulaires et validé l'exactitude des données», explique Mme Girard. Mais on a suffisamment d'informations pour sortir des premières estimations. Ce n'est que 12 mois plus tard qu'on peut procéder à des analyses plus fines.»

**Illustration :**

Maeva, photographiée dans les minutes suivant sa naissance.

Catégorie : Actualités

Sujet(s) uniforme(s) : Démographie et population

Type(s) d'article : Article

Taille : Moyen, 438 mots

© 2008 Le Devoir. Tous droits réservés.

Doc. : news-20080604-LE-192591

EXEMPLES DE FIV AILLEURS DANS LE MONDE

France

La caisse d'assurance-maladie **prend en charge à 100 %** avec exonération du ticket modérateur, les examens nécessaires au diagnostic de la stérilité, chez la femme et chez l'homme, ainsi que pour le traitement (insémination artificielle, FIV, ICSI).

Quatre tentatives de fécondation in vitro avec ou sans micromanipulation peuvent être remboursées.

La femme doit être âgée de moins de 43 ans.

Sont remboursés par la caisse d'assurance-maladie :

- les traitements de stimulation
- les contrôles de la stimulation (échographies, bilans hormonaux, etc.)
- la préparation du sperme
- l'anesthésie
- la ponction ovarienne
- la fécondation au laboratoire
- les actes de laboratoire nécessaires à la croissance des embryons
- le transfert des embryons
- la congélation des embryons surnuméraires

Source : Institut de Médecine de la Reproduction
http://www.imr-marseille.com/securite_sociale.htm

Belgique

Depuis le 1^{er} juillet 2003, les personnes soumises au système de mutuelle belge ont droit au remboursement total des frais de laboratoire dans le cadre de la FIV.

Ceci comprend :

- la mise en culture des ovocytes
- la préparation des spermatozoïdes
- la fécondation
- la congélation et décongélation des embryons

Certaines conditions doivent être néanmoins remplies :

- patiente âgée de moins de 43 ans, le jour de la ponction ovocytaire
- maximum de 6 cycles d'essai (la décongélation embryonnaire ne comptant pas comme un nouveau cycle d'essai).
- La FIV doit être réalisée dans un centre agréé en matière de fécondation in vitro.
- Le nombre d'embryons est déterminé par le nombre d'essais, l'âge de la patiente et la qualité embryonnaire.

Depuis le 1^{er} octobre 2006, les médicaments utilisés pour la stimulation ovarienne sont également pratiquement totalement remboursés.

Source : Natisens
http://www.natisens.com/Articles/Administration/Secu_Belgique.html

ÇA POURRAIT NOUS ARRIVER

Verbatim de l'entrevue accordée par M. Philippe Couillard,
ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec

VERBATIM de l'entrevue complète accordée par M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, à Mme Dominique Savoie, animatrice et conceptrice de l'émission *Ça pourrait nous arriver*, pour le premier épisode consacré à la fécondation in vitro.

- Entrevue réalisée dans les bureaux du ministère de la Santé et des Services sociaux (édifice Catherine-de-Longpré, 1075, chemin Sainte-Foy, 15e étage, Québec, Qc, G1S 2M1), le mardi 7 août 2007.
- Des extraits de cette entrevue ont été diffusés le mercredi 12 septembre 2007 à 21 h sur les ondes du Réseau TVA.

Mme Dominique Savoie
(animatrice de l'émission)

Monsieur Couillard, l'Association des obstétriciens gynécologues du Québec trouve injuste la position du gouvernement de ne pas rembourser les traitements de fertilité aux couples infertiles alors que l'État, au fond, paye les interruptions de grossesse ou les liens sur les trompes. Comment justifier cela dans un contexte où le Québec est confronté à un problème de dénatalité?

M. Philippe Couillard

D'abord, il n'est pas exact que le gouvernement ne paye pas les procédures de fertilisation puisqu'on est la seule province canadienne, avec l'Ontario, et notre programme est beaucoup plus généreux que celui de l'Ontario, à offrir un crédit d'impôt pour les procédures de fertilisation in vitro qui couvre 30 % des dépenses actuellement. Et qui va même couvrir jusqu'à 50 % des dépenses à la troisième procédure, au troisième essai si vous voulez, suite à la loi qu'on va déposer à nouveau à l'Assemblée nationale. Donc le contribuable, l'État, paye une partie des frais liés à la fertilisation. Pourquoi payons-nous, ... remboursons-nous également les frais liés aux mesures de stérilisations que vous avez mentionnées? C'est que les conséquences sociales et médicales d'une grossesse non désirée sont également très sérieuses. Et c'est depuis longtemps dans le panier de services du système de santé du Québec.

Mme Dominique Savoie

Justement vous parliez du budget libéral de 2006 où l'on a proposé une augmentation du crédit d'impôt de 50 % pour une troisième tentative, mais, de l'extérieur, on se demande pourquoi une mesure aussi timide alors que plusieurs couples infertiles n'auront même pas à se rendre jusque-là, de un. Et de deux, je pose la question, est-ce qu'au fond cette mesure-là ne risque pas de bénéficier aux cliniques de fertilité qui sont libres d'augmenter leurs frais comme bon leur semble?

M. Philippe Couillard

Mais d'abord, ce n'est pas exact que ce ne sont pas tous les couples qui auront besoin de se rendre à la troisième parce que, justement, la loi qu'on va déposer va donner le pouvoir de réglementer le nombre d'embryons qu'on pourra implanter. Parce qu'une des conséquences associées à la fertilisation in vitro, c'est les grossesses multiples qui, malheureusement, sont associées à des problèmes médicaux importants chez les nouveaux-nés. Alors, lors des consultations parlementaires qu'on a faites, on a eu la recommandation, comme le font d'autres États, de limiter le nombre d'embryons implantés. Donc, il est probable que les couples devront subir plus qu'une ou deux procédures pour concevoir et, à ce moment-là, il est normal qu'on augmente le crédit d'impôt pour la troisième tentative. Mais je rappelle qu'il faut voir ça dans le contexte canadien et nord américain. Le Québec, de loin, est l'endroit où l'on est le plus généreux avec les fonds publics avec ce type de procédures-là.

- Mme Dominique Savoie** En même temps, on peut penser à la France qui rembourse jusqu'à quatre cycles de traitement de fertilité ...
- M. Philippe Couillard** ... J'ai dit dans le contexte nord-américain. On est dans un contexte avec lequel on doit se comparer avec nos voisins et ce qui est permis ailleurs. Et, d'autre part, le système de santé du Québec ... vous connaissez le défi du financement. On est déjà aux prises avec un problème de financement à long terme pour le panier de services que nous avons. Alors avant d'augmenter ce panier de services-là et d'augmenter la gamme de services assurés, il faut se poser de sérieuses questions. Et ce n'est pas actuellement la direction dans laquelle nous allons, mais plutôt dans celle de bonifier le crédit d'impôt et les mesures fiscales pour aider les couples.
- Mme Dominique Savoie** Là, vous nous confirmez que vous n'irez pas dans cette direction-là, c'est-à-dire faire des ajouts dans le panier de services de l'Assurance santé du Québec...
- M. Philippe Couillard** ...Ce n'est pas notre intention actuellement. Mais plutôt, encore une fois, de continuer le programme généreux que le Québec a sur le plan fiscal. Et même de le bonifier, compte tenu du fait que les changements législatifs qu'on va apporter vont probablement amener les couples à devoir subir plus de tentatives pour concevoir, en raison du problème de grossesses multiples qu'on veut diminuer ou limiter au maximum.
- Mme Dominique Savoie** Ça m'amène à toutes sortes de questions. Mais, en fait, qu'est ce que vous pensez des conclusions du mémoire, qui a été déposé par l'Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité, qui affirment que le gouvernement pourrait économiser des millions de dollars s'il payait pour des traitements de fertilité, car il y aurait une diminution significative des naissances prématurées?
- M. Philippe Couillard** La façon de limiter les naissances prématurées et les naissances multiples, c'est limiter le nombre d'embryons. Et si on limite le nombre d'embryons, si on maintient le crédit fiscal tel qu'il est actuellement, on va limiter l'accessibilité à la procédure. C'est la raison pour laquelle on doit augmenter ça. Il ne faut pas oublier non plus que dans l'infertilité, il y a la prévention. Ça existe la prévention de l'infertilité. Il ne faut pas perdre ça de vue. Une des causes très fréquentes de l'infertilité, chez la femme notamment, c'est la conséquence des maladies transmises sexuellement, comme le Chlamydiae ou d'autres. Alors, dans cette question-là, sur ce plan-là, on est très actif dans le domaine de la prévention de ces infections-là. Et il faut toujours rappeler que n'importe quel problème, que ce soit le diabète, que ce soit le cancer ... peut également être résolu ou atténué par la prévention. Et l'infertilité fait partie de ces problèmes-là.
- Mme Dominique Savoie** Vous avez raison. Mais, sans me lancer dans des statistiques, en même temps, il y a des études qui démontrent que dans les problèmes d'infertilité, ... il y a 50% des problèmes d'infertilité qui sont reliés à une cause masculine.
- M. Philippe Couillard** ... C'est ça... et qui peuvent être également reliées à des problèmes d'infections. C'est la même chose. Ou un problème de spermatozoïdes insuffisants ou inactifs. Et c'est à ce moment-là que... et d'autres cas également... que le programme de fertilisation est utile. Prenez l'Ontario, par exemple, qui a également, avec le Québec, un programme fiscal de soutien. Il n'est offert qu'au cas où, dans les couples, la femme a des trompes obstruées. Donc, c'est très restreint, pour la raison que vous venez de dire. Alors qu'au Québec, on finance toutes les procédures de fertilisation par un crédit d'impôt qui, encore une fois, est assez généreux par rapport à ce qui existe dans le reste de l'Amérique du Nord.
- Mme Dominique Savoie** Dans le cadre de ce documentaire-là, pour avoir passé à peu près deux ans et demi avec des couples infertiles, puis d'avoir vécu avec eux les traitements de fertilité, beaucoup de couples n'ont pas les moyens de se payer des traitements de fertilité. Et il y en a qui ont les moyens, mais par contre qui doivent faire de nombreux

Mme Dominique Savoie (suite) sacrifices comme, par exemple, hypothéquer leur maison. Vous ne trouvez pas ça illogique qu'un couple qui veut désespérément avoir un enfant s'endette pour les années à venir?

M. Philippe Couillard Il y a une façon ici de déterminer les priorités. Qu'est-ce qu'on doit traiter avec le système de santé? Est-ce qu'on doit traiter des pathologies ou répondre au désir de tout le monde d'avoir une vie meilleure? Et c'est un peu de ça dont on parle. C'est très désirable d'avoir des enfants et chacun le souhaite. Mais ça ne fait pas partie des droits fondamentaux des individus. Il faut quand même se rappeler ça. Comme société, on a la nécessité de baliser ce qu'on finance avec notre argent des contribuables. Et lorsqu'on compare avec les systèmes de santé européens, c'est très injuste parce que les systèmes de santé sont très différents, les sociétés sont très différentes, les niveaux de rémunération des médecins, entre autres, sont très différents dans ces systèmes de santé ... alors c'est comme comparer une pomme et une orange. Encore une fois, je rappelle que dans le contexte du Canada et de l'Amérique du Nord, le Québec est l'endroit, de loin, où on est le plus généreux pour soutenir ce type de procédures-là.

Mme Dominique Savoie Par contre la France n'a pas l'universalité des services sociaux comme au Québec.

M. Philippe Couillard C'est-à-dire qu'ils couvrent beaucoup plus de choses. La sécurité sociale en France couvre les vignettes, couvre une gamme de médicaments encore plus étendue que celle que nous couvrons... et offre des services avec un ticket modérateur, avec une participation mixte de la médecine privée, avec un nombre de médecins beaucoup plus considérable que le nombre de médecins que nous avons au Québec et des revenus, pour ces médecins, très inférieurs à ceux que les médecins québécois gagnent, même s'ils en sont insatisfaits ici. Alors, c'est très difficile de comparer ces deux systèmes de santé de façon claire. Pour ce qui est de la compensation de la fertilité, c'est comme le reste de la situation du système de santé. Les gens disent : « écoutez, on voudrait que les médecins, par exemple, soient rémunérés comme ailleurs au Canada ». Mais dans ce domaine de couverture des soins, on veut se comparer au reste du Canada également. Et dans ce domaine-là, encore une fois, le Québec fait figure non seulement de parent pauvre, mais au contraire d'une province très ouverte, très active dans le financement ou l'aide financière aux couples qui veulent utiliser les méthodes.

Mme Dominique Savoie La loi 89 que vous avez proposée en fait, qui a pour but d'encadrer les pratiques de procréation assistée, est sur la table depuis plusieurs mois.

M. Philippe Couillard En fait, elle n'est plus sur la table parce qu'il y a eu l'élection, donc le système parlementaire fait en sorte que, comme on dit, la loi meurt au feuillet. Alors il faut la déposer à nouveau. On a l'intention de le faire au cours de la session d'automne et de repartir ce processus d'adoption de ce projet de loi. Pourquoi doit-on le faire? D'abord pour des raisons de réglementation comme on l'a dit tantôt. Pour encadrer la qualité des soins de ces cliniques, le nombre d'embryons pour limiter le problème des grossesses multiples. Mais également, ce qui est accessoire pour les femmes et les hommes qui nous écoutent ce soir, mais pour le gouvernement et les Québécois est aussi important, pour des raisons constitutionnelles parce que le gouvernement fédéral, comme vous le savez, a déposé, lui, un projet de loi dans un domaine qui nous apparaît clairement de juridiction québécoise. Alors on doit également, d'abord pour le système de santé et l'accessibilité des soins, mais également pour assurer le plein exercice de nos compétences, déposer ce projet de loi encore une fois.

Mme Dominique Savoie On entend souvent dire que la fécondation in vitro est en partie responsable du problème des grossesses multiples. Mais quand on regarde ça de près on a l'impression que c'est peut-être le système actuel qui crée ce phénomène-là parce que les couples ont une telle pression financière sur le dos, conséquemment mettent cette pression-là sur le dos de leurs médecins pour qu'ils implantent plus que deux embryons. Qu'est-ce que vous pensez de cette analyse-là?

M. Philippe Couillard Vous avez raison. C'est la raison pour laquelle lorsqu'on dit, avec la loi qu'on va adopter éventuellement, qu'on va réglementer le nombre d'embryons implantés, on sait fort bien que ça va mener, probablement, les couples à avoir plus de procédures avant de réussir la conception. C'est la raison pour laquelle on veut accompagner cette nouvelle façon de faire d'une bonification du crédit d'impôt, qui va passer de 30% à 50% à partir de la troisième procédure. Alors je pense que là, il y a une correspondance qui est très nette parce que, à mesure que vous limitez le nombre d'embryons ou vous limitez la procédure qui est permise, vous restreignez l'accessibilité parce qu'il faut augmenter le nombre de procédures si vous n'augmentez pas le financement en même temps.

Mme Dominique Savoie Donc, ce que vous êtes en train de me dire c'est qu'on va faire le choix de diminuer le risque de grossesses multiples, mais concrètement les couples risquent de plus s'endetter?

M. Philippe Couillard C'est-à-dire qu'ils vont être plus compensés également fiscalement et les techniques nouvelles, on a dû vous en parler, font en sorte que le taux de succès augmente beaucoup, même avec un nombre d'embryons implantés plus restreint. Mais on veut vraiment limiter ce problème de grossesse multiple parce que, malheureusement, on sait que ces grossesses multiples sont souvent associées à des naissances prématurées et les grands prématurés ont des problèmes de santé toute leur vie.

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

La prise en charge des coûts reliés au traitement de l'infertilité

Par : Karine Joizil

**Travail présenté à :
Jean-François Savard**

**Dans le cadre du cours :
Analyse de politiques publiques
ENP 7521**

1^{er} octobre 2007

Le système de santé québécois prend en charge les coûts reliés à l'investigation de l'infertilité, les chirurgies pour y remédier de même que l'insémination artificielle. Cependant, les techniques de pointe relatives à la procréation assistée telle que la fécondation in vitro (FIV) ne sont pas assumées par l'État.

Cette technique reproduit en laboratoire les premières étapes de la grossesse qui se déroulent normalement dans la trompe de Fallope¹. La FIV exige en premier lieu la stimulation hormonale des ovaires afin d'augmenter les chances de récupérer plusieurs ovules matures et fécondables en un seul cycle. Lorsque les ovules semblent à maturité, on déclenche l'ovulation. Ensuite, on effectue le prélèvement des ovules et on procède à la fécondation in vitro proprement dite i.e. les ovules sont mis en contact avec les spermatozoïdes du conjoint pour être fécondés. Deux jours après, on connaît le nombre d'embryons résultants. On procède ensuite à l'étape du transfert d'un ou de plusieurs embryons dans le fond de l'utérus de la femme. Les femmes doivent alors prendre des hormones afin de favoriser l'implantation de l'embryon. Souvent, on implante plus d'un embryon afin d'augmenter les chances de réussite.

Le gouvernement québécois offre un crédit d'impôt permettant aux couples infertiles qui désirent des traitements de procréation assistée d'obtenir le remboursement d'une partie des dépenses liées à ces traitements. En effet, une personne ou un couple peut obtenir un remboursement de 30% de montant déclaré à titre de dépenses annuelles pour des traitements de fertilité, étant entendu que le montant déclaré ne peut excéder 20 000\$. Ainsi, le montant du crédit d'impôt remboursable dont peut bénéficier une personne qui a recours à ces techniques pour concevoir un enfant peut atteindre un maximum de 6000\$ par année.

À l'origine, le taux du crédit d'impôt remboursable pour le traitement de l'infertilité était de 25% d'un plafond de 15 000\$ (soit une aide maximale de 3750\$)². L'année suivante, il a été bonifié à 30% d'un maximum de 20 000\$³. Depuis l'instauration de ce crédit d'impôt en 2000, les gouvernements successifs ont fait l'objet de demandes visant à inclure dans le panier de services couverts par l'assurance-maladie les traitements par procréation assistée. Année après année, la réponse demeure négative. Toutefois, le gouvernement du Québec, a l'intention de modifier les modalités d'application du crédit d'impôt remboursable afin de prévoir que le taux applicable aux frais reliés à une FIV soit de 50% à partir de la troisième tentative et pour toute tentative subséquente⁴.

Cette décision gouvernementale résulte des travaux la Commission des affaires sociales sur l'étude du projet de loi 89, *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives*. Ce projet de loi a pour objectif de promouvoir une pratique de qualité, sécuritaire et éthique et de favoriser l'amélioration continue des services par la mise en œuvre de mécanismes de suivi des activités de procréation assistée. Lors des consultations particulières sur l'étude du projet de loi 89, plusieurs intervenants ont réclamé que l'État assume la totalité des frais reliés aux traitements par procréation assistée.

Pour justifier son refus de prendre en charge la totalité des coûts le gouvernement remet en cause le caractère sécuritaire de la procréation médicalement assistée. Le ministre de la santé du Québec, Philippe Couillard rappelle que certaines études (bien qu'elles ne soient pas unanimes) ont recensé jusqu'à 9% d'anomalies congénitales chez des enfants nés à la suite d'une FIV contre 4,2% chez les enfants conçus naturellement. Toujours selon le ministre, d'autres études relatent des taux élevés de grossesses gémellaires qui dans 54% du temps en naissances prématurées et dans 51% du temps en naissances de faible poids⁵. Au-delà de la conception et de la naissance, les bébés conçus par procréation assistée constitueraient donc une surcharge financière pour l'État en raison des soins supplémentaires qu'ils requièrent.

De plus, pour le ministre, le crédit d'impôt remboursable de 30 % qui est actuellement offert constitue une mesure très généreuse puisque le Québec est la seule province canadienne à offrir une telle déduction à tous les patients ayant recours à la FIV. En effet, l'Ontario offre la couverture totale des frais de FIV mais seulement pour les femmes présentant une obstruction bilatérale complète des trompes de Fallope. S'il est vrai que le régime fiscal québécois est moins généreux que le soutien accordé par plusieurs pays européens (notamment l'Angleterre, la France, la Belgique la Finlande et la Suisse) qui défraient la totalité des coûts, pour le gouvernement québécois, il ne faut pas oublier que dans ces pays, le contribuable doit assumer une partie de ses frais de soins de santé et qu'il y a une plus grande participation des prestataires privés.

L'approche ayant mené à la prise de décision du ministre de la Santé s'apparente à l'incrémentalisme. En effet, on n'assiste pas à un changement brusque de politiques. On procède plutôt à une légère augmentation du crédit adopté tout comme le gouvernement l'avait fait en 2001 (en faisant passer le crédit de 25% à 30% et en augmentant le montant maximal pouvant faire l'objet d'une déclaration. Bien que l'augmentation proposée par le ministre semble plus substantielle (de 30% à 50%), elle n'est pas aussi significative qu'elle en a l'air puisque le crédit d'impôt de 50% ne s'appliquerait qu'à partir de la troisième tentative. Les couples qui en ont besoins devraient donc déboursier les frais de deux tentatives.

La décision du ministre semble avoir été prise préalablement à la fixation d'objectifs. Car si la préoccupation du

ministre est bel et bien la diminution des grossesses multiples, il aurait dû donner suite aux demandes répétées de prise en charge totale des traitements de FIV puisque les données démontrent que la couverture totale des frais associée à une limitation d'un nombre d'embryons réimplantés entraînent une nette diminution des grossesses multiples⁶. La décision gouvernementale repose d'abord sur des choix financiers de l'État québécois avant même que des objectifs clairs ne soient fixés en matière de FIV (Les Renseignements additionnels sur les mesures 2007-2008 parlent de « toute politique québécoise sur la fécondation in vitro *qui pourrait* être mise en place ») Lors des consultations particulières sur le projet de loi 89, le ministre de la Santé a rappelé avec insistance que les soins associés à la planification des naissances sont assurés par les « taxes et les impôts des Québécois ». À cette occasion, le ministre a exprimé son scepticisme face aux interventions à l'effet que le financement des traitements réduirait les coûts pour notre système de santé :

« Because, of course, you present us a model where you say we should save money. I must tell you I'm a little bit sceptic in these fields, I have yet to see one intervention and one new technology that reduces the cost of the health care system ».

Par ailleurs, la décision du gouvernement de ne pas financer à 100% les traitements de FIV répond d'une rationalité limitée. En effet, dans son processus décisionnel, le ministre semble accorder une grande importance à ses valeurs et ses principes. Le ministre entretient une certaine méfiance quant à l'aspect sécuritaire des traitements de FIV. C'est pourquoi le projet de loi 89, à l'origine, vise uniquement à encadrer et réglementer les activités des cliniques qui offrent ces services sans référence aucune à l'accessibilité des services aux couples infertiles et à la réduction des coûts. De plus, le ministre ne semble pas accorder une importance au problème médical que constitue l'infertilité. En effet, dans une entrevue accordée au réseau TVA dans le cadre du documentaire **Ça pourrait nous arriver / la fécondation in vitro**, le ministre a affirmé qu'avoir un enfant n'est pas un droit fondamental⁷. Pourtant, dans le domaine de la santé comme dans d'autres, l'État subventionne plusieurs services qui ne relèvent pas des droits fondamentaux des individus. Les enjeux liés au financement de la FIV sont beaucoup plus complexes. Un tel raisonnement ne tient pas compte entre autres de la crise démographique et de dénatalité que connaît le Québec présentement alors que la prise en charge de la FIV pourrait quintupler le nombre de naissances par cette méthode.

Plusieurs arguments militent en défaveur de la position gouvernementale. Si l'État assumait la totalité des coûts associés aux traitements de l'infertilité, il épargnerait d'importantes sommes. En effet, l'infertilité crée des problèmes d'absentéisme, de diminution de la productivité et de dépression. Par ailleurs, les principales craintes des autorités par rapport à la procréation médicalement assistée sont l'augmentation des grossesses multiples, l'hospitalisation en néonatalogie et les malformations congénitales. Or, en raison des frais élevés associés à la FIV, cette technique demeure inaccessible pour plusieurs. Conséquemment, les couples qui n'ont pas les moyens de se payer ces traitements de pointe ont recours à des techniques moins efficaces qui sont couvertes par le régime d'assurance médicaments. Avec pour résultat qu'en 2002, au Québec, il y a eu 299 naissances multiples résultant d'une FIV alors que la stimulation hormonale des ovaires a donné lieu à 790 naissances multiples⁸.

Qui plus est, il semble qu'il n'y aurait pas d'augmentation de coûts pour le gouvernement si la FIV devait faire l'objet d'un crédit d'impôt de 100%. Premièrement, en couvrant les traitements, le recours à la stimulation hormonale ou à des traitements plus agressifs serait diminué réduisant ainsi, l'incidence des grossesses multiples. Ensuite, les patients auraient recours aux traitements plus tôt (alors que les patientes sont plus jeunes) puisque ceux-ci seraient plus accessibles ce qui donnerait de meilleures chances de succès. Enfin, la couverture de la FIV réduirait la pression sur les couples infertiles qui seraient moins poussés à se faire transférer plusieurs embryons pour augmenter leurs chances de succès⁹.

Ce qu'il faut comprendre c'est qu'en raison des frais élevés associés à une tentative (entre 5000\$ et 10 000\$¹⁰), les couples ayant recours à la FIV demandent que la patiente se fasse réimplanter plusieurs embryons afin d'augmenter les chances de grossesse lors d'une tentative. Le transfert de plusieurs embryons entraîne souvent des grossesses multiples. En éliminant les coûts, les couples seraient prêts à ne recevoir qu'un embryon par tentative. C'est d'ailleurs la position défendue par l'Association des couples infertiles du Québec qui juge insuffisant le crédit d'impôt offert par le gouvernement¹¹. On anticipe à 50% la diminution des grossesses multiples si les coûts de la FIV étaient couverts par l'État¹². Les économies réalisées par la réduction des naissances multiples et des frais médicaux y associés couvriraient amplement les frais d'un tel programme que le ministère de la Santé évalue à 15 millions de dollars par année¹³. (ce qui est bien peu par rapport au budget de 23 milliards du ministère de la Santé).

La décision du gouvernement du Québec de ne pas assumer la totalité des traitements de FIV cause problème dans la mesure où il y a une volonté réelle de diminuer les risques associés aux grossesses multiples. Le crédit d'impôt proposé ne diminuera pas la volonté des couples de maximiser leurs chances de succès par des traitements plus agressifs ou la réimplantation de plusieurs embryons. Le choix gouvernemental ne répond pas aux attentes des couples infertiles et s'explique mal de la part d'un gouvernement qui se dit pro-famille.

RÉFÉRENCES

1. Procréa Cliniques, Introduction au programme de fécondation in vitro p.3.3 et suiv.
2. Ministère des Finances du Québec, Budget 2000-2001, Renseignements supplémentaires sur les mesures du budget, p.18
3. Ministère des Finances du Québec, Budget 2001-2002, Renseignements supplémentaires sur les mesures du budget, p.19
4. Ministère des Finances du Québec, Budget- Renseignements additionnels sur les mesures du budget p. A.58
5. Journal des débats, 37^{ième} législature, 2^{ième} session, vol. 39, No. 4 (version électronique : <http://www.assnat.qc.ca/fra/37legislature2/debats/journal/cas/060328.htm>)
6. Mathier Perreault, *Bébés-éprouvettes La gratuité serait « rentable » pour l'État*, La Presse, 19 septembre 2007
7. Nathalie Collard, *Illogique!*, La Presse, 13 septembre 2007
8. Journal des débats, 37^{ième} législature, 2^{ième} session, vol. 39 No. 4 : témoignage du Dr Seang Lin Tan
9. Journal des débats, 37^{ième} législature, 2^{ième} session, vol. 39 No. 4 : témoignage du Dr Camille Sylvestre
10. Reine Côté, *À bas les grossesses ruineuses!*, Hebdo Rive-Nord, 4 juin 2007 (version électronique)
11. Id.
12. Journal des débats, 37^{ième} législature, 2^{ième} session, vol. 39 No. 4
13. Nathalie Collard, *Illogique!*, La Presse, jeudi 13 septembre 2007

TV DIVA JULIE SNYDER is urging the provincial Health Department to pay for fertility treatments for needy childless couples. She also raises funds for those who can't pay the high clinical fees

Crusade took seed with son's birth

CHARLIE FIDELMAN GAZETTE HEALTH REPORTER

Her son is named Thomas after the apostle for whom seeing was believing.

For Quebec television diva Julie Snyder, five years of fertility treatments finally led to the birth of Thomas, now 3.

"You believe ... only when you have the baby in your arms. We were so happy but we didn't believe it," said Snyder, who will be speaking tonight at the McGill Reproductive Centre about her own experience with infertility.

Despite professional successes - she's currently hosting a top ranked show, *Le Banquier*, the Quebec version of the game show *Deal or No Deal* - Snyder said her best achievement by far was having a child.

"Nothing can compare with that - nothing," said Snyder, who is expecting a second child in October with her partner, Pierre-Karl Péladeau, thanks to fertility treatments she received at McGill University Health Centre after failed attempts at other clinics.

Snyder said she is so grateful to God that she would happily wash the floor of the reproductive clinic that helped her become a mother.

Snyder made no secret of the fact that she had to undergo fertility treatment to achieve both pregnancies.



Julie Snyder, host of the TV show *Le Banquier*, is pregnant with her second child due in October. Snyder has undergone successful fertility treatments at the McGill University Health Centre.

PIERRE OBENDRAUF THE GAZETTE

"When I got pregnant, I swore to God that I would help other women," said Snyder, whose vow translated into a documentary on the subject that included an interview with pop singer Céline Dion. Dion also turned to fertility techniques that resulted in the birth of her son, René-Charles.

But Dion and Snyder have the means to pay for the therapy, which could be as high as \$30,000 per attempt.

Most Canadian couples who need help with fertility are out of luck financially.

The majority of treatments are not covered by provincial health insurance agencies, in-

cluding the Régie de l'assurance maladie du Québec, although about 25 per cent of the medical cost is reimbursed as a tax credit.

In contrast, abortions and surgeries that prevent conception - vasectomies and tubal ligation - are covered 100 per cent, Snyder said.

"But if you want to have a child, good luck. You better have money," Snyder pointed out.

"It's a paradox in a province so concerned with its declining birth rate."

It seems totally unfair that some people have remortgage their houses to pay for fertility therapy, said Snyder, who also is involved in fundraising for women who cannot afford the treatment.

Quebec should follow the examples of France, Belgium, Australia and Denmark, where artificial reproductive technologies including in vitro fertilization are heavily subsidized, she said.

Canadian couples go for hyper-ovulation drugs and opt to implant several embryos at once because they can't afford more than one attempt.

The result is often multiple births, lifelong health risks and costs.

The government would save money if it was paying for reproductive technologies, Snyder said.

Quebec Health Minister Philippe Couillard did not return calls yesterday.

"I swore to God I would help other women."

JULIE SNYDER, TV HOST

About one in eight couples will face fertility problems.

Many couples don't seek fertility treatment until they've spent years trying for a child, said Roger Pearson, reproductive endocrinologist and past president of Canadian Fertility and Andrology Society.

The association takes the view that infertility is a medical problem, Pearson said.

Of the dozens of causes of infertility, advanced age tops the list, Pearson said.

"It's not a value judgment but a biological reality. Nothing we can do changes the reality that we're mammals. It's nice to think otherwise but that doesn't work."

The McGill Reproductive Centre will hold an information session tonight from 6:30 - 8:30 p.m. Telephone 514-934-1934 Local 34717

cfidelman@
thegazette.canwest.com

Appendix C



MCGILL REPRODUCTIVE CENTRE
JANUARY –DECEMBER 2003
SUMMARY OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY RESULTS

OVERALL IN-VITRO FERTILISATION AND INTRACYTOPLASMIC SPERM INJECTION RESULTS (OWN EGGS ONLY)

	<35	35 – 37	38 – 40	41+	Total
No. Cases Started (% of total)	150 (33.6%)	123 (27.6%)	110 (24.7%)	63 (14.1%)	
No. cases abandoned	6	6	2	6	
No. Egg Collections	144	117	108	57	
No. Embryo Transfers	137	113	102	52	
Av. no. eggs collected	14.4	14.0	12.0	10.3	
Av. no. embryos transferred	2.6	2.9	3.3	3.3	
Pregnancy rate per cycle started	60.0%	48.8%	41.8%	14.3%	
Pregnancy rate per ET	65.7%	53.1%	45.1%	17.3%	
Clinical PR per cycle started	56.0%	42.2%	35.4%	12.3%	
Clinical PR per ET	61.3%	46.0%	38.2%	13.4%	
Implantation rate	36.6%	24.5%	15.1%	6.3%	
Live birth rate per cycle started	46.0%	33.3%	25.5%	4.8%	
Live birth rate per ET	50.4%	36.3%	27.5%	5.8%	
Number of babies born	94	57	36	3	190
Number of singletons	46 (67%)	25 (61%)	22 (76%)	3 (100%)	96 (68%)
Number of twins	21 (30%)	16 (39%)	7 (24%)	0	44 (31%)
Number of triplets	2 (3%)	0	0	0	2 (1%)