

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

MÉMOIRE DÉPOSÉ PAR



DANS LE CADRE DE LA COMMISSION PARLEMENTAIRE TENUE  
DEVANT LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

QUANT AU PROJET DE LOI 23

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

10 juin 2008

# Table des matières

1. Présentation de l'auteur
2. Introduction
3. Exposé général
  - Commission parlementaire sur le projet de loi 89 tenue en mars 2006 ;
  - Suivi après les élections provinciales ;
  - Participation de l'ACIQ à la présente Commission parlementaire : un miracle! ;
  - FIV 101 ;
  - Craintes de l'ACIQ face au projet de loi 23 ;
  - Le projet de loi 23 : une coquille vide ;
  - Informations détenues par le Ministère de la Santé sur les coûts des FIV ;
  - Copier à demi le modèle belge ;
  - L'infertilité reconnue comme une maladie, un point c'est tout.
4. Conclusion
5. Annexes
  - Lettre adressée à M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux ;
  - Verbatim de l'entrevue accordée par M. Philippe Couillard à l'émission *Ça pourrait nous arriver* ;
  - Lettre adressée à M. Claude Dussault, Directeur Général adjoint Évaluation recherche et affaires extérieures, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ;
  - Article du Docteur Willem Ombelet, portant sur la prévention des grossesses multiples lors de la procréation assistée (texte anglais).

# Présentation de l'auteur

En respect de la procédure parlementaire, je vous ferai une courte présentation de l'*Association des couples infertiles du Québec* que j'identifierai tout au long de ma présentation sous l'acronyme de l'ACIQ.

L'ACIQ a été fondée le 19 mai 2005 par Marie-José Joly, Caroline Amireault et Annie Dauphin, qui en avaient assez de faire face à une incompréhension de l'État face à la maladie qu'est l'infertilité.

En mars 2007, j'ai été élue à la présidence du conseil d'administration de cet organisme à but non-lucratif.

Sur le plan de l'infertilité, mon conjoint et moi avons, en 2003, fait un premier traitement de FIV qui s'est avéré infructueux. Par la suite, nous avons fait deux traitements de FIV au *Centre de reproduction McGill* et grâce à ces traitements, nous avons eu la chance de devenir les heureux parents de 3 enfants en parfaite santé.

Entre le premier test de grossesse négatif que j'ai fait et le moment où on a déposé mon premier fils dans mes bras, il s'est écoulé 7 ans de peine, d'espoir, de deuil, de rage, de détresse et d'incompréhension.

## **Mandat de l'ACIQ :**

L'ACIQ s'est donné comme principal mandat de représenter tous les couples et/ou personnes infertiles du Québec auprès des instances gouvernementales afin que l'infertilité soit reconnue comme une maladie au sens du RAMQ et que par conséquent, tous les frais reliés à la procréation médicalement assistée, sous toutes ses formes, soient entièrement défrayés par le gouvernement.

Pour ce faire, l'ACIQ participe à toutes les tribunes publiques qui lui sont offertes pour faire connaître ses revendications et faire en sorte que les choses changent au Québec.

L'ACIQ se veut également une ressource pour les couples qui traversent la dure réalité de l'infertilité et qui ont besoin d'aide, de support et d'information.

Comme les membres de cette association ont déjà vécu l'infertilité, la vivent encore et la vivront peut-être toujours, les réponses que nous offrons aux membres viennent du cœur et sont au meilleur de nos connaissances personnelles.

Les réponses touchent autant les traitements de fertilité que les questionnements relatifs à l'adoption québécoise et internationale.

# Introduction

En guise d'introduction, j'aimerais vous poser à tous et à toutes une question fort simple. J'imagine que vous avez tous et toutes eu le bonheur d'avoir un ou des enfants.

Maintenant, prenez 10 secondes de réflexion et pensez à ce qu'aurait été votre vie sans vos enfants.

Maintenant que vous avez été confronté seulement pendant 10 secondes à cet enfer, j'aimerais que, tout au long de cette présentation, vous pensiez aux couples qui l'auront été pendant des mois, des années et qui, pour certains d'entre eux, le seront éternellement.

Voilà pourquoi les couples infertiles sont ici aujourd'hui et qu'ils ont des messages à vous transmettre.

## Recommandations

- Que l'infertilité soit reconnue comme une maladie par le gouvernement du Québec et que tous les traitements et les médicaments qui en découlent soient entièrement couverts par le RAMQ ;
- Que si un protocole est imposé par le gouvernement ou le ministre lors d'un transfert d'embryons, le modèle belge soit suivi **en autant que** le médecin traitant puisse conserver une certaine latitude en fonction de l'âge de la patiente, de sa situation physique, de la qualité et de la quantité du nombre d'embryons produits, du nombre d'essais effectués et tous les autres critères jugés importants par le médecin traitant ;
- Que le projet de loi 23, tel que présenté actuellement, soit contesté pour que son adoption finale n'ait pas lieu;
- Que si tous les traitements et les médicaments reliés à l'infertilité sont couverts par le RAMQ, alors, toutes les personnes atteintes d'un cancer et qui souhaiteront bénéficier d'un traitement de fertilité avant de subir leur chimiothérapie, n'auront pas, en plus de se battre contre le cancer, à se battre contre les frais d'infertilité. Ces personnes auront au moins, pendant leur traitement de chimiothérapie, l'espoir de survivre à la mort et de peut-être donner la vie.

# Exposé général

## Commission parlementaire sur le projet de loi 89 tenue en mars 2006 :

Nous nous permettons ici de parler du projet de loi 89 car, sans vouloir faire un jeu de mot, il est l'embryon du projet de loi 23.

En effet, à quelques mots près, le projet de loi 23 est une copie identique du projet de loi 89 qui est mort au feuilleton (<http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/Projets-loi/etat-051.htm#et04f089>) en raison des élections provinciales en mars 2007.

Si nous consultons le site Internet de l'Assemblée nationale à propos de la commission parlementaire tenue dans le cadre du projet de loi 89 (<http://www.assnat.qc.ca/fra/37legislature2/commissions/Cas/depot-pl89.html>), nous constatons que plusieurs groupes ont pu produire un mémoire et même venir le présenter en commission, notamment :

- quelques centres de fertilité;
- des médecins spécialistes;
- le *Collège des médecins*;
- l'*Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité*;  
(Annexe D du mémoire du Centre de reproduction McGill);
- l'*Association Québécoise des Regroupements régionaux pour l'intégration des Personnes Handicapées*;
- la *Société canadienne de fertilité et d'andrologie*;
- la *Fédération du Québec pour le planning des naissances*;
- le *Conseil du statut de la Femme*.

Pourtant, en mars 2006, l'ACIQ existait depuis un an. Elle n'a jamais été convoquée.

Qui sont les premiers intervenants touchés par une loi sur la procréation médicalement assistée? Réponse : les couples infertiles! Pas de couple infertile, pas de clinique de fertilité. Et pas de clinique de fertilité, pas de projet de loi 89 ou 23. Voilà la base de ce projet de loi.

## Suivi après les élections provinciales :

Après les élections provinciales, je voulais savoir quel serait le sort du projet de loi 89 qui était demeuré en plan.

Le 2 juin 2007, j'ai donc adressé une lettre au ministre Philippe Couillard pour savoir s'il avait l'intention de ramener le projet de loi 89 dans sa forme actuelle. J'ai bien reçu un accusé réception, très poli, mais c'est tout.

À la fin décembre 2007, j'apprenais comme tout le monde, que le ministre avait présenté un nouveau projet de loi 23.

**Participation de l'ACIQ à la présente Commission parlementaire : un miracle!**

Et encore aujourd'hui, malgré les demandes à cet effet, il faut faire des pressions pour que l'ACIQ soit entendue en commission parlementaire.

D'ailleurs, à ce propos, nous aimerions remercier sincèrement l'ADQ qui a été la première à nous soutenir et à nous ouvrir les portes de l'Assemblée nationale.

Merci monsieur Caire de votre aide.

J'entends déjà les autres députés dire que l'ADQ est opportuniste parce qu'en 2008, l'infertilité est un sujet chaud.

Et bien, je vous réfère à la page 9 du programme de l'ADQ ([http://www.adq.qc.ca/fileadmin/General/adq\\_fichiers/pdf/adq\\_programme\\_f.pdf](http://www.adq.qc.ca/fileadmin/General/adq_fichiers/pdf/adq_programme_f.pdf)) dans laquelle on retrouve, depuis plusieurs années, l'engagement suivant :

**« AJOUTER LE TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ DANS LE PANIER DE SERVICES DE LA RAMQ. Reconnaître l'infertilité comme une condition médicale et soutenir des coûts raisonnables pour le traitement de l'infertilité ou des méthodes alternatives de procréation. »**

Je tiens également à remercier monsieur Drainville du PQ qui nous a soutenus et aidés.

## FIV 101 :

Pour quelles raisons l'ACIQ s'oppose au projet de loi 23? Pour comprendre, je me permets de vous faire un cours en accéléré de ce qu'est une FIV.

Évidemment, je vous donne l'exemple d'une FIV, (parce que les coûts de ces traitements sont très onéreux) mais la présentation que je vous adresse aujourd'hui s'applique *mutatis mutandis* à toutes les autres situations que doivent vivre les couples infertiles.

L'infertilité affecte 1 couple sur 8 dans la population en âge de se reproduire.

De ce pourcentage, certains prendront la route des cliniques de fertilité pour savoir quelles sont les solutions qui leur sont proposées.

Plusieurs d'entre eux renonceront, bien malgré eux, à ces traitements qui peuvent, dans certains cas, être extrêmement dispendieux. Ces couples conserveront sûrement le goût amer de cette impossibilité d'agir tout au long de leur vie.

Certains d'entre vous ont peut-être de jeunes adultes dans la vingtaine. Si vos enfants apprenaient qu'ils étaient atteint d'un cancer, ils auraient 50 % de chance (ou plutôt de malchance) de devenir infertiles suite aux traitements de chimiothérapie.

Quant à ceux qui entameront des processus de fertilité, plusieurs chemins s'offriront à eux, dépendamment de la cause de l'infertilité qui touche le couple.

Il pourra y avoir, par exemple :

- la prise d'hormones pour stimuler l'ovulation de la femme;
- la prise d'hormones pour stimuler la production de spermatozoïdes chez l'homme;
- l'insémination avec sperme du conjoint (lavé et centrifugé);
- l'insémination avec sperme d'un donneur;
- fécondation avec don d'ovules;
- fécondation in vitro avec ou sans micro-injection;
- et autres.

Il y a autant de traitement de fertilité qu'il y a de situations d'infertilité.

De tous ces traitements, il est estimé que moins de 10 % des couples infertiles seront dirigés vers la FIV. (source : page 3 du rapport de la clinique OVO produit lors de la Commission parlementaire en mars 2006) (<http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2006/03/843337.pdf>).

Alors, prenons l'exemple d'un couple infertile qui traverse une FIV avec micro-injection et assistance à l'éclosion (hatching).

Ce processus coûte actuellement 7 500 \$. Je vous réfère à la liste des prix de la clinique OVO (<http://www.cliniqueovo.com/prix.asp>). Évidemment, à ce prix, vous devrez ajouter le coût des médicaments.

En moyenne, les couples auront à payer 2 000 \$ pour les médicaments, mais dépendamment de la réponse de la femme aux hormones, ce prix peut facilement être supérieur à 5 000 \$. Évidemment, ces médicaments ne sont pas remboursés par la RAMQ et plusieurs assurances privées ne les couvrent pas non plus.

Ce protocole sera d'une durée approximative d'un mois à un mois et demie pendant lequel, la femme recevra des injections quotidiennes pour d'abord l'amener en ménopause. Ensuite, elle recevra des hormones qui stimuleront sa production d'ovules.

Tout au long de ce processus, la femme devra se rendre à la clinique pour que le médecin examine le développement de ses ovules, leur nombre et leur dimension. Pour ce faire, la femme devra s'absenter de son travail plusieurs fois par semaine, voire 3 à 4 fois, surtout vers la fin du traitement.

Lorsque les ovules seront suffisamment matures et de dimensions adéquates, la femme recevra une injection intramusculaire qui déclenchera son ovulation et 36 heures après cette injection, la femme sera opérée, sous anesthésie légère, pour retirer tous les ovules produits.

Par cette stimulation ovarienne, le médecin traitant cherche à recueillir le plus grand nombre d'ovules de bonne qualité. En moyenne, une femme répondant bien à une stimulation ovarienne, pourra produire 8, 10 ou 12 ovules.

Le matin même de ce prélèvement des ovules, l'homme produira un échantillon de sperme qui sera lavé et centrifugé. Les meilleurs spermatozoïdes seront triés et choisis sous microscope en vue de la fécondation à venir.

Une fois les ovules retirés des ovaires, ils seront remis à une microbiologiste qui procédera, sous microscope, à l'implantation d'un spermatozoïde dans un ovule. Cette opération sera répétée le nombre de fois nécessaire en fonction du nombre et de la qualité des ovules et spermatozoïdes du couple.

### **Et là, commence le miracle.**

Ces embryons seront placés dans un incubateur pour deux ou trois jours. Leur maturation sera surveillée quotidiennement et dès qu'un ou deux ou trois embryons atteindront un grade supérieur, ils seront transférés dans l'utérus de la femme (habituellement, ce transfert se fait le 3<sup>e</sup> jour suivant le retrait des ovules).

Actuellement, le nombre d'embryons transférés dépend de l'âge de la patiente, de son état de santé, de la qualité des embryons que le couple a produit et de l'opinion du médecin traitant.

Par exemple, une femme de 25 ans, qui a produit 4 embryons de grade 4 ou 5 (mauvaise qualité) pourrait se voir implanter 3 ou 4 embryons sur recommandation de son médecin. Par contre, une femme de 35 ans qui aurait produit 3 embryons de grade 1 (très bonne qualité) pourrait se voir imposer par son médecin le transfert d'un seul embryon ou au maximum, deux embryons.

C'est ici que le gouvernement souhaite s'immiscer par le contrôle du nombre d'embryons transférés par traitement, ce que je vous expliquerai dans quelques secondes.

Après le transfert d'embryon, la femme continuera à recevoir des injections intramusculaires pour favoriser l'implantation de l'embryon et la nidification.

Deux semaines après ce transfert d'embryon, le couple retournera à l'hôpital pour passer un test de grossesse.

Quelques semaines après un test de grossesse positif, le couple retournera à l'hôpital pour faire une échographie pour voir si l'embryon a un petit cœur qui bat! Et si le miracle s'est poursuivi, la patiente aura un suivi de grossesse normal.

## Crainces de l'ACIQ face au projet de loi 23 :

Actuellement, l'ACIQ croit que le projet de loi visera à limiter le nombre d'embryons transférés par traitement et ce, sans que tous les coûts y étant rattachés soient défrayés par l'État. Comment arrivons-nous à cette conclusion? Voici notre raisonnement.

D'abord, il faut aimer faire des casse-têtes, car il faut prendre le temps de regarder, lire, comparer et analyser les faits survenus depuis quelques temps.

### PREMIER MORCEAU DE CASSE-TÊTE :

Lors de la Commission parlementaire tenue dans le cadre du projet de loi 89, le Dr Annie Janvier a entretenu les parlementaires sur les risques de grossesses multiples associés à la FIV.

(voir son mémoire : <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2006/03/843626.pdf>).

Avant de reprendre certains arguments très importants du Dr Janvier, j'aimerais apporter une petite parenthèse.

Sans vouloir banaliser les informations soumises par le Dr Janvier, j'aimerais seulement souligner qu'il est vrai que la FIV peut occasionner des grossesses multiples. Il est vrai également que certaines de ces grossesses multiples se termineront prématurément. Et il est également vrai que de certaines de ces naissances prématurées, un petit nombre d'enfants conserveront des séquelles, tout comme d'autres enfants nés prématurément et non issus de la FIV.

Mais il est faux de croire que la FIV mène indubitablement à des bébés prématurés, de petits poids et qui conservent des séquelles permanentes. Ce pourcentage, quoiqu'indéniable, est cependant faible.

À cet effet, nous vous référons aux statistiques du mémoire de la Clinique OVO\* où il est mentionné qu'en 2003, le taux de naissances vivantes au Canada a été de 24 % par cycle de FIV :

- 69 % des grossesses furent uniques;
- 95 % des grossesses multiples furent de jumeaux.

\*(page 17 du mémoire : <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2006/03/843337.pdf>)

Fin de la parenthèse.

Alors, comme le décrit le Dr Janvier dans son mémoire, les soins apportés aux bébés prématurés sont excessivement onéreux pour l'État.

Par son projet de loi, le gouvernement vise à éviter des grossesses multiples et des bébés de petit poids. Vu sous cet angle, l'objectif est tout à fait louable et méritoire.

Mais il ne faut pas le faire aux frais et au détriment des couples infertiles, ce que s'appête à faire le projet de loi 23 dans le silence le plus total.

Comment faire pour limiter ces coûts?

Voici le scénario du projet de loi 23.

Intervenir lors du transfert d'embryons, car moins il y aura d'embryons transférés, moins il y aura de chance d'avoir des grossesses multiples. Comment réussir cette économie?

Voici la réponse que nous sous-entendons du projet de loi 23.

**En réglementant** le nombre d'embryons qu'un médecin pourra transférer dans l'utérus de la patiente.

Voilà le problème majeur du projet de loi 23. Il laisse un pouvoir immensément large au gouvernement et au ministre par tous les pouvoirs qu'ils peuvent s'arroger par règlement et qu'à l'heure actuelle, nous n'avons pas entre les mains.

Alors, comment pouvons-nous savoir que ce sont réellement les intentions du ministre Couillard de procéder ainsi? Il faut analyser le deuxième morceau du casse-tête.

#### DEUXIÈME MORCEAU DE CASSE-TÊTE :

En septembre 2007, lors de la diffusion sur les ondes de TVA du documentaire de Productions J intitulé : *Ça pourrait nous arriver – la fécondation in vitro*, le ministre Couillard a dit ceci : « *la loi qu'on va déposer va donner le pouvoir de réglementer le nombre d'embryons qu'on pourra implanter* » (voir le verbatim de l'entrevue du ministre Couillard produit en annexe au présent mémoire).

Ça ne peut pas être plus clair que ça.

#### TROISIÈME MORCEAU DE CASSE-TÊTE :

Nous avons comparé les deux projets de loi 89 et 23, et surtout, nous avons lu certains extraits des mémoires de certains groupes qui les ont déposés en mars 2006.

À ce sujet, je vous réfère au mémoire de l'*Alliance Québécoise des Regroupements régionaux pour l'intégration des Personnes Handicapées* (AQRIPH) (<http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2006/03/843654.pdf>), plus spécifiquement à la page 7 du mémoire où il est écrit ceci :

*« Le pouvoir réglementaire est extrêmement large dans ce projet de loi. Par règlement, on détermine les conditions pour l'exercice des activités, les conditions pour la délivrance d'un permis, les obligations du directeur d'un centre de procréation, les procédures opératoires normalisées, les documents qui doivent accompagner le rapport d'activités... »*

*Les articles 26 et 27 du projet de loi viennent considérablement augmenter le pouvoir réglementaire du gouvernement et du ministre ce qui fait que ce projet de loi est très pauvre au niveau du contenu. Presque tout sera fait par règlement.*

*Dans l'intérêt public, il aurait été beaucoup plus approprié de légiférer immédiatement dans le projet de loi sur tous ces sujets. »*

(...)

*Nous ne voyons pas d'avancées avec le projet de loi puisque le pouvoir réglementaire y est trop important et qu'il est muet sur trop de sujets essentiels...*

[Nos soulignements]

Je vous réfère également au mémoire produit par la Fédération du Québec pour le planning des naissances, (<http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2006/03/843650.pdf>), plus spécifiquement aux pages 12 et 13 où il est écrit ceci :

*« Or, les questions éthiques et sociologiques que les NTRH soulèvent sont, de notre avis, beaucoup trop importantes pour qu'elles soient discutées dans le cadre d'un processus d'élaboration de réglementation, tel que le propose le projet de loi. Ce processus, effectué derrière des portes closes, sur invitation seulement et faisant appel principalement à des experts du milieu, nous pose problème. Les enjeux que soulève la pratique (...) se doivent d'être l'objet de débats publics.*

*De plus, les retombées des activités de procréation assistée pour l'ensemble de la collectivité (...) dépassent largement le cadre de réglementation de la pratique.*

*(...)*

*Nous croyons judicieux que ces débats se fassent dans le cadre du processus législatif. Permettre la promulgation de la Loi telle que proposée, d'une part évacue cette discussion, et d'autre part, donne des pouvoirs considérables au ministre par la suite. Nous ne pouvons donner notre aval à une telle mécanique.* »

[Nos soulignements]

Même si plusieurs groupes, entendus lors de la commission parlementaire du projet de loi 89, ont dit au ministre Couillard que son projet de loi était miné de secrets, voire que toute la section réglementaire était beaucoup trop silencieuse, le ministre a récidivé en présentant, à quelques modifications près, le même projet de loi.

Malgré toutes ces recommandations, aucun changement.

L'ACIQ croit, peut-être à tort, mais pour l'instant, tous les faits nous portent à maintenir notre position, que le projet de loi 23 est vague et silencieux au niveau de la réglementation d'application pour la simple et bonne raison qu'une fois le projet de loi adopté, le ministre pourra adopter les règlements qu'il souhaite sans problème, notamment l'épineuse question du contrôle du nombre d'embryons transférés par traitement.

***Le projet de loi 23 : une coquille vide :***

Pour vous démontrer à quel point le projet de loi 23 est une coquille vide, je vous réfère à tous les articles de ce projet qui, d'une manière ou d'une autre, permettront au gouvernement et au ministre d'intervenir directement dans le travail du médecin, soit par règlement, norme, condition, restriction, interdiction, obligation ou toute mesure utile.

**Dans les notes explicatives (début du projet de loi) :**

Dernier paragraphe (où il est explicitement prévu que le ministre se réserve un pouvoir réglementaire... pour les activités des cliniques).

**Dans la loi :**

Article :

**1, alinéa 2 :** ... elle a pour objet l'encadrement des activités cliniques...

**2, définition de « centre de procréation assistée » :** ... à l'exception des activités déterminées par règlement et aux conditions qui y sont prévues...

**5, ...** à l'exception des activités déterminées par règlement et aux conditions qui y sont prévues...

**6, ...** doit respecter les conditions déterminées par règlement pour l'exercice...

**7, alinéa 2 :** ... doit en outre respecter les conditions déterminées par règlement

**9, alinéa 2 :** ... respectent la présente loi et toute autre loi ou norme applicable dans ce domaine. Le directeur doit, en outre, se conformer aux obligations prévues par règlement.

**10 :** ... ainsi que toute autre norme relative aux activités de procréation assistée prévues par règlement...

**11 :** ... procédures opératoires normalisées dans le cas prévus par règlement...

**12 :** ... et être accompagné de tout document requis par règlement...

**15 :** ... le permis peut être délivré pour une sous-catégorie d'activités prévues par règlement...

**16 :** ..., respecter les conditions prévues par règlement et accompagner sa demande des renseignements, documents ou rapports déterminés par ce règlement.

**17 alinéa 2 :** ... le ministre peut assujettir la délivrance, la modification ou le renouvellement d'un permis à toute condition, restriction ou interdiction qu'il détermine....

**20 :** ... doit respecter les conditions prévues par règlement, fournir les renseignements et produire les documents et rapports prescrits à ce règlement dans le délai qui y est indiqué.

**23, alinéa 1, in fine :** ... afin de constater si la présente loi et les règlements sont respectés.

**24, in fine :** ... qu'il peut exiger en vertu de la présente loi ou d'un règlement pris pour son application.

**26, alinéa 2 :** le ministre peut également requérir un avis sur les normes à suivre pour relever le niveau de la qualité, la sécurité et de l'éthique des activités de la procréation assistée.

**27 : LE GOUVERNEMENT PEUT, PAR RÈGLEMENT :**

**Alinéa 1 :** ... déterminer les activités de procréation... et à quelles conditions... ;

**Alinéa 2 :** ... déterminer les conditions que doit respecter une personne ...

**Alinéa 3 :** ... déterminer les conditions que doit respecter un projet de recherche...

**Alinéa 4 :** ... déterminer les obligations auxquelles le directeur...

**Alinéa 5 :** ... ainsi que toute autre norme relative aux activités de procréation assistée...

**Alinéa 7 :** ... les conditions de délivrance, de maintien et de renouvellement... (pour l'obtention d'un permis)...

**Alinéa 9 :** ...déterminer, parmi les dispositions d'un règlement... celles dont la violation constitue une infraction.

**Alinéa 10 :** ... prescrire toute mesure utile à la mise en application de la présente loi.

**28 : LE MINISTRE PEUT, PAR RÈGLEMENT :**

**Alinéa 1 :** prévoir les cas dans lesquels un centre doit se doter de procédures opératoires normalisées ;

**Alinéa 2 :** ... déterminer, parmi les dispositions d'un règlement... celles dont la violation constitue une infraction.

**29, alinéa 1 :** ... si le centre ne remplit plus les conditions requises pour sa délivrance ou ne se conforme pas à une condition, restriction ou interdiction qui y est mentionnée ;

**29, alinéa 4 :** ... si le centre ne se conforme pas à toute autre disposition de la présente loi ou à un règlement pris pour son application ;

**29, alinéa 5 :** ... si le directeur ne respecte pas les obligations qui lui sont imposées par la présente loi ou par un règlement pris pour son application ;

**29, alinéa 6 :** ... si l'intérêt public le justifie ;

**29, alinéa 7 :** ...si les activités... ne respectent pas une pratique de qualité, sécuritaire et conforme à l'éthique...;

**33 et suivants :** dispositions pénales : (font référence au non respect des règlements, plus particulièrement aux articles 34 et 37 ;

**51 :** ... peut continuer cette exploitation pourvu qu'elle obtienne, conformément à la présente loi, un permis de centre...

Actuellement, le parti au pouvoir vous demande de vous prononcer sur un projet de loi pour lequel il est fait référence plus de 40 fois (dans un projet de loi qui comporte 53 articles) aux termes : règlement, norme, condition, restriction, interdiction, obligation ou toute mesure utile et ce, sans que vous ayez entre les mains ces règlements, normes, conditions, restrictions, interdictions, obligations ou toutes mesures utiles.

Alors, on vous demande de voter sur une coquille vide. Vous ne savez pas sur quoi vous votez. On vous demande de voter aveuglément.

Il est trop tôt actuellement pour que vous puissiez voter sur le projet de loi 23.

### **Informations détenues par le Ministère de la Santé sur les coûts des FIV :**

Nous estimons qu'il est également trop tôt pour voter sur le projet de loi 23 parce que selon les informations obtenues par l'ACIQ lors de son assemblée générale annuelle tenue le 8 mars 2008, à laquelle assistait monsieur Claude Dussault du Ministère de la Santé, il apparaît que :

- le gouvernement n'est pas en possession des chiffres pour la situation réelle au Québec;
- qu'aucune firme n'a été mandatée officiellement pour obtenir les données précises de toutes les procréations médicalement assistées effectuées à ce jour au Québec;
- que les seuls chiffres en possession du gouvernement actuellement sont ceux qui ont été répertoriés dans une étude effectuée à Toronto, préparée par Linda Forte et que, selon vous, cette étude présente des failles importantes.

Il serait simple et facile d'obtenir de la France ou de la Belgique, par exemple, les résultats de leurs démarches et des coûts rattachés à la FIV.

Sur sa proposition, nous avons donc demandé à monsieur Dussault (voir lettre en annexe) d'obtenir de la Belgique, toutes études et rapports qui démontreraient l'investissement de l'État en payant les FIV en contrepartie d'un protocole sur le nombre d'embryons transférés.

Par conséquent, nous croyons que pour justifier l'imposition d'un nombre d'embryons transférés, le gouvernement s'appuie sur des chiffres hypothétiques.

### **Copier à demi le modèle belge :**

Depuis 2003, l'État belge, en collégialité avec ses médecins, a élaboré un protocole visant à limiter le nombre de grossesses multiples en FIV.

Les médecins ont représenté à l'État qu'ils seraient prêts à faire en sorte que les grossesses multiples soient diminuées et ce qui, dans les faits, s'est concrétisé (25 % à 12%) (voir texte du Dr Willem Ombelet en annexe).

Pour ce faire, ils ont convenu d'adopter un protocole limitant le nombre d'embryons transférés à la condition *sine qua none* que l'État assume les coûts des traitements.

Les médecins belges ont insisté sur le fait que les couples ne pouvaient pas être confrontés à la limitation du nombre d'embryons transférés sans pour autant que l'État en assume les frais parce que la limitation d'embryons transférés diminuera le pourcentage de réussite par essai, donc les couples devront faire le processus plusieurs fois pour y arriver.

Voici le protocole implanté en Belgique, tel qu'on le retrouve sur le site Internet suivant :

<http://www.9mois.be/fertilite/ivf.php> :

- Vous ne pouvez pas être âgée de plus de 42 ans.
- Il sera remboursé un maximum de 6 cycles par femme.
- Il faudra faire appel à un des 18 centres reconnus pour la fécondité. Vous pouvez recevoir une attestation qu'il faudra soumettre à un médecin spécialisé de la mutuelle. Quand cette attestation est acceptée vous pouvez commencer le traitement.
- Dépendant de l'âge de la femme et à quel cycle on est arrivé, l'hôpital ne peut implanter plus d'embryons que ce qui est prévu par l'Arrêté Royal.

**Quand vous avez 35 ans ou moins :**

- o À la première tentative (ou cycle), un seul embryon seulement peut être implanté.
- o À la seconde tentative, un seul embryon peut être implanté ou 2 embryons, si la qualité de l'embryon est insuffisante.
- o À partir de la troisième tentative et des suivantes, un maximum de deux embryons peut être implanté.

**Quand vous avez entre 36 et 39 ans:**

- o Lors du premier et deuxième essai, on pourra implanter maximum deux embryons.
- o À partir du troisième essai et des suivants, on pourra implanter maximum trois embryons.

**Quand vous êtes âgées entre 40 et 42 ans,** le maximum d'embryons à implanter n'est plus imposé.

Comme nous l'expliquions précédemment, nous comprenons que les intentions du projet de loi 23 sont de limiter le nombre d'embryons par transfert et ce, **par règlement**.

C'est comme si on disait aux couples : « Rendez-vous en clinique, payez tout, et au moment du transfert d'embryons, le gouvernement ou le ministre, **par règlement**, interviendra pour vous dire combien d'embryons vous aurez le droit de vous faire transférer ». C'est un pouvoir envahisseur au plus au point.

Et par le dernier budget provincial, je ne crois pas que les intentions du gouvernement sont de faire en sorte que les traitements de procréation assistée médicalement soient entièrement couverts par la RAMQ, parce qu'il n'aurait pas augmenté le crédit d'impôt à 50 %, il l'aurait tout simplement ajouté au panier de services de la RAMQ.

Le projet de loi 23 semble vouloir atteindre le meilleur des deux mondes, soit de limiter le nombre de grossesses multiples et que l'État n'ait pas à payer pour les traitements de procréation médicalement assistée, soit de maintenir le statu quo avec un crédit d'impôt.

*L'infertilité reconnue comme une maladie, un point c'est tout :*

Le jour où l'infertilité sera reconnue comme une maladie, plusieurs conséquences néfastes seront annulées. Par exemple, actuellement, les journées d'absence au travail pour les traitements ne sont pas reconnues comme des journées de maladie puisqu'à sa face même, l'infertilité n'est pas une maladie.

En février 2008, une patiente s'est vue congédiée par son employeur parce qu'elle s'absentait de son travail pour des raisons injustifiées. Imaginez-vous, vous êtes infertiles, vous hypothéquez votre maison et en plus vous perdez votre job! Super!

Un peu plus tôt, j'ai fait référence au mémoire du Dr Annie Janvier déposé lors de la Commission parlementaire sur le projet de loi 89. Dans son mémoire, le Dr Janvier pressait le gouvernement de faire en sorte que les grossesses multiples soient limitées par l'État, mais du même souffle, elle disait que l'État devait reconnaître l'infertilité comme une maladie au même sens que tous les autres problèmes de santé du Québec.

# Conclusion

L'ACIQ maintient que le projet de loi 23, qui est en soit une coquille vide, devrait être refusé par les partis d'opposition et ce, pour les motifs ci avant exposés.

Nous sommes dans un momentum important actuellement et il faut que tous les couples infertiles se mobilisent et continuent à se battre pour que les choses changent au Québec.

J'espère sincèrement que les commentaires et recommandations que nous vous avons livrés ne resteront pas lettre morte, comme il en a été pour les commentaires des organismes entendus sur le projet de loi 89.

Je crois que les couples infertiles sont en droit de demander et d'exiger du ministre qu'il dépose en même temps que son projet de loi, le texte réglementaire qui l'accompagnera. De cette façon, nous pourrons revenir vous présenter une opinion complète de notre interprétation de ce projet de loi.

En terminant, j'aimerais souligner une incongruité frappante et je dirais même, choquante dans le projet de loi 23, qui traite les couples de différentes manières qu'ils soient infertiles par choix ou par la « nature ».

Je vous réfère au 3<sup>e</sup> alinéa de l'article 2, à la définition d'« activités de procréation assistée » qui se lit comme suit: « *toutefois, les procédés chirurgicaux qui visent à rétablir les fonctions reproductrices normales d'une femme ou d'un homme ne sont pas visés (par la présente loi)* »...

Alors, si vous êtes infertile par choix (ligature des trompes, vasectomie), ce projet de loi ne vous touche pas.

Cet alinéa vient donc confirmer que la femme qui se fait « déligaturer » et l'homme qui se fait « dévasectomiser », ne sont pas visés par la présente loi et que le gouvernement n'interviendra pas auprès des cliniques qui feront ces traitements.

Vous vous êtes rendus infertiles par une ligature, le tout aux frais de l'État, vous voulez devenir fertile à nouveau par une « déligature » : Pas de problème ! L'État ne s'en mêlera pas et surtout, l'État payera tous les coûts y étant rattachés.

Mais si au contraire, vous êtes infertiles « naturellement » et que vous souhaitez avoir des enfants, alors là l'État interviendra parce que vous risquez de coûter trop cher.

Quelle injustice!

Je vous remercie de votre attention,

**Caroline Amireault,**

Présidente de l'Association des couples infertiles du Québec, mais avant tout, maman de trois enfants nés grâce à la FIV.

# Annexe 1



L'Épiphanie, ce 2 juin 2007

Monsieur le Ministre Philippe Couillard  
*Ministère de la Santé et des Services sociaux*  
Édifice Catherine-de-Longpré  
1075, chemin Sainte-Foy  
15<sup>ème</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1

Objet : Suite de l'étude du projet de loi #89

---

Monsieur le Ministre,

En mars 2006, avaient lieu les journées d'audience des organismes qui ont produit un mémoire pour le projet de *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives* (ci-après appelé, le projet de loi #89), le tout dans le cadre de la commission parlementaire tenue par la commission des affaires sociales.

Suite à ces audiences, madame Jocelyne Caron, représentante officielle de l'opposition à l'époque, avait demandé et obtenu que *l'Association des couples infertiles du Québec* (ci-après appelée l'*ACIQ*) puisse également produire un mémoire et être entendue lors de la reprise de la commission parlementaire.

Cependant, le déclenchement des élections provinciales est venu retarder la tenue de ladite commission.

Nous souhaiterions savoir de votre part si le projet de loi #89 sera ramené au feuillet et si oui, y aura-t-il continuité de la tenue de la commission parlementaire? Si c'est le cas, l'*ACIQ* souhaiterait produire un mémoire et participer aux audiences.

Nous aimerions savoir à quel moment le mémoire devra être déposé et quelles seront les dates d'audience.

Nous vous remercions de votre collaboration et espérons vous lire sous peu.

Caroline Amireault, présidente de l'*ACIQ*  
Tél. bureau : 450 588-7555

# Annexe 2

**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, 15<sup>e</sup> 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 feuilleton. 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.

# Annexe 3



L'Épiphanie, le 4 juin 2008

Monsieur Claude Dussault  
**Direction générale adjointe  
de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation**  
1005, Chemin Ste-Foy  
6<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 4N4

PAR COURRIEL ET PAR LA POSTE  
[claudedussault@msss.gouv.qc.ca](mailto:claudedussault@msss.gouv.qc.ca)

**Objet : Projet de loi 23**

---

Monsieur Dussault,

Lors de la dernière Assemblée générale de l'Association des couples infertiles du Québec, à laquelle vous avez assisté, vous nous aviez indiqué, qu'en vous faisant une demande officielle, le Ministère de la Santé pourrait obtenir du gouvernement belge plus d'informations sur l'impact financier qu'a eu la couverture complète de la FIV et autres techniques associées, en échange d'un protocole standardisé de transfert d'embryons.

Nous vous soumettons donc officiellement la présente demande.

L'ACIQ demande au gouvernement québécois, toutes les informations pertinentes du gouvernement belge suite à l'implantation en 2003 du remboursement total par l'État des coûts reliés à la procréation médicalement assistée, notamment et non limitativement :

Avant 2003 :

- . Nombre annuel de FIV et ICSI depuis 2000;
- . Nombre annuel de grossesses multiples (avec le détail des jumeaux, triplés, etc.);
- . Coûts engendrés par les grossesses multiples pour l'État;

Depuis 2003 :

- . Nombre annuel de FIV et ICSI depuis 2000;
- . Coûts globaux pour l'État depuis 2003;
- . Coûts détaillés par cycle de traitement pour chacune des techniques de procréation assistée (FIV, ICSI, insémination (IIU)) :
  - Honoraires professionnels;
  - Coût de laboratoire (FIV, ICSI, IIU, congélation et décongélation d'embryons, etc.);
  - Coût de médicaments associés;



- . Nombre de grossesses simples et multiples (avec le détail des jumeaux, triplés, etc.);
- . Économies estimées suite à la chute des grossesses multiples et la réduction de la prématurité;
- . Tous rapports, études ou statistiques (tant réelles que prévisionnelles pour les années à venir) qui auraient pu être rédigés démontrant les effets sur les ressources financières de l'État belge suite à l'implantation de ce programme en 2003;

Lors de l'AGA, il a également été confirmé à l'ACIQ qu'actuellement :

- le gouvernement n'est pas en possession des chiffres pour la situation réelle au Québec;
- qu'aucune firme n'a été mandatée officiellement pour obtenir les données précises de toutes les procréations médicalement assistées effectuées à ce jour au Québec;
- que les seuls chiffres en possession du gouvernement actuellement sont ceux qui ont été répertoriés dans une étude effectuée à Toronto, préparée par Linda Forte et que, selon vous, cette étude présente des failles importantes.

L'ACIQ croit sérieusement que la comparaison avec l'État belge sera d'une grande aide et qu'il serait tout à l'avantage du gouvernement québécois et de ses instances politiques de mandater une firme spécialisée pour connaître réellement les impacts financiers du choix d'investir (et ici, le verbe investir est réellement représentatif de ce que serait le résultat de ce choix de société) dans les traitements de procréation médicalement assistée. Cette comparaison est d'autant plus urgente et importante dans le cadre de tout le processus législatif entourant le projet de loi 23.

Si l'État québécois a déjà procédé à des analyses économiques concernant les procréations médicalement assistées, nous apprécierions également en obtenir une copie.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à cette demande et aux couples infertiles.

**Caroline Amireault, présidente de l'ACIQ**  
**[www.couples-infertiles-quebec.org](http://www.couples-infertiles-quebec.org)**  
**450 588-7555**

**c.c. : Philippe Couillard (PL)**  
**Éric Caire (ADQ)**  
**Bernard Drainville (PQ)**

# Annexe 4

## **Prevention of multiple pregnancies in assisted reproduction: recommendations fail, regulations succeed**

WILLEM OMBELET, M.D., PH.D., LIESBETH BRUCKERS, MSc., GUY MARTENS

From the Genk Institute for Fertility Technology, Department of Obstetrics and Gynaecology, Genk, Belgium, the Center for Statistics, Hasselt University, Diepenbeek, Belgium and the SPE (Study Center for Perinatal Epidemiology), Brussels, Belgium, Address reprint requests to Dr. Ombelet at the Genk Institute for Fertility Technology, Schiepse Bos 6, 3600 Genk, Belgium, or at [willem.ombelet@telenet.be](mailto:willem.ombelet@telenet.be).

Multiple gestations resulting from infertility treatment constitute an “ongoing epidemic” that leads to health and economical stress (1). In the USA the incidence of multiple pregnancy for non-donor IVF patients was still 36% in 2002 (2). A Cochrane review showed that single embryo transfer significantly reduced the risk of multiple pregnancies compared to double embryo transfer (3). This study aimed to describe the evolution of the multiple birth rates in Flanders during the period 1993-2004. In 2001 the Belgian College of Reproductive Medicine organised a consensus meeting to promote single embryo transfer as a strategy to prevent multiple pregnancies (= recommendation). In July 2003 the national government implemented the reimbursement for IVF/ICSI laboratory costs. This reimbursement policy requires a strict regulation of the number of embryos transferred (= regulation) (4). This policy was expected to influence the multiple pregnancy rate from May 2004 on.

We used the population-based registry of all deliveries in Flanders from 1993 until 2004 (4). A distinction was made between pregnancies after natural conception (NC), IVF/ICSI and ovarian stimulation (OS). Data on 664,803 singletons, 25,313 twins and 1,083 triplets were available for analysis.

Logistic regression methodology was used to investigate the evolution over time of the probability of a multifetal delivery. Models assuming unstructured effects of time on the one hand, cubic, quadratic and linear effects of time on the other hand were considered. Separate models were developed for IVF/ICSI and non-IVF. To compare 2003 with 2004 the model with an unstructured time effect was preferred.

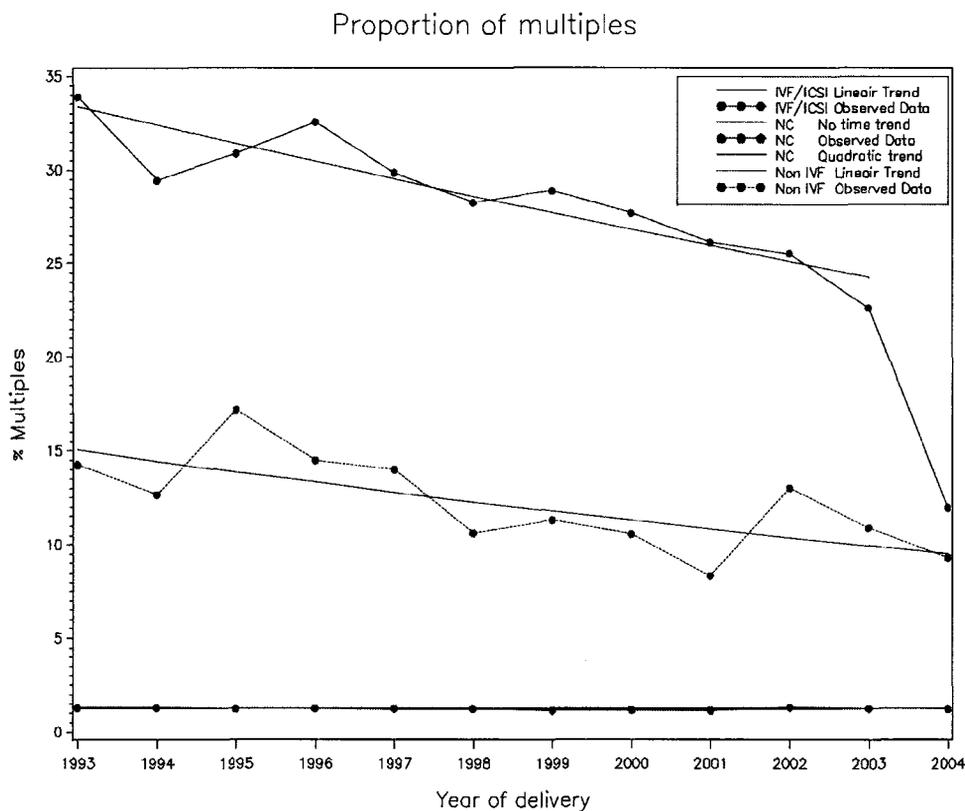
We found that the logit of the probability of a twin or triplet delivery linearly decreased over time for IVF/ICSI (Odds Ratio (OR) = 0.956, 95 % confidence interval (CI) [0.944, 0.970],  $p < 0.0001$ ) and OS (OR = 0.954, CI [0.940, 0.968],  $p < 0.0001$ ). The drop between 2003 and 2004 for IVF/ICSI was highly statistically significant (OR = 2.151, CI [1.75, 2.65]). As expected, there was no difference between 2003 and 2004 for OS pregnancies.

A significant decrease in multiple pregnancy rate for both IVF/ICSI and OS pregnancies was observed, probably due to an increased awareness for the problem of multifetal pregnancies. The important and relevant decrease to an almost 12 % multiple pregnancy rate for IVF/ICSI was observed only after regulating the reimbursement policy. It was shown that success-rates for IVF/ICSI seem to be similar before and after implementing the project (5).

## References

1. Adashi E, Barri P, Berkowitz R, et al. Infertility therapy-associated multiple pregnancies (births): an ongoing epidemic. *Reprod Biomed Online* 2003;7:515-542.
2. Centers for Disease Control and Prevention. 2002 Assisted reproductive technology success rates: national summary and fertility clinic reports. Atlanta GA, USA 2004:20-71.

3. Pandian Z, Bhattacharya S, Ozturk O, Serour GI, Templeton A. Number of embryos for transfer following in-vitro fertilization or intra-cytoplasmic sperm injection. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;4:CD003416.Review.
4. Ombelet W, De Sutter P, Van der Elst J, Martens G. Multiple gestation and infertility treatment: registration, reflection and reaction: The Belgian project. *Hum Reprod Update* 2005;11:3-14.
5. Gordts S, Campo R, Puttemans P, Brosens I, Valkenburg M, Noore J, Renier M, Coeman D, Gordts S. Belgian legislation and the effect of elective single embryo transfer on IVF outcome. *Reprod Biomed Online* 2005;10:436-41.



**Figure 1**

The evolution over time of the probability of multiple deliveries after IVF/ICSI, non-IVF OS and natural conception in Flanders between 1993 and 2004.