

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

**MÉMOIRE DE  
Pierre Miron, MD, PhD(c), FRSC(c)**

**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

# Présentation de l'auteur

Pratiquant la médecine depuis de nombreuses années, et spécialisé en médecine de la reproduction, le Dr Pierre Miron a une expertise reconnue tant au niveau national qu'international. Diplômé de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke en 1980, il obtient en 1985, son diplôme d'obstétricien-gynécologue à l'Université de Montréal. En 1986, il quitte le Québec pour compléter sa formation en endocrinologie de la reproduction et infertilité au *Royal Women's Hospital* de l'Université de Melbourne en Australie, centre pionnier en fécondation *in vitro*.

À son retour au Québec, le Dr Miron fondera trois programmes de fécondation *in vitro*. En 1988, il met sur pied le programme de FIV à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Il fonde ensuite, en 1990 à Montréal, PROCREA (initialement appelé *Institut de médecine de la reproduction de Montréal (IMRM)*), puis PROCREA Québec en 1998.

On doit au Dr Miron la mise au point au Québec des premières techniques de micro-injection de spermatozoïdes visant à traiter l'infertilité masculine grave et de culture embryonnaire au stade de blastocyste visant à réduire les risques de grossesse multiples. Au Canada, il met au point les premiers prélèvements épидидymaire et testiculaire de spermatozoïdes pour permettre aux hommes considérés autrefois comme stériles, de concevoir. Le Dr Miron innove également en 1995 en établissant pour la première fois au Québec un centre de génétique humaine spécialisé dans le domaine de la reproduction. Sa vision rendra accessible, aux femmes enceintes québécoises, un programme unique de dépistage prénatal pour la trisomie 21, le Prenatest, jusqu'alors inexistant au Québec.

Supervisant plus de 80 employés, le Dr Miron assumera la direction de PROCREA jusqu'en 2001, qu'il quitte pour recentrer sa pratique médicale dans le milieu académique et universitaire.

Aujourd'hui professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, le Dr Miron travaille et enseigne activement à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont où il est responsable du centre de fertilité et du programme de dépistage prénatal.

Le Dr Miron est l'auteur d'une cinquantaine de publications dans des revues avec comité de pairs et de cinq brevets. Il siège activement au Comité d'agrément des programmes d'endocrinologie de la reproduction et d'infertilité du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada jusqu'en 2007. Il a siégé au conseil d'administration de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ) et présidé le Comité d'endocrinologie de la reproduction et d'infertilité de la même association pendant plusieurs années. Il a été membre du Comité d'endocrinologie de la reproduction et infertilité de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), du Conseil éditorial du Journal de la SOGC, et du Comité d'éthique conjoint SOGC-Société canadienne d'andrologie et de fertilité (SCAF). Le Dr Pierre Miron est ou a été membre de plusieurs sociétés savantes dont la Société canadienne d'andrologie et de fertilité, l'American Society for Reproductive Medicine (ASRM) et la société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE), l'International Society of Prenatal Diagnosis .

Depuis les débuts de sa carrière, le Dr Miron se bat pour faire reconnaître socialement l'assistance médicale à la procréation. Avec d'autres couples, il a fondé en 1987 la première association de couples infertiles, Déméter, et est membre de l'Association des couples infertiles du Québec (ACIQ). En 2000, il a été l'initiateur du crédit d'impôt remboursable au Québec pour la fécondation *in vitro* et les inséminations artificielles. Dr Miron a donné plus d'une centaine d'entrevues aux médias écrits et électroniques.

# Introduction

Chers membres de la Commission des affaires sociales, le mémoire que je vous présente est le résultat de plus de 25 années d'expérience dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation. Bien que je traite toujours activement de nombreux couples infertiles, je ne pratique pas pour l'instant la fécondation *in vitro* (FIV) et me sens donc très libre de vous en parler avec un certain détachement.

Je me présente auprès de vous avec la conviction qu'**il serait immoral que vous procédiez à l'adoption du projet de loi 23 sans que cela ne soit conditionnel à une couverture complète des techniques de procréation assistée par la RAMQ.**

Depuis le début des années 1980 et jusqu'à il n'y a pas si longtemps, le Ministère de la Santé du Québec justifiait l'absence de couverture des techniques de procréation par leur caractère expérimental. Pourtant, l'Association des Obstétriciens et Gynécologues du Québec reconnaît depuis 1993 que la FIV est bel et bien sortie de sa période expérimentale. (Voir annexe I)

Depuis longtemps, la FIV n'est plus considérée comme un acte marginal par la communauté médicale, mais bien comme faisant partie intégrante de l'arsenal thérapeutique à notre disposition et une solution grandissante et efficace aux problèmes d'infertilité qui touchent, selon le Ministère de la Santé, 17% des couples vivant dans les pays industrialisés<sup>1</sup>.

## Les causes et traitements de l'infertilité

En se justifiant face aux médias, le ministre Couillard laisse entendre régulièrement que les maladies transmises sexuellement (ITS) sont « une cause très fréquente de l'infertilité ». De tels commentaires stigmatisent souvent de façon injuste les couples infertiles et sont inexacts.

Les infections transmises sexuellement sont de nos jours une cause de plus en plus rare d'infertilité. Les causes sont en fait très variées. Je vous en énumère ici quelques-unes, dont les plus fréquentes. Chez la femme, l'anovulation est présente chez 30-40%, le plus souvent causée par une maladie d'origine génétique, le syndrome des ovaires poly kystiques; l'endométriose, une autre maladie débilitante, affecte 50% des femmes infertiles au Québec; elle est souvent associée à des douleurs pelviennes chroniques; son étiologie est complexe, combinant probablement à la fois des facteurs héréditaires et environnementaux; l'obstruction partielle ou complète des trompes de Fallope, chez 20-25% des femmes infertiles n'est pas nécessairement une séquelle d'ITS. Elle peut être causée par de l'endométriose modérée à sévère, une péritonite suite à une appendicite ou une maladie de Crohn, une grossesse ectopique, une tuberculose génitale, une infection iatrogénique des trompes de Fallope suite à la pose d'un stérilet ou à une interruption volontaire de grossesse, ces dernières étant d'ailleurs toutes les deux défrayées à 100% par notre régime d'assurance-maladie.

On a souvent tendance à attribuer l'infertilité à une cause féminine. Pourtant, près de 50% des causes d'infertilité sont d'origine masculine. Encore une fois, il est très rare que la cause soit une séquelle d'ITS. Elle peut être causée par une dysfonction des signaux hormonaux entre le cerveau et les testicules, par une éjaculation rétrograde dû au diabète, par une atteinte testiculaire (c.-à-d. une orchite virale, une anomalie chromosomique, un traumatisme, un cancer, la pollution environnementale, etc.) et des atteintes post-testiculaires (c.-à-d. absence congénitale des canaux déférents, varicocèles, paraplégie, etc.).

Plusieurs actes visant à rétablir la fertilité, et souvent moins efficaces que la FIV, sont défrayés par la RAMQ, telles les chirurgies correctrices par laparoscopie ou par laparotomie (ouverture distale des trompes, lyse d'adhérences pelviennes, la destruction d'implants endométriotiques), la déligature tubaire, la cure de varicocèles, la vasovasotomie, etc. Nous croyons qu'il est temps que des actes plus performants, comme la FIV, soient maintenant supportés entièrement par la RAMQ.

# L'accessibilité et l'argument économique

La décision d'avoir ou non un enfant ne devrait jamais être basée sur la capacité d'un couple de payer un traitement. Cela est malheureusement le cas au Québec. Il est fréquent que je rencontre dans mes bureaux de consultation des couples en pleurs, désespérés, qui n'auront jamais d'enfants puisqu'ils n'ont pas les moyens financiers d'avoir recours à la procréation assistée.

Pourtant, un nombre grandissant de pays occidentaux développés ont compris les avantages et couvrent maintenant les procréations assistées, dont la FIV, par leur régime public d'assurance-maladie. J'aimerais citer ici quelques exemples : d'abord la France, à mon avis plus près de notre culture sociologique que le reste du Canada ou des États-Unis, et qui couvre, chez les femmes de 43 ans ou moins, six (6) cycles d'insémination artificielle et au moins quatre (4) tentatives de FIV; après une naissance, le compteur repart même à zéro; la Belgique, qui en échange d'un nombre restreint d'embryons couvre jusqu'à six tentatives de FIV. Israël, une des sociétés les plus pronatalistes en matière de procréation assistée, offre l'accès à la FIV jusqu'à trois (3) naissances! Je vous cite d'autres pays où les procréations assistées sont défrayées par leur régime public : le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la Grèce, le Luxembourg, la Norvège, le Portugal, la République Tchèque, la Slovaquie, la Slovénie, le Royaume-Uni, l'Australie.

En fait, plusieurs États ont compris que le remboursement public de la FIV coûte moins cher que le statu quo. À titre d'exemple, le remboursement de la FIV conditionnellement à un protocole standardisé de transfert d'embryons (soit l'implantation d'un seul embryon dans la majorité des cas) a permis à l'État belge de réaliser des économies substantielles sur les coûts de santé par la réduction significative des grossesses multiples et de la prématurité associée. Par consensus avec le milieu clinique, le « Projet belge » mena en 2003 à la couverture complète des procréations assistées tout en favorisant l'innovation technologique. À elle seule, l'économie estimée en Belgique par la prévention de la prématurité associée aux grossesses multiples iatrogéniques permettrait de couvrir 88%<sup>2</sup> des frais reliés à l'assistance médicale à la procréation. Voilà un bon exemple d'investissement des deniers publics dans la prévention!

Par ailleurs, une étude confirme en 2006, que pour chaque enfant issu d'une fécondation in vitro, un gain net de 147 000 £ est réalisé. Le coût moyen pour obtenir un enfant par FIV a été estimé à 13 000 £, ce qui est peu comparativement aux 160 000 £ en taxes et impôts qu'un individu adulte productif paiera ultérieurement dans sa vie<sup>3</sup>. Une étude indépendante, effectuée par l'*Think Thank RAND Europe*, confirme également l'impact positif de la prise en charge des procréations assistées par l'État sur le taux national de fécondité. Les coûts directs de la prise en charge des procréations médicalement assistées (PMA) apparaissent en fait moins élevés que les autres mesures incitatives nationales habituellement utilisées pour promouvoir la natalité<sup>4</sup>.

Un ministre israélien, responsable de la Sécurité nationale et de la Santé, Mordechai Gur, ira même jusqu'à affirmer qu'une « FIV coûte de toute façon moins cher que d'intégrer un nouvel arrivant » (*IVF is anyway cheaper than bringing in a newcomer*)<sup>5</sup>.

L'argument économique du ministre de ne pas faire couvrir les procréations assistées par la RAMQ ne tient donc pas la route.

# La situation actuelle

Les particuliers qui empruntent la voie médicale peuvent bénéficier actuellement au Québec d'un crédit d'impôt remboursable à l'égard des frais reliés à l'insémination artificielle ou à la fécondation *in vitro*. Ce crédit d'impôt d'abord à 25% avait été établi en 2000 suite à mon initiative auprès du ministre des Finances d'alors, monsieur Bernard Landry, et ce, après de multitudes interventions infructueuses auprès des ministres de la Santé et de la famille pour faire couvrir les procréations assistées par la RAMQ. Mme Pauline Marois, en tant que ministre des Finances, avait bonifié ce crédit d'impôt à 30% l'année suivante; il a été rehaussé plus récemment à 50% par le gouvernement actuel et ce, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année.

Pour différentes raisons, cette approche n'est pas acceptable.

D'abord elle nécessite qu'un couple infertile aux moyens financiers limités puisse emprunter, ce qui est souvent impossible, créant ainsi une grande injustice sociale. Pour cette raison, plusieurs couples attendront d'être mieux nantis avant d'avoir recours aux PMA. L'avancement en âge diminuera toutefois grandement leur probabilité de concevoir.

Encore plus grave, les cliniques privées ont vite réalisé qu'elles pouvaient devenir en fait les réels bénéficiaires de ce crédit d'impôt en augmentant tout simplement leur frais de FIV et d'insémination artificielle. Le ministre actuel de la Santé et ses hauts fonctionnaires, sans nous écouter, avaient d'ailleurs été mis en garde à plusieurs reprises quant au danger de poursuivre dans cette voie.

Nous avons été particulièrement troublés d'apprendre que les cliniques privées de fertilité avaient été informées par le Ministère, avant le dépôt du dernier budget, que le crédit d'impôt remboursable serait augmenté. Par coïncidence, elles ont toutes augmenté leurs coûts de fécondation *in vitro* **de 1000 \$ à 1500 \$ supplémentaire, une semaine avant l'annonce du dernier budget!**

Afin de protéger vos citoyens infertiles vulnérables face à ces cliniques privées, la seule approche qui nous apparaît raisonnable est une couverture complète des procréations assistées par la RAMQ.

# Le projet de loi

Plusieurs articles dans le projet de loi 23 devraient préoccuper grandement les membres de l'Assemblée nationale.

La définition très large des activités de procréation assistée (chapitre I, article 2) combinée à la limitation de l'exercice des activités de procréation assistée (Chapitre II, article 5) est potentiellement dangereuse et explosive. La loi adoptée comme telle pourrait nécessiter que chaque médecin, même un médecin de famille désirant prescrire un simple ovulant, doive obtenir au préalable un permis d'exploiter un centre de procréation. Vos citoyens infertiles de Val d'Or, de La Tuque, de Baie-Comeau, de Gaspé et d'autres régions éloignées des grands centres urbains se verront grandement pénalisés.

Il ne faut pas sous-estimer la bureaucratie qu'engendrera une telle loi. À titre d'exemple, la loi fédérale sur la procréation assistée adoptée en 2004, avec l'appui du Bloc Québécois, a créé un monopole des cliniques actuelles de FIV qui ne se sont pas gênées pour augmenter substantiellement leurs frais auprès des couples infertiles vulnérables. Quatre ans plus tard, aucun nouveau permis n'a encore été attribué, une pénurie de sperme de donneurs et d'ovules de donneuses s'est développée au Canada, tout est bloqué dans le domaine des procréations assistées et plusieurs couples doivent dorénavant avoir recours à des soins à l'étranger pour concevoir.

Sans loi, des mécanismes simples et peu coûteux d'inspection et de surveillance des centres de procréation assistée pourraient être facilement mis en place. Le Collège des médecins du Québec pourrait jouer le rôle d'évaluer la pratique médicale dans le domaine et d'établir de concert avec les associations médicales et le Ministère, les politiques de bonnes pratiques médicales dans ce domaine. Le Laboratoire de santé public du Québec qui attribue les permis de laboratoire pourrait étendre ses activités à la supervision des laboratoires de procréation assistée.

Je serais très prudent avant de donner carte blanche au ministre dans le domaine des procréations assistées. Des intentions politiques plutôt que médicales pourraient guider l'élaboration de la réglementation, d'ailleurs très vague, prévue à l'article 27, Chapitre V, du projet de loi 23. Le projet de loi 23 ne devrait également jamais être adopté sans que le ministre ne vous dévoile ses intentions réelles quant à la réglementation précise qu'il entend imposer aux couples infertiles, au corps médical et aux laboratoires de procréation.

Les dispositions pénales du chapitre VII dans un domaine qui touche la pratique médicale nous préoccupent également grandement comme médecin. Allons-nous de plus en plus vers une pratique médicale dictée par le juridique? Encore là, le Collège des médecins du Québec pourrait très bien jouer ce rôle, sans la nécessité de dispositions pénales. La pratique médicale déviante est déjà bien réglementée.

Suite à la diffusion du documentaire « Ça pourrait nous arriver » et à la réaction négative qu'a suscitée dans les médias et la population en générale la position du ministre Couillard, ce dernier semblait avoir fait marche arrière en retirant son intention d'intervenir sur le nombre d'embryons transférés en FIV en échange d'un crédit d'impôt augmenté à 50% pour la troisième tentative de FIV. Nous ne sommes toutefois pas dupes et suspectons fortement qu'il s'agit là d'un des buts sournois visés par le projet de loi 23.

Afin de réduire les risques de grossesse multiple associés aux procréations assistées, nous ne sommes pas opposés à l'établissement d'un protocole standardisé de transfert limité d'embryons. Bien au contraire, nous sommes en faveur. Nous croyons toutefois que cela ne peut être imposé moralement par l'État, sans que ces techniques ne soient entièrement défrayées par la RAMQ. Le contraire serait honteux.

Vu l'évolution constante de la science et donc de l'importance de pouvoir s'adapter rapidement aux améliorations technologiques, nous croyons que l'établissement de tels protocoles devrait être laissé aux associations médicales de concert avec le Collège des médecins du Québec et qu'un consensus pourrait être aisément obtenu avec le Ministère. La Belgique en est un bel exemple.

En terminant, j'aimerais ajouter que les praticiens en PMA ont une obligation morale envers leurs patients et leur système public de santé, soit de réduire le coût de leurs traitements, de les simplifier et de réduire leurs risques associés. C'est en les impliquant que nous pourrions faire avancer les soins donnés aux couples infertiles. Par une couverture des PMA par la RAMQ, nous sommes convaincus que les quatre principes directeurs éthiques suivants guideraient inévitablement les praticiens : (1) le coût-bénéfice; (2) l'équité d'accès; (3) la minimisation des risques pour la mère et l'enfant; (4) le fardeau minimal pour les patient(e)s.

# Conclusion

Il serait immoral de légiférer sur les procréations assistées et d'adopter le projet de loi 23 sans en assumer entièrement la responsabilité financière (c.-à-d. couverture entière des PMA par la RAMQ);

Le projet de loi 23 ne devrait jamais être adopté sans que le ministre clarifie au préalable la réglementation précise qu'il entend imposer au corps médical et aux laboratoires de procréation;

Face au gouvernement fédéral, la meilleure façon pour l'État québécois d'assurer sa juridiction dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation n'est pas de légiférer en toute vitesse, mais plutôt de défrayer entièrement par la RAMQ les procréations médicalement assistées;

L'échec spectaculaire de la mise en application de la législation fédérale sur la procréation assistée devrait inciter l'Assemblée nationale à la prudence et à une réflexion approfondie sur la nécessité réelle d'une *juridisation* de la pratique médicale dans ce domaine.

# Références

1. POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ 2008-2018, Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
2. OMBELET, W., DE SUTTER, P., VAN DER ELST, J. & MARTENS, G. (2005)  
Multiple gestation and infertility treatment: registration, reflection and reaction--the Belgian project. *Hum Reprod Update*, 11, 3-14.
3. RYAN, C. (2006) IVF 'GOOD FOR BRITISH ECONOMY'
4. GRANT, J., HOORENS, S., GALLO, F. & CAVE, J. (2006) SHOULD ART BE PART OF A POPULATION POLICY MIX?
5. BIRENBAUM-CARMELI, D. (2004)  
'Cheaper than a newcomer': on the social production of IVF policy in Israel. *Social Health Illn*, 26, 897-924.

Le 12 novembre 1993

Docteur Pierre Miron  
Institut de médecine de la  
reproduction de Montréal inc.  
1100, avenue Beaumont  
Bureau 305  
Ville Mont-Royal (Québec)  
H3P 3E5

**Objet : Infertilité et fécondation *In vitro***

Cher docteur Miron,

Je fais suite à la récente correspondance concernant l'infertilité et la fécondation *in vitro*. Comme vous le savez, une consultation a été faite au Comité d'infertilité et d'endocrinologie de la reproduction de l'Association afin d'émettre une position sur le sujet au Comité exécutif. Celui-ci a proposé une politique au Conseil d'administration lors de sa réunion du 29 octobre dernier.

J'ai le plaisir de vous informer que le Conseil d'administration a adopté à la majorité d'émettre une politique concernant ce sujet que je joins pour votre information.

J'espère le tout conforme et satisfaisant. Je vous prie de croire, cher docteur Miron, à mes salutations les plus distinguées.

Le président,

**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.**