



## Pour un programme de procréation assistée accessible, sécuritaire, éthique et pérenne au Québec

Mémoire présenté à la Commission sur la santé et les services sociaux

Projet de loi n° 73 : Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée.

Par l'Association Infertilité Québec (ACIQ)

Le 7 décembre 2020

## Table des matières

<b>À PROPOS DE L'ASSOCIATION INFERTILITÉ QUÉBEC.....</b>	<b>3</b>
<b>À PROPOS DU PROJET DE LOI 73 .....</b>	<b>4</b>
<b>NOS RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>4</b>
<b>RECOMMANDATION 1 : DÉFINIR L'ADMISSIBILITÉ DES PATIENTES EN FONCTION D'UNE ÉVALUATION MÉDICALE ET NON D'UNE LIMITE SYSTÉMATIQUE SUR LE CRITÈRE DE L'ÂGE .....</b>	<b>5</b>
<b>RECOMMANDATION 2 : LIMITER À TROIS LE NOMBRE D'INSÉMINATIONS COUVERTES PAR LA RAMQ AVANT LE PASSAGE EN FÉCONDATION IN VITRO. ....</b>	<b>6</b>
<b>RECOMMANDATION 3 : AUGMENTER À DEUX CYCLES LES SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE REQUIS À DES FINS DE FÉCONDATION IN VITRO (FIV) QUI SONT CONSIDÉRÉS COMME DES SERVICES ASSURÉS .....</b>	<b>8</b>
<b>RECOMMANDATION 4 : AUGMENTER L'ÂGE MAXIMAL AUTORISÉ POUR LES SERVICES DE CONGÉLATION ET D'ENTREPOSAGE DU SPERME ASSURÉS À 30 ANS. ....</b>	<b>9</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>10</b>

## À propos de l'Association Infertilité Québec

Fondée le 19 mai 2005, l'Association Infertilité Québec (ACIQ), anciennement l'Association des couples infertiles du Québec, a pour mission de représenter et de promouvoir les intérêts des personnes infertiles du Québec afin que ceux-ci puissent recevoir un service de qualité et équitable.

Notre association souhaite mettre à la disposition des personnes infertiles les dernières informations concernant l'infertilité, pour que celle-ci puisse faire des choix personnels et éclairés et offrir le soutien adéquat à ces personnes.

Nos objectifs sont les suivants :

- Faire reconnaître l'infertilité comme une maladie telle que reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2009 ;
- Briser les tabous entourant l'infertilité, tant chez les hommes que chez les femmes ;
- Offrir l'accès aux traitements de procréation assistée pour permettre aux couples de concevoir un enfant par l'entremise d'un service de qualité et équitable;
- Sensibiliser la population québécoise à notre cause.

Notre mandat vise également à représenter et défendre les intérêts des couples et personnes infertiles auprès des autorités gouvernementales et publiques et à présenter les aspects positifs de la mise en place d'un programme québécois de procréation médicalement assistée (PMA).

Nous sommes présentement la plus importante association de patients infertiles au Québec.



## À propos du projet de Loi 73

Le projet de loi 73 modifie la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée afin d'y introduire de nouvelles dispositions portant principalement sur la qualité, la sécurité, l'éthique et la planification des activités cliniques de procréation assistée.

**L'ACIQ accueille d'un œil très positif ce projet de loi et converge en grande majorité avec les positions et intentions du ministère de la Santé et des Services sociaux.**

L'ancien programme québécois de PMA avait eu des retombées positives tant pour le Québec que pour la santé des mères et des enfants issus du programme. L'étude du Commissaire de la santé et des services sociaux (CSBE)<sup>1</sup> et le Rapport sur la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée<sup>2</sup> ont d'ailleurs souligné ces accomplissements concrets. Nous croyons que ces résultats étaient largement tributaires de la couverture publique du continuum de soins en fertilité, de la stimulation ovarienne à la fécondation in vitro et nous maintenons toujours aujourd'hui cette position.

Pour l'ACIQ et les personnes que nous représentons, le projet de loi 73 est l'occasion d'entamer un nouveau chapitre en matière de procréation assistée au Québec, un chapitre qui se veut axé sur la mise en place d'un programme adapté, sécuritaire et éthique. **Notre mémoire propose des recommandations afin de recadrer certains aspects du programme pour mieux représenter la réalité médicale entourant les enjeux d'infertilité et ainsi assurer la pérennité d'un tel nouveau programme.**

## Nos Recommandations

Le présent projet de loi modifie entre autres la Loi sur l'assurance maladie afin de prévoir que les services de procréation assistée rendus par un médecin qui sont déterminés par règlement sont des services assurés dont le coût est assumé par la **Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)** en modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie pour prévoir quels sont les services considérés comme assurés en matière d'insémination artificielle, de fécondation in vitro et de préservation de la fertilité.

Nos recommandations portent sur deux aspects du projet de Loi, les **critères relatifs au droit auxdits services assurés** ainsi que **les conditions qui doivent être respectées pour que les services soient considérés comme assurés.**

**L'ACIQ met de l'avant quatre grandes recommandations.**

---

<sup>1</sup> CSBE, Avis synthèse que les activités de procréation assistée au Québec, 2014.

<sup>2</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée, 2013.

## Recommandation 1 : Définir l'admissibilité des patientes en fonction d'une évaluation médicale et non d'une limite systématique sur le critère de l'âge

---

Le projet de loi 73 prévoit, à l'Article 34.6, que les services de procréation assistée requis à des fins d'insémination artificielle et de FIV sont considérés comme des services assurés uniquement si :

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

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

b. la femme est âgée de moins de 42 ans lors du dernier transfert d'embryon congelé.

**Nous recommandons au ministère de la Santé et des Services sociaux de ne pas limiter l'admissibilité au programme automatiquement aux femmes de plus de 41 ou 42 ans, selon le cas, mais plutôt de définir l'admissibilité des patientes au programme en fonction d'une évaluation médicale.**

**Le taux de succès de la procréation médicale assistée est contingent à de nombreux facteurs autres que l'âge**, notamment, des **facteurs environnementaux et liés au mode de vie**. On pense notamment au tabagisme, à la consommation excessive d'alcool et à l'obésité, qui peuvent tous avoir une incidence sur la fécondité du patient<sup>3</sup>. En outre, **l'exposition aux polluants et aux toxines présents dans l'environnement** peut avoir un effet toxique direct sur les gamètes, diminuant ainsi leur nombre et nuisant à leur qualité<sup>4</sup>.

Un autre exemple où l'âge n'est pas déterminant des chances de succès du processus de PMA est dans **le cas de patientes bénéficiant de don d'ovules pour la fécondation in vitro (FIV)**. En effet, l'utilisation d'ovules de donneuses démontre qu'indépendamment des catégories d'âge des patientes, on obtient des taux de naissances vivantes comparables. En effet, indépendamment de

---

<sup>3</sup> Gore AC, Chappell VA, Fenton SE, et al. EDC-2: The Endocrine Society's Second Scientific Statement on Endocrine-Disrupting Chemicals. *Endocrine Reviews* 2015;36(6):E1-E150. doi: 10.1210/er.2015-1010

<sup>4</sup> Segal TR, Giudice LC. Before the beginning: environmental exposures and reproductive and obstetrical outcomes. *Fertility and Sterility* 2019;112(4):613-21.

l'âge, les femmes utilisant des ovocytes de donneuses ont obtenu des taux de naissances vivantes de 29,6 % ou plus pour tous les cycles jusqu'au neuvième inclusivement<sup>5</sup>.

Certains pays, tels que les Pays-Bas et la Norvège, utilisent déjà un modèle qui assure l'accès à la FIV couverte publiquement **prenant en considération la condition médicale des patients** en plus d'imposer une limite d'âge (à 50 ans).<sup>6</sup> En Allemagne et en Italie, le bilan médical des patients est le seul critère permettant l'accès aux soins de PMA assurés. Enfin, certains pays, comme la France, le Portugal et la Suède, favorisent l'utilisation directe du processus de FIV dans certains cas spécifiques, afin d'éviter la transmission de maladies graves, comme les maladies génétiques<sup>7</sup>.

Pour ces raisons, nous croyons qu'il serait plus sécuritaire, juste et éthique de ne pas limiter l'accès aux programmes de PMA assurés selon le facteur âge et d'**inclure une évaluation médicale de la patiente pour permettre une couverture plus appropriée, qui s'appuie sur un bilan médical et qui, ultimement, favorisera une application du processus de PMA selon les taux de succès probable de la PMA.**

## Recommandation 2 : Limiter à trois le nombre d'inséminations couvertes par la RAMQ avant le passage en fécondation in vitro.

---

Le présent projet de loi prévoit, à l'Article 34.7.b, qu'un maximum de six cycles, ovulatoires stimulés ou naturels modifiés au total, que les agents utilisés soient oraux ou injectables, seront considérés comme des services assurés dans le cadre de services de procréation assistée requis à des fins d'insémination artificielle.

Nous **recommandons au ministère de la Santé et des Services sociaux de limiter le nombre d'inséminations intra-utérines (IIU) effectué à 3.**

---

<sup>5</sup> Smith A. et al. Live-birth rate associated with repeat in vitro fertilization treatment cycles. JAMA Network 2015, p.6

<sup>6</sup> Frank Broekmans, « Reduced drug costs, SET, and strict eligibility bring IVF in the Netherlands back on budget », Human Reproduction, January 2015.

<sup>7</sup> Martin, Geveniève, Critères médicaux d'admissibilité aux traitements financés publiquement et innocuité de la répétition dans les cycles de fécondation in vitro. INESS, 2015

Présentement, les taux de succès en IUI spécifiques au Canada ne sont pas collectés de manière systématique.<sup>8</sup> **L'ACIQ est favorable à la centralisation des données qui sera permise par la couverture publique du continuum de soins en fertilité, de la stimulation ovarienne à la fécondation in vitro, et qui permettra un suivi précis et détaillé de la situation sur le territoire québécois.**

Cependant, de nombreuses études démontrent déjà que les taux de succès par cycle de IUI diminuent de façon importante après trois IUI. Selon une étude récente, **le taux de succès cumulatif après trois inséminations se situe à 40% et chute à 7% après une quatrième insémination.** De plus, le nombre d'IUI n'a aucun impact sur le taux de succès d'une FIV. Comme l'indique la même étude ontarienne, le taux de succès d'une FIV est pratiquement le même après deux (44%) et trois inséminations (41%)<sup>9</sup>.

Nous estimons que de **limiter le recours à ce type de traitement ne peut avoir que des effets bénéfiques.** Par leur nature même, les inséminations intra-utérines favorisent les grossesses multiples, car le nombre d'embryons ne peut être contrôlé et les médicaments stimulent l'ovulation. Selon le Center for Disease Control and Prevention, l'insémination a davantage de chance de provoquer des grossesses multiples et des naissances prématurées<sup>10</sup>. Bref, autoriser un nombre supérieur d'IUI encourage le recours répété à cette méthode, un acharnement thérapeutique qui ne met pas la santé de la mère et du bébé à l'avant-plan.

Du point de vue du gouvernement, **une limite au nombre d'inséminations couvertes en conjonction à une couverture publique de la FIV assure des économies importantes par naissance vivante.** Une étude australienne a démontré que le taux de succès des fécondations in vitro était non seulement plus élevé que celui des inséminations, mais que le coût par naissance vivante était beaucoup nettement plus bas.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Medical Advisory Secretariat. In vitro fertilization and multiple pregnancies: an evidence-based analysis. Ontario Health Technology Assessment Series 2006;6(18).

<sup>9</sup> McNaught, J. et al. « Progression to In Vitro Fertilization Following 2-3 Failed Cycles of Intrauterine Insemination Using Low-Dose Follitropin-B », CFAS, London Health Science Centre.

<sup>10</sup>Stephanie Saul, « Grievous Choice on Risky Path to Parenthood », New York Times, 11 octobre 2009.

<sup>11</sup> Plus précisément, l'étude compare deux groupes avec un diagnostic d'infertilité inexplicée et recommande de passer rapidement à la FIV dans ces cas, mais que pour d'autres patients l'insémination doit demeurer le premier traitement. Hossam Elzeiny, « A randomized controlled trial of intrauterine insemination versus in vitro fertilization in patients with idiopathic or mild male infertility », Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol. 52, Issue 2, pp. 156-161, April 2014.

	Insémination	Fécondation In Vitro	Différence
Taux de succès	Entre 6 et 12%	40%	28-34%
Coût par naissance vivante	42 487 \$AUS	8735 \$AUS	33 752 \$AUS

Source : Hossam Elzeiny, ANZJOG, Vol. 52, Issue 2, 2014.

Recommandation 3 : **Augmenter à deux cycles** les services de procréation assistée requis à des fins de fécondation in vitro (FIV) qui sont considérés comme des services assurés

---

Dans le présent projet de loi, l'Article 34.8 propose que les services de procréation assistée requis à des fins de FIV qui sont considérées comme des services assurés ne sont considérés assurés que pour un seul cycle de FIV, qui peut cependant comprendre deux cycles ovulatoires si aucun ovule n'est obtenu à l'issue du premier.

**Nous recommandons au ministère de la Santé et des Services sociaux d'augmenter à deux cycles les services de procréation assistée requis à des fins de FIV qui sont considérés comme des services assurés.**

Cette recommandation se base sur le principe que **certains patients, en raison de leur état de santé, ne sont pas des candidats aux méthodes d'insémination intra-utérine**. Dans certains cas particuliers, on pense notamment aux patients affectés d'infertilité inexplicée, il a été déterminé que le taux de succès des méthodes d'UII est très bas<sup>12</sup>. Pour ces patients, la FIV se trouve être la seule solution potentielle.

Plusieurs études, dont une du New England Journal of Medicine (NEJM), démontrent que les taux de natalité (naissance vivante) d'un deuxième cycle présentent un taux de succès de 27,1%, un taux qui s'apparentent à celui enregistré lors d'un premier cycle, soit un taux de 32,1%. Si nous considérons le taux cumulatif de naissances vivantes, on rapporte un taux de succès cumulatif estimé entre 44,3% et 50,6% (estimation prudente à optimale)<sup>13</sup>.

**Considérant les taux de succès associés à l'élargissement de la couverture, les données médicales probantes, le coût émotionnel et physique sur les patients du processus ainsi que les coûts associés au programme, il serait pertinent de permettre l'accès à une couverture pour la FIV plus grande.**

---

<sup>12</sup> Cohlen, Ben. IUI : review and systematic assessment of the evidence that supports global recommendations. Human Reproduction Update, Vol.24 No.3 pp.302-303, 2018

<sup>13</sup> Malizia, Beth A. et all. Cumulative Live-Birth Rates after in Vitro Fertilization. New England Journal of Medicine. 2009, 360 236 43

Les économies réalisées par une baisse du nombre IUI pourraient être investies dans ce cycle supplémentaire et permettre d'atteindre l'un des objectifs poursuivis par le projet de loi : la création de nouvelles familles. En effet, la FIV est plus efficace pour y arriver et la couverture d'un cycle supplémentaire faciliterait la naissance de plus d'un enfant par projet familiale.

#### Recommandation 4 : Augmenter l'âge maximal autorisé pour les services de congélation et d'entreposage du sperme assurés à 30 ans.

---

À l'article 34.9.b, on propose que **les services de procréation assistée requis à des fins de préservation de la fertilité, tel que les services de congélation et d'entreposage du sperme sont considérés comme des services assurés** lorsque « fournis à une personne assurée avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale de l'ensemble des testicules » **jusqu'à ce que la personne ait atteint l'âge de 25 ans, selon la dernière éventualité.**

**Nous recommandons au ministère de la Santé et des Services sociaux d'augmenter l'âge maximal autorisé pour les services de congélation et d'entreposage du sperme assurés à 30 ans.**

**Nous croyons que la limite fixée par le projet de Loi ne tient pas compte de la réalité sociale de la population québécoise. Selon des données publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) en 2019,** la naissance du premier enfant survient en moyenne lorsque la mère a 29,1 ans et on rapporte une tendance à reporter les naissances plus tard dans la vie, soit après l'âge de 30 ans. Suivant cette tendance, il serait opportun d'établir que l'âge limite fixé à 25 ans pour la préservation et l'entreposage du sperme est trop tôt et **ne reflète pas les priorités et tendances de procréation de la population**<sup>14</sup>. De plus, il est très probable qu'à l'âge de 25 ans, l'homme n'ait pas encore bénéficié d'un bilan médical lui permettant de prendre une décision à cet égard.

De plus, une étude publiée dans la revue Human Reproduction Update (HRU) rapporte **un déclin de 52 % de la concentration de spermatozoïdes dans le sperme des hommes occidentaux**, entre 1973 et 2011, et de 59 % du nombre total de spermatozoïdes produits. Et ce déclin ne semble montrer aucun signe de ralentissement<sup>15</sup>. De plus, le Québec compte parmi les sociétés dont le vieillissement de la population est le plus important se classant aux côtés du Japon et de l'Allemagne. Les prévisions démographiques démontrent qu'une population active de moins en moins grande devra supporter une population inactive en constante augmentation. En 2033, le Québec sera au plus fort de ce phénomène alors que l'Institut de la statistique du Québec prévoit

---

<sup>14</sup> INSPQ, La fécondité continue de diminuer avant 30 ans et n'augmente plus au-delà de cet âge. Bilan démographique du Québec. Édition 2019 p.40

<sup>15</sup> Levine, Hagai et al. Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. Human Reproduction Update, Volume 23, Issue 6, November-December 2017, Pages 646-659, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx022>

que le nombre de décès excèdera celui de naissances<sup>16</sup>. Bien que l'ACIQ estime que le programme de PMA est d'abord et avant tout un programme de santé et non un moyen de stimuler la natalité, les résultats de rapport comme celui de la HRU nous démontrent qu'il pourrait être intéressant de **maximiser les retombées positives du programme en ne restreignant pas l'accès à certaines méthodes de PMA et nous pensons que les couples infertiles peuvent contribuer à redresser le taux de fécondité et au renouvellement de la population du Québec.**

## Conclusion

**L'ACIQ accueille d'un œil très positif le projet de Loi 73 et converge en grande majorité avec les propositions et intentions du ministère de la Santé et des Services sociaux en ce qui a trait à la mise en place d'un programme québécois de procréation médicalement assistée (PMA).**

**Recommandation 1 : Définir l'admissibilité des patientes en fonction d'une évaluation médicale et non d'une limite systématique sur le critère de l'âge.**

**Recommandation 2 : Limiter à trois le nombre d'inséminations couvertes par la RAMQ avant le passage en fécondation in vitro.**

**Recommandation 3 : Augmenter à 2 cycles les services de procréation assistée requis à des fins de FIV qui sont considérés comme des services assurés.**

**Recommandation 4 : Augmenter l'âge maximal autorisé pour les services de congélation et d'entreposage du sperme assurés à 30 ans.**

Après la dure réalité que fut l'adoption de la Loi 20, abolissant le Programme de Procréation assistée existant jusqu'en 2016 et ne laissant que la méthode d'inséminations sous la couverture du Régime d'assurance maladie du Québec, le projet de loi 73 est l'occasion d'entamer un nouveau chapitre en matière de procréation assistée au Québec.

**Nous croyons que les recommandations présentées par notre association sont essentielles afin de mieux répondre à la réalité médicale entourant les enjeux d'infertilité, maximiser le taux du succès des programmes de PMA et, ultimement, assurer la pérennité d'un nouveau programme de PMA adapté, sécuritaire et éthique.**

---

<sup>16</sup> IS&B, Rapport d'analyse sur l'impact à long terme du programme de procréation assistée sur les finances publiques du Québec, 2014.