Commission de la santé et des services sociaux

Mémoire présenté dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques portant sur le Projet de loi nº 73

Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée

Présenté par

Dr Pierre Miron, MD, PhD, EGRI, FRCSC
Président fondateur du Centre d'aide médicale à la procréation FERTILYS
Président fondateur de la Fondation FERTILYS

Accompagné de

Me Sylvain Bellavance, avocat-conseil auprès de FERTILYS

Le 8 décembre 2020

« C'est un peu de nous tous en celui qui s'en va et c'est en celui qui naît un peu de nous tous qui devient autre »

Gaston Miron (1928-1996)

Ce mémoire, je le dédie à mon équipe, à mes collègues de travail, à celui qui a cofondé Fertilys avec moi, à tous ceux et celles qui s'investissent corps et âme, qui rencontrent au quotidien autant le triomphe que la défaite, à ces héros discrets qui font que Fertilys conserve ses valeurs humaines et reste à la hauteur des attentes des patients qui nous consultent et qui nous font confiance.

Un merci tout particulier à Me Sylvain Bellavance pour son implication si précieuse, ses conseils et sa sagesse.

Résumé

Nous saluons l'approche générale retenue par le gouvernement dans ce projet de loi, mais souhaitons soulever certains éléments constructifs, selon les objectifs poursuivis.

I. Offrir des services de PMA assurés à la population

1. Ne pas précipiter l'entrée en vigueur du programme avant que tous les éléments essentiels soient mis en place.
2. Certains critères d'admissibilité semblent trop stricts.
3. Pourquoi étendre la couverture à tous les embryons congelés ?
4. Réduire davantage le nombre d'inséminations couvertes ?
5. Bonifier le crédit d'impôt pour le traitement de l'infertilité.

II. Favoriser la qualité, la sécurité et l'éthique des soins de procréation assistée

1. Ne pas précipiter la mise en application du programme.
2. L'opportunité de mettre en place une table de concertation entre le MSSS et tous les directeurs des centres de procréation assistée.
3. La nécessité de fournir une main-d'œuvre qualifiée également aux centres privés.
4. L'octroi de permis par catégories de services ne doit pas créer de monopoles et il faut revoir certaines activités pouvant être effectuées ailleurs qu'en CPA.
5. Mettre à profit l'expertise du Laboratoire de santé publique du Québec.
6. Limiter les exigences de certificats de conduite professionnelle.
7. Modifier le règlement à propos des ententes de corridor de services
8. Les exigences de production et le partage de certains renseignements.

III. Planifier l'offre de services et les coûts

1. Ne pas restreindre le marché.
2. Appuyer les CPA dans la collecte de renseignements.
3. Éviter un processus trop lourd et coûteux de vérification de l'admissibilité.
4. Le gouvernement entend-il limiter les services (nombre annuel limite de FIV) ?
5. Assurer un financement adéquat des services assurés et plus particulièrement de la composante technique des CPA dits « privés ».
6. Abolir le plafonnement des revenus des médecins exerçant en CPA
7. Bien définir les services assurés afin d'assurer que la notion de frais accessoires ne vienne pas entraver l'accessibilité à certains services.
8. Prévoir le versement de compensations pour couvrir certaines exigences réglementaires et administratives imposées.
9. Ne pas précipiter la mise en application du programme.

Introduction

Nous aimerions tout d'abord remercier le ministre délégué, Dr Lionel Carmant, de nous avoir invités à cette Commission parlementaire. Au président de la Commission, Mesdames, Messieurs les Députés, merci de nous recevoir également aujourd'hui, espérant que vous serez sensibles à nos commentaires et recommandations qui sont basés sur l'expérience vécue sur le terrain depuis près de 40 ans, autant dans le réseau hospitalier que hors hospitalier, et guidés par des principes d'éthique, d'équité, de justice, de sécurité, de rigueur scientifique, d'empathie et de compassion envers les couples infertiles.

En nous présentant devant vous, nous croyons également représenter l'opinion de nos collègues chez Fertilys, qui chaque jour, s'investissent corps et âme, à aider les couples infertiles à fonder leur famille.

Nous souhaitons formuler à la Commission divers commentaires concernant le projet de loi 73. Ces derniers, qui présentent un caractère général pour certains et plus spécifique pour d'autres, s'inscrivent dans la vision poursuivie par le projet de loi, soit :

- D'offrir des services de PMA assurés à la population;
- De planifier l'offre de services et les coûts;
- De favoriser la qualité, la sécurité et l'éthique de ces soins.

Présentation de Fertilys

Fertilys est un centre tertiaire d'aide médicale à la procréation, fondé en 2014, par moi et un collègue, biologiste de la reproduction et professeur en France, Monsieur Moncef Benkhalifa. Nous réalisons chez Fertilys toutes les techniques de procréation médicalement assistée, offrant ainsi un plateau technique complet. Nous sommes basés à Laval, à proximité de grands axes routiers.

Bien que la mission principale de Fertilys soit de desservir les couples infertiles des régions de Laval, Laurentides et Lanaudière, nous accueillons des couples de partout au Québec, incluant même ceux du député Joël Arsenault, des Îles-de-la-Madeleine, dont une Madelinoise, enceinte la semaine dernière à la suite d'une fécondation in vitro. Et oui, nous sommes aussi fiers d'aider à peupler les îles de la Madeleine.

Basé sur un modèle de soins à échelle humaine, Fertilys est un centre particulièrement apprécié des Québécois (4.7 étoiles sur Google). Nos valeurs sont l'excellence, la personnalisation, le respect, l'engagement, l'éthique et l'innovation. Affichées dans notre salle d'attente, elles nous rappellent au quotidien que nous devons être à la hauteur des attentes des patients qui nous consultent et qui nous font confiance.

Nous ne sommes donc que deux individus actionnaires, un clinicien et un scientifique. Pas d'investisseurs en capital de risques et nous en sommes heureux. Tout en assurant la direction générale, je ne me suis jamais versé de salaire administratif ni de dividende. Les bénéfices sont constamment réinvestis dans l'entreprise afin d'améliorer notre parc technologique, le bonheur de nos employés et la qualité de nos services. Fertilys a permis de créer plus d'une trentaine d'emplois spécialisés dans la région de Laval. Nos sondages internes réalisés auprès des milliers de patients annuellement confirment d'ailleurs que, hormis la réputation des médecins et de leur équipe, le principal critère de sélection d'un centre plutôt qu'un autre est son emplacement et sa facilité d'accès.

Nous sommes le centre de FIV au Québec qui subit présentement la plus forte croissance. Le revers de cette médaille est un délai pour une première consultation qui s'allonge actuellement à 6 mois. En quelque sorte victimes de notre succès, nous nous attelons quotidiennement à améliorer nos processus afin de gagner en efficience et accélérer la prise en charge des patients qui souhaitent nous faire confiance. Il est certain qu'une des causes principales de cette situation, et nous y reviendrons plus tard dans ce mémoire, est la difficulté à accéder à un bassin suffisant de ressources humaines qualifiées pour travailler dans notre spécialité.

Depuis le début de ses activités, FERTILYS collabore avec des chercheurs de l'Institut national de recherche scientifique - Institut Armand Frappier (Université du Québec), du CHUM (Université de Montréal) et de l'Université McGill. Nos projets de recherche et de développement portent particulièrement sur l'infertilité masculine, la maturation ovocytaire in vitro, l'implantation embryonnaire et l'immunologie de la reproduction.

Nous croyons fermement en l'importance de supporter l'innovation par la recherche appliquée et translationnelle afin d'améliorer la qualité de nos soins et renforçons annuellement nos investissements en ce sens. Nous sommes convaincus qu'un centre privé tel que Fertilys possède des capacités de recherche qui n'ont rien à envier à celles des centres universitaires

Présentation de Dr Pierre Miron

Dr Pierre Miron milite depuis plus de 35 ans pour la cause des couples infertiles au Québec. Ainsi, au fil des ans, il est intervenu auprès de la majorité des ministres québécois de la Santé et/ou des Finances, tous partis confondus, avec pour objectif de les sensibiliser à la cause et à l'importance de la prise en charge de l'aide médicale à la procréation (AMP).

Spécialisé en médecine de la reproduction, le Dr Pierre Miron est diplômé en médecine de l'Université de Sherbrooke en 1980. Il obtient en 1985 son diplôme en obstétrique-gynécologie à l'Université de Montréal et, en 1985, il poursuit sa formation en Endocrinologie Gynécologique de la Reproduction et de l'Infertilité (EGRI) au Royal Women's Hospital de l'Université de Melbourne, en Australie. À son retour, par sa seule vision, il fonde successivement trois programmes de fécondation in vitro (FIV) au Québec : celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (1987), de PROCRÉA à Montréal (1990) et de PROCRÉA à Québec (1998). Il est parmi les pionniers de la procréation assistée au Québec, y réalisant notamment avec succès des premières au Canada comme le don d'ovocytes, le prélèvement épididymaire de spermatozoïdes, la micro-injection de spermatozoïdes et les premières cultures prolongées d'embryons jusqu'au stade de blastocyste.

Il est professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal de 1985 à 2010. Il poursuit des études et obtient un PhD en 2011. En janvier 2014, il fonde FERTILYS, à Laval, le premier et seul centre tertiaire d'aide médicale à la procréation sur la Rive-Nord de Montréal, afin de desservir les populations de Laval, des Laurentides et de Lanaudière (population d'environ 1.5 million) et d'en faire un modèle dont pourraient s'inspirer d'autres acteurs souhaitant développer un centre d'excellence en AMP, qu'ils soient issus du milieu public comme du milieu privé. Dr Miron exerce maintenant toutes ses activités cliniques et de recherche chez Fertilys.

Le Dr Pierre Miron a été membre de plusieurs comités autant à la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), le Conseil éditorial du Journal de la SOGC, et le Comité d'éthique conjoint SOGC-Société canadienne d'andrologie et de fertilité (SCAF). Il a présidé pendant de nombreuses années le Comité d'endocrinologie de la reproduction et infertilité de l'Association des obstétriciens-gynécologues du Québec (AOGQ) et a siégé à son conseil d'administration. Pendant ce mandat, il fait reconnaître officiellement l'infertilité comme une maladie par l'AOGQ.

Dr Pierre Miron a siégé sur le comité de transfert des connaissances du Réseau québécois en Reproduction (RQR) et a été membre du jury d'examen pour le programme canadien de surspécialité en Endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'Infertilité. Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada lui a décerné le titre de Fondateur du *programme canadien d'endocrinologie gynécologique de la reproduction et Infertilité* (EGRI/GREI).

Près des patients, souvent seul médecin à s'impliquer véritablement, il a participé au fil des ans, à la fondation de deux associations de couples infertiles au Québec : Déméter et l'ACIQ.

En 1999, il réussit à convaincre M. Bernard Landry, alors ministre des Finances, d'accorder au Québec un crédit d'impôt remboursable pour les traitements de l'infertilité. Le Dr Miron conscientise les membres de la législature en Commission parlementaire le 10 juin 2008 et le 24 mars 2015 sur l'importance que l'aide médicale à la procréation soit encouragée et adéquatement supportée par l'État québécois.

Auteur de plus d'une soixantaine de publications dans des revues scientifiques avec comité de pairs, il publie en 2013 un livre grand public basé principalement sur la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infertilité (*Concevoir*, Éditions du Trécarré, Librex). Le livre a depuis été traduit en anglais et en mandarin.

Plus récemment, il fonde la Fondation FERTILYS, organisme de bienfaisance officiellement enregistré, qui a comme but d'encourager la recherche scientifique et le développement technologique dans le domaine de la reproduction humaine ainsi que d'aider financièrement les couples infertiles dans le besoin.

Exposé général

D'emblée, nous sommes heureux de constater que le gouvernement respecte sa promesse électorale et nous saluons le fait que l'État québécois puisse offrir à nouveau à la population un programme de procréation assistée. Un tel programme se justifie non seulement au point de vue médical afin de traiter l'infertilité, mais également comme mesure sociale pour accompagner la population dans le projet le plus important, soit celui de fonder une famille.

Nous souhaitons formuler à la Commission divers commentaires constructifs concernant le projet de loi 73 et souligner les éléments essentiels qui, selon nous, contribueront à la réussite ou l'échec du rétablissement du programme public.

Nos commentaires seront présentés en suivant les objectifs recherchés par le projet de loi, soit :

I- D'offrir des services de PMA assurés à la population;
II- De planifier l'offre de services et les coûts;
III- De favoriser la qualité, la sécurité et l'éthique de ces soins.

I. Offrir des services de PMA assurés à la population

Quant à ce premier objectif, nous saluons l'approche retenue par le gouvernement dans ce projet de loi soit, principalement:

- *De ne couvrir qu'un seul cycle de FIV*

  Nous croyons que dans un contexte de pandémie affectant substantiellement les finances publiques et dans lequel beaucoup d'autres secteurs du réseau de la santé nécessitent un soutien financier, le choix du gouvernement de ne couvrir qu'un cycle de FIV nous apparaît raisonnable et prudent.

- *De bien préciser les services couverts et les critères d'admissibilité*

  À cet égard, le projet de loi comporte des précisions quant aux services qui sont assurés et par conséquent, ceux qui ne le sont pas. Ceci pourra ainsi favoriser sa bonne compréhension et réduire les interprétations et la confusion.

- *De réduire le nombre d'inséminations couvertes par le régime*

  À ce sujet, le projet de loi cherche à traduire les évidences scientifiques qui démontrent qu'aucune intervention ne devrait être entamée lorsque le taux de

succès n'est pas probant, et ce, afin d'éviter des interventions futiles et coûteuses. Il est donc bien justifié de réduire le nombre d'inséminations couvertes.

Toutefois, bien que l'offre de services couverts paraisse généralement adéquate, nous souhaitons soulever les interrogations suivantes dans le but de contribuer à la réflexion et parfaire le projet de loi.

1. Ne pas précipiter l'entrée en vigueur du programme avant que tous les éléments essentiels soient mis en place

Dans son allocution du 11 novembre dernier, le ministre délégué, Dr Lionel Carmant, indiquait ce qui suit et qui nous apparaît incontournable:

- Que la couverture se fera de manière concertée et structurée;
- Que les choses se feront dans l'ordre.

Il mentionne aussi durant la même conférence de presse qu'un cycle de FIV sera couvert du moment où le projet est adopté.

Or, pour que la couverture se fasse de manière concertée et structurée, nous croyons impératif que le projet de loi ne soit pas adopté ou qu'il n'entre pas en vigueur avant que les divers intervenants visés par le programme puissent disposer du délai nécessaire afin de se préparer à sa mise en application et que les négociations entourant la tarification des services couverts soient finalisées.

Nous ne devons pas avoir la mémoire courte. L'instauration du premier programme public en 2010 a nécessité des mois de préparation et malgré cela, tout n'était pas prêt et a impliqué que la RAMQ procède au versement d'avances aux médecins concernés.

Quant à son abolition en 2015, celle-ci s'est fait la journée même de l'adoption du projet de loi et a engendré une confusion et de grandes difficultés autant pour les centres que pour les patients impliqués.

Il importe donc que les parties prenantes soient bien préparées et que tous les éléments soient finalisés avant de mettre en œuvre le nouveau programme public de procréation médicalement assistée.

2. Certains critères d'admissibilité semblent trop stricts

Nous comprenons qu'une Québécoise en couple avec un non-Québécois ne serait pas couverte par le programme alors que ce problème ne se présente pas pour une femme seule. Nous estimons que ce critère est trop restrictif et qu'il entrainera inévitablement

des impacts négatifs. Il nous semble que le service devrait être couvert dès qu'un des conjoints est une personne assurée?

Nous nous questionnons aussi sur le choix d'exclure de ce programme un couple dont un des conjoints aurait eu une stérilisation médicale alors que non seulement cela aurait pour effet de ne pas reconnaître la réalité des couples reconstitués, mais qu'en plus la couverture d'assurance maladie couvre les services de réanastomose tubaire et de la vasovasostomie.

De plus, nous comprenons qu'un seul projet de procréation assistée est possible, que ceci englobe autant l'insémination que la FIV et ce peu importe les résultats d'un projet antérieur avant le début du nouveau programme.

Or, en soi, la définition dans le projet de loi du « projet de procréation assistée » porte, selon nous, à confusion.

Ainsi:

- Une patiente ayant été traitée par insémination avec succès (un enfant), par exemple à la suite d'une 3^{e} insémination, aura-t-elle accès gratuitement pour un deuxième enfant à 3 autres inséminations et si échec, à une FIV?

- Une patiente ayant reçu initialement un service de FIV avec son conjoint, aura-t-elle accès par la suite aux 6 inséminations non utilisées, bien que la FIV ait pu mener à une naissance ou non?

- Une patiente ayant reçu 6 cycles d'inséminations avec un ex-conjoint, aurait-elle accès à une FIV avec un nouveau conjoint, et ce bien que le premier projet ait pu permettre à une naissance ou non ?

- Finalement, nous nous questionnons sur l'accessibilité des services de procréation pour les couples homme-homme et aimerions en savoir plus sur la position du gouvernement ?

3. Pourquoi étendre la couverture à tous les embryons congelés ?

D'un autre côté, nous comprenons qu'un couple ayant eu un enfant à la suite d'une FIV fructueuse pourrait, si de nombreux embryons sont congelés à la première tentative, être couvert pour les frais d'entreposage de ces embryons et ensuite pour de nouveaux transferts d'embryons leur permettant d'espérer un 2^{e}, 3^{e}, 4^{e}enfants, etc. N'y a-t-il pas là une iniquité par rapport aux situations mentionnées plus haut ou en comparaison avec les couples qui n'ont pas obtenu d'embryons surnuméraires congelés au premier essai? Et

un risque de pression auprès des médecins pour surstimuler les ovaires et exposer les femmes à plus de risques pour leur santé ? Ne serait-il pas plus équitable d'ajouter un critère de naissance dans l'équation? Une autre solution, peut-être plus facile et plus pratique à observer serait de limiter pour tous la couverture de la FIV jusqu'au premier transfert d'embryon congelé, inclusivement.

4. Y a-t-il lieu de réduire davantage le nombre d'inséminations couvertes ?

Le gouvernement mentionne s'être basé sur le rapport du Commissaire à la santé qui date de 2014. Or, le Commissaire considère que le taux de succès potentiel d'un traitement devrait être un critère d'accès et qu'aucune intervention ne devrait être entamée lorsque ce taux de succès se trouve sous un seuil minimal de 5 à 10%, afin d'éviter des interventions futiles et coûteuses. Or, après 4 cycles d'insémination, les probabilités de concevoir avec ce traitement sont de moins de 5%, autant chez les femmes infertiles (insémination avec sperme du conjoint) que présumément fertiles (insémination avec sperme de donneur). Persister avec plus d'inséminations, même dans le cadre d'une stimulation ovarienne avec gonadotrophines, n'augmente plus les probabilités de concevoir, mais de surcroît, comporte des risques accrus de grossesse multiple.

Nous sommes donc d'avis que le gouvernement devrait limiter la couverture des inséminations à quatre cycles.

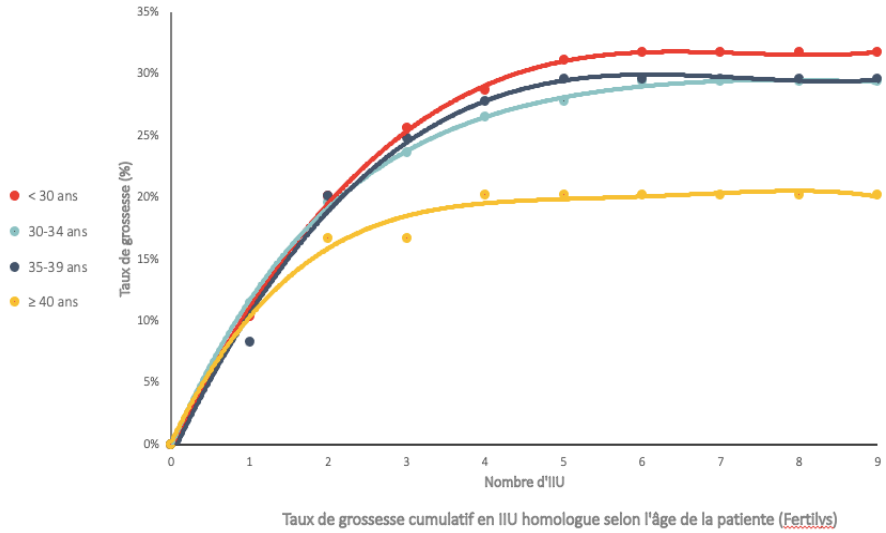

Figure 1. Taux cumulatif de grossesse en IIU homologue (FERTILYS)

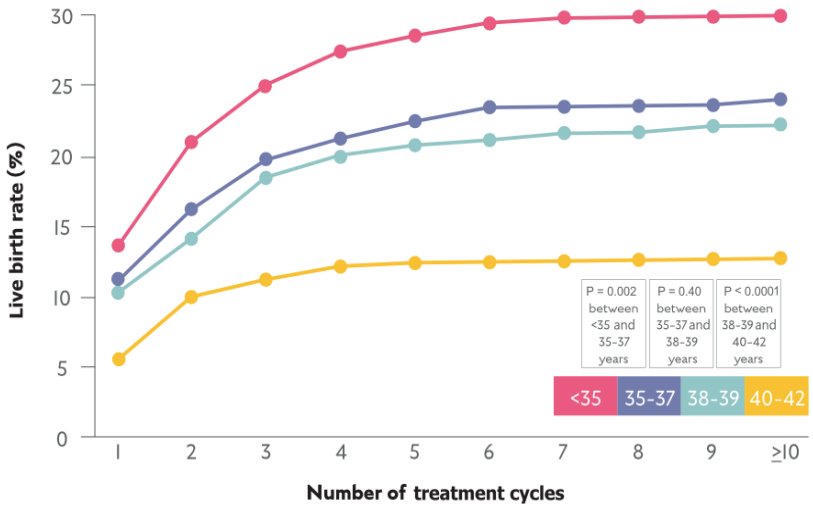

FIGURE 2 Crude cumulative live birth rates according to age (P = 0.002 between <35 and 35–37 years, P = 0.40 between the 35–37 and 38–39 years, and P < 0.0001 between 38–39 and 40–42 year groups, with chi-squared test).

Figure 2. Taux cumulatif de naissance en IIU hétérologue. Linara-Demakakou E et al. RBMO, nov 2020

5. Bonifier le crédit d'impôt pour traitement de l'infertilité

Nous souhaitons inviter le ministre délégué à intervenir auprès de son collègue des finances afin qu'il fasse évoluer le crédit d'impôt remboursable pour le rendre plus équitable.

Lors de son instauration en 2000, un principe de base avait été établi par feu le ministre des Finances de l'époque, Bernard Landry, soit que les critères d'admissibilité pour un crédit d'impôt couvrant les frais relatifs à des traitements de fertilité soient comparables à ceux de l'adoption. Il s'agissait ici d'une question d'équité, permettant de laisser place à un libre choix.

Ce principe d'équité a été transgressé en 2015 par le gouvernement précédent qui en a modifié substantiellement les critères d'admissibilité. Nous croyons important de rétablir ce principe d'équité et de libre choix, en ramenant le crédit d'impôt annuel pour tous les traitements en fertilité, tel qu'il l'était avant 2015, soit :

a. Que le crédit d'impôt remboursable équivaille à 50% du total des frais encourus;
b. Que le maximum des frais admissibles annuellement soit de 20 000$, pour un crédit d'impôt maximal de 10 000$;

c. Qu'il soit applicable annuellement, indépendamment des tentatives antérieures de FIV ou d'IIU;
d. Qu'il soit étendu à tout traitement médical en fertilité et ne se limite plus uniquement à la fécondation in vitro;
e. Que les critères discriminatoires actuels soient entièrement abolis tels que l'âge de la femme, le fait que l'individu ou son conjoint ait eu un enfant ou non avant le début de traitement ou une stérilisation chirurgicale, qu'elle soit volontaire ou non.

Nous allons maintenant aborder une deuxième série d'objectifs poursuivis par le projet de loi.

II. Favoriser la qualité, la sécurité et l'éthique des soins de procréation assistée

À cet égard, on ne peut être que favorable à de tels objectifs et aux mesures qui visent à les atteindre. Ainsi on peut saluer les éléments suivants du projet de loi qui militent en ce sens:

- Un rôle accru pour le Collège des médecins du Québec;
- L'institution d'un comité central d'éthique clinique pour conseiller les professionnels concernés;
- Des permis plus précis par catégories de services et qui englobent l'insémination artificielle ;
- etc.

Toutefois, il nous importe de rappeler d'abord un constat important et d'émettre ensuite certains commentaires pour votre réflexion:

Quant au constat, il importe d'insister auprès des membres de la Commission **sur la grande qualité des services de procréation assistée** dispensés présentement au Québec. Ainsi, aussi récemment qu'en juin 2020, le Collège des médecins du Québec diffusait son rapport global sur les soins de procréation médicalement assistée au Québec. Le Collège faisait alors état:

- D'un bilan rassurant de la pratique de la médecine reproductive au Québec et qui répond aux recommandations;
- Que l'analyse de divers indicateurs démontre que la situation au Québec est soit comparable ou meilleure que dans le reste du Canada:
    - Un taux de grossesses multiples faibles grâce au transfert en général d'un seul embryon;
    - Des complications peu fréquentes;

- Un transfert de deux embryons, moins répandu que dans le reste du Canada;
- Un taux de grossesses gémellaires après FIV moins élevé au Québec.

La qualité des soins en procréation assistée au Québec est donc reconnue.

Fort de ces constats, nous souhaitons émettre les commentaires suivants à l'égard des objectifs de qualité, sécurité et d'éthique recherchés par le projet de loi.

1. **Nous insistons à nouveau de ne pas précipiter la mise en application du programme, ce qui serait contraire à ces objectifs.**

2. **L'opportunité de mettre en place une table de concertation entre le MSSS et tous les directeurs des centres de procréation assistée**

La réussite du programme public requiert l'apport essentiel et la collaboration des programmes de FIV hors hospitaliers, dits « privés », où il est estimé, par le gouvernement lui-même, que plus de 65 à 70% des FIV y seront réalisés.

Jusqu'à maintenant, les dirigeants de centres privés n'ont malheureusement pas été conviés à participer au comité d'experts par le MSSS, ce qui est regrettable.

Bien que l'instauration du comité central d'éthique soit des plus utiles, nous croyons que la mise en place d'une table de concertation regroupant tous les acteurs concernés est un autre outil permettant de favoriser l'organisation du programme public et la prestation des soins en procréation assistée. Cette table assurerait une consultation régulière élargie et la mise à profit de l'expertise de tous.

3. **La nécessité de fournir une main-d'œuvre qualifiée également aux centres privés**

La qualité et la sécurité continue des soins impliquent également de toujours pouvoir compter sur une main-d'œuvre qualifiée. Il est ainsi indispensable de faciliter et permettre le recrutement de médecins étrangers dans les CPA privés. Actuellement, les CPA publics bénéficient d'une entente France-Québec leur permettant de recruter, former et travailler avec des médecins d'outre-Atlantique, où se retrouve une main-d'œuvre particulièrement qualifiée. L'établissement d'un programme public de FIV apportera à des centres comme Fertilys, une augmentation importante de demandes de services qui ne pourront être pleinement satisfaites si nous ne pouvons accéder à une main-d'œuvre médicale suffisante. Nous sollicitons donc ici l'intervention du ministère et demandons que par équité les centres privés tels que Fertilys puissent eux aussi bénéficier de ces mêmes privilèges.

Cela implique également de mettre sur pied, de concert avec les universités, un programme de maîtrise en embryologie clinique ainsi qu'une formation de technologues en échographie dans le domaine de l'aide médicale à la procréation.

4. L'octroi de permis par catégorie ne doit pas créer de monopoles et il faut revoir les activités qui peuvent être exercées ailleurs qu'en CPA

Pour les catégories de permis, il nous faut insister sur la nécessité d'éviter que cela serve à attribuer des monopoles pour certaines activités, comme celui du diagnostic préimplantatoire (DPI incluant PGT-M (test génétique préimplantatoire pour mutation ponctuelle) et PGT-SR (test génétique préimplantatoire pour réarrangement chromosomique structural). Le DPI ne devrait pas être limité au Centre hospitalier Saint-Justine alors qu'au moins deux autres centres devraient se voir obtenir une autorisation puisqu'ils en possèdent l'expertise, et les équipements, soit le CHUS (Sherbrooke) et le CHUQ (Québec).

En ce qui concerne plus spécifiquement le dépistage préimplantatoire (PGT-A: test génétique préimplantatoire pour aneuploïdie), bien que les indications soient présentement limitées et que cet acte n'ait pas pour l'instant de véritable indication d'être couvert, au même titre que la biopsie embryonnaire requise à cette fin, nous pensons que le ministère devrait autoriser les trois centres hospitaliers mentionnés précédemment à offrir cette analyse génétique, aux frais des patients qui le souhaitent, dans un contexte privé. La majorité des CPA actuels offrant la FIV sont qualifiés pour réaliser les biopsies embryonnaires à des fins de PGT. Il serait aberrant qu'ils continuent à utiliser des laboratoires américains d'analyses génétiques alors que cette expertise peut facilement être maîtrisée dans nos services québécois de génétique. Pourquoi financer des laboratoires américains alors que nous avons au Québec toute l'expertise et les équipements disponibles pour bien réaliser le PGT?

Quant aux activités qui peuvent être exercées sans permis, ailleurs que dans un CPA, bien que nous soyons en accord avec le fait d'exiger un permis pour le traitement du sperme, sa congélation et son entreposage, ainsi que l'insémination artificielle, nous sommes d'avis que l'exigence d'un permis pour les folliculogrammes pourrait décourager plusieurs médecins en région d'offrir de tels services de base et rendrait ainsi plus complexe la collaboration des CPA tertiaires avec les centres en région.

5. Mettre à profit l'expertise du Laboratoire de santé publique du Québec

Bien que la contribution additionnelle du Collège des médecins du Québec soit de mise pour la pratique médicale en procréation assistée, il est de notre opinion que, pour les aspects touchant aux laboratoires, le pouvoir d'inspecter et d'attribuer des permis d'exploitation aux laboratoires de biologie de la reproduction devrait incomber au Laboratoire de Santé publique du Québec (LSPQ). Cette entité joue déjà ce rôle

d'inspection et d'attribution de permis pour les laboratoires privés de biologie médicale et possède donc toute l'expertise requise.

6. Les certificats de conduite professionnelle

Nous prenons acte du souhait d'obtenir la délivrance de certificat de conduite professionnelle, mais nous nous questionnons sur l'imposition de cette exigence de façon spécifique à tous les médecins impliqués en procréation assistée. Si cette exigence est maintenue, elle devrait à tout le moins être limitée aux médecins exerçant en CPA et au directeur médical, mais elle nous apparaît exagérée au niveau des membres du Conseil d'administration.

7. Ententes de corridor de service

Présentement, un CPA privé doit réussir à convaincre un établissement public de signer et de maintenir une entente de corridor de services s'il souhaite obtenir et maintenir un permis d'exploitation. Si l'objectif réel du ministère est de faciliter la collaboration entre institutions, telle que le transfert sécuritaire de patients dans des situations d'urgence, aucun établissement public ne devrait refuser de signer et maintenir une telle entente avec un CPA de proximité. Le ministre devrait modifier le règlement à cette fin. Cette collaboration devrait également s'étendre à l'accès pour les centres de PMA aux laboratoires diagnostiques d'établissements publics afin de pouvoir y acheminer leurs prélèvements sanguins sans frais ainsi qu'à l'accès aux établissements publics pour le traitement sans frais de ses déchets biomédicaux.

8. Les exigences de production et le partage de certains renseignements

Tout en reconnaissant le bienfondé de la production de divers renseignements par les CPA, nous nous questionnons sur le pouvoir du ministre de requérir des informations auprès de certains centres seulement et du fait que des renseignements confidentiels concernant les patients puissent être partagés avec des organismes avec lesquels le MSSS a conclu des ententes de services. De quoi s'agit-il exactement et est-ce que la Commission d'accès à l'information s'est prononcée à cet égard?

Nous allons maintenant aborder le troisième objectif recherché et non le moindre.

III. Planifier l'offre de services et les coûts

Il s'agit là d'un objectif non seulement légitime, mais capital à certains égards et nos interrogations se transforment ici en certaines inquiétudes.

Il est d'abord utile de rappeler la *Politique gouvernementale sur l'allégement réglementaire et administratif* qui prévaut depuis quelques années et qui vise à mieux réglementer et à contrer le fardeau réglementaire et administratif imposé aux entreprises

de façon à maintenir un environnement d'affaires favorable à leur développement. Dans le contexte de cette politique, le MSSS a d'ailleurs produit un avis d'impact réglementaire (AIR) concernant le projet de loi 73.

Or, diverses dispositions du projet de loi ont selon nous pour effets d'alourdir le fardeau et les coûts en CPA. L'AIR produit par le MSSS ne mesure malheureusement pas l'impact de ces dispositions de façon adéquate alors qu'elles entraveront inévitablement l'activité économique des CPA.

D'abord sur la notion de planification: il est important d'insister que planifier ne doit pas vouloir dire contrôler, restreindre ou étouffer. Ainsi :

1. Ne pas restreindre le marché

Nous sommes inquiets de la discrétion conférée au ministre de donner des permis en fonction des besoins d'une région. Bien qu'il soit souhaitable de favoriser une répartition des services dans les régions, cette discrétion ne doit pas avoir pour effet de restreindre l'octroi de permis dans une région donnée et empêcher une concurrence saine.

2. Appuyer les CPA dans la collecte de renseignements

Il est légitime de vouloir améliorer la collecte de renseignements sur les activités de PMA, mais il ne faut pas imposer de fardeau démesuré aux CPA et il est du devoir du ministère de leur donner les outils pour s'en acquitter. La collecte de divers renseignements est souvent tributaire de la collaboration des patients et on ne peut ainsi exiger une obligation de résultat des CPA. L'AIR du MSSS anticipe des coûts découlant de ces exigences, qu'il sous-estime par ailleurs de façon importante. Il faut pouvoir mieux supporter les CPA.

3. Éviter un processus trop lourd et coûteux de vérification de l'admissibilité

Le projet de loi prévoit un processus de vérification de l'admissibilité qui apparaît lourd et coûteux. Nous comprenons la nécessité d'une certaine vérification de l'admissibilité des couples impliqués, mais nous craignons que ce processus puisse affecter la prestation de certains soins. Il importe de rendre ce processus souple et rapide afin de ne pas imposer un fardeau important et empêcher le corps médical de pouvoir prendre des décisions rapides de soins.

4. Le gouvernement entend-il limiter les services?

Nous nous inquiétons du fait de retrouver dans l'AIR une référence à la mise en place de plafonds et à une distribution de services entre les CPA. Comment de tels plafonds et distributions seraient déterminés? Il faudrait ainsi comprendre que les services en surplus d'un CPA deviendraient alors non assurés.

Ensuite quant à la question des coûts: le gouvernement se doit de nous donner les moyens financiers d'offrir des soins de qualité à la population.

Or selon nous l'AIR du MSSS sous-estime ces coûts, surestime la hausse du volume d'activités dans les CPA privés, surestime les revenus additionnels qui seraient générés et engendre une confusion entre revenus et bénéfices. On suppose ainsi que le rétablissement du programme public représente une opportunité d'affaires incroyable pour les centres privés, ce qui n'est pas le cas. Nous sommes disposés à nous rendre disponibles afin de mieux informer le gouvernement quant à ces projections. Sinon il y a à craindre que le gouvernement sous-finance le programme au détriment de la qualité des soins, et donc des patients. Nous demandons que le financement du programme soit approprié en suivant les principes suivants:

5. **Il est capital d'assurer un financement adéquat des services assurés et plus particulièrement de la composante technique des CPA dits « privés ».**

À cet égard, l'AIR fait référence à une évaluation surprenante des coûts moyens d'une FIV de 6000 $ alors que ceux-ci se rapprochent plutôt de 8500$. Il est important d'ailleurs de noter ici que Fertilys propose à ses patients les cycles de FIV les moins coûteux au Québec considérant qu'un cycle stimulé avec ICSI et transfert d'embryon frais est facturé 8150$, soit moins que les frais facturés par les centres publics, tel qu'il appert du tableau suivant.

Centres		Fertilys[1]	McGill[2]	Sainte Justine[3]
Détail des différentes étapes d'un cycle de FIV	FIV (cycle stimulé: coût de base)	5 750 $	5 500 $	5 950 $
	Monitorage FIV	inclus	1 250 $	inclus
	Selection de spermatozoïdes (Zymot[1]/Annexine[2])	300 $	700 $	technique usuelle
	Éclosion assistée	incluse	500 $	incluse
	ICSI	1 500 $	1 500 $	1 500 $
	Timelapse[1]/Embryoscope[2]	inclus	500 $	non disponible
	Éclosion assistée	incluse	500 $	incluse
	Transfert d'embryon frais	inclus	inclus	inclus
	Congélation d'embryons	600 $	1 000 $	1 000 $
Coût total d'une FIV	sans le transfert d'embryons congelés	**8 150 $**	**11 450 $**	**8 450 $**

Nous serions étonnés que les CPA publics abusent financièrement et fassent des profits sur le dos des patients. Le coût qu'ils facturent actuellement aux patients pour une FIV doit donc nécessairement se rapprocher de la réalité.

Il faut donc éviter une approche dite de deux poids, deux mesures où l'on favorise les dépenses dans les installations d'établissements publics, au détriment des CPA privés et de la qualité des soins.

L'AIR du MSSS fait état que le programme public de FIV du CHUM a requis un investissement de fonds public de 16 millions $ en 2011, pour être finalement fermé en 2015. Aussi le programme de FIV du Centre hospitalier universitaire Ste-Justine a profité en 2013 d'un investissement en fonds publics de 7.7 millions $ pour être créé. Ce centre réalise pourtant beaucoup moins de cycles de FIV qu'un CPA privé comme Fertilys qui a requis quant à lui, un investissement privé de 2.5 millions $, sans aide gouvernementale. De plus, contrairement aux centres publics, les fondateurs ont pris des risques personnels et ont donc été imputables financièrement de la réussite ou de l'échec du projet. Avec un meilleur contrôle des coûts, un centre comme Fertilys est un bon investissement pour la société et le sera pour le programme public pourvu que le MSSS en prenne bien soin et le finance adéquatement.

Il est aussi utile de mentionner qu'en Ontario, un cycle de FIV serait, selon nos informations, défrayé par l'État au montant de 8610$, incluant le suivi de la stimulation ovarienne, la ponction, la micro-injection de spermatozoïdes, l'éclosion assistée et le transfert d'embryon frais. Cela n'inclurait pas les médicaments, la congélation et l'entreposage des embryons qui sont aux frais de la patiente.

Quant à un cycle d'insémination, selon les informations que nous avons recueillies, il serait défrayé en Ontario au montant de 725 $ (400$, lorsque le cycle est annulé avant l'insémination). De plus, la préparation du sperme (lavage) serait aux frais des patients, en général 500$ pour un montant total de 1225$ pour un cycle d'insémination. Au Québec, le montant du suivi d'une stimulation ovarienne pour une insémination en cabinet privé est de 232,20$ (par agents oraux) et de 327,20$ (par gonatrophines). Pour la préparation du sperme, il est de 343,05$. Soit un montant total de 575,25$ à 670,25$ selon le type de stimulation ovarienne utilisé. Comparativement à l'Ontario, cet acte est donc sous-payé. Or, selon nos propres calculs, cet acte est réalisé à perte dans nos installations.

Nous demandons donc au ministre, dans le cadre d'un programme public de FIV, de nous donner les moyens financiers d'offrir des soins de qualité à sa population. Depuis la fondation de Fertilys, bien que j'en sois l'actionnaire majoritaire et malgré la gestion d'une trentaine d'employés, je ne me suis jamais payé personnellement de salaire administratif ni versé de dividende. Les bénéfices ont servi à rembourser nos dettes, à améliorer les conditions de nos employés, à rehausser les équipements, à embellir notre centre pour nos patients, à leur assurer le meilleur service possible et à traverser les

moments difficiles, comme l'abolition du programme public en 2015 et plus récemment la pandémie. En raison des postes de dépenses plus nombreux en CPA privés, dont ceux reliés au loyer (des centaines de milliers $ annuellement pour Fertilys) et que les CPA publics ne semblent pas avoir à assumer, il est impératif que le financement octroyé soit supérieur aux montants présentement facturés par les CPA publics.

6. **Il importe d'abolir le plafonnement des revenus des médecins exerçant en CPA**

Peu de gens le savent, mais les médecins qui pratiquent en CPA privés sont soumis à un plafonnement de revenus alors que cela n'est pas le cas pour les médecins exerçant dans un CPA situé dans un établissement public. Cette situation crée par le fait même une distorsion de concurrence inéquitable entre les centres publics et privés ainsi qu'un préjudice aux patients des centres privés qui voient les services limités dans leur centre de soin. La mise en œuvre de la couverture publique de la FIV accélérera d'autant plus l'atteinte du plafonnement et limitera donc drastiquement la capacité des centres à satisfaire les demandes de service. Il importe d'abolir ce plafond en CPA.

7. **Il importe de bien définir les services assurés afin d'assurer que la notion de frais accessoires ne vienne pas entraver l'accessibilité à certains services**

Il est capital que cela soit discuté en table de concertation avec les CPA afin que certains services ne soient pas perçus par la RAMQ comme des frais accessoires, sinon cela limitera l'accès à des soins de qualité et à des innovations technologiques.

À titre d'exemple, les chambres microfluidiques, l'immunomodulation éventuelle de l'endomètre même en absence d'échec répété d'implantation, la biopsie embryonnaire, le dépistage préimplantatoire, etc.

8. **Il importe de prévoir le versement de compensations pour couvrir les frais encourus par les CPA afin de se conformer à certaines exigences du programme et à la lourdeur réglementaire et administrative imposée.**

On peut ainsi notamment prévoir une compensation pour les démarches en vue de vérifier l'admissibilité aux services de procréation assistée et la fourniture d'outils pour la collecte de renseignements.

9. **Finalement, nous ne répéterons jamais suffisamment la nécessité de ne pas précipiter la mise en application du programme avant que tous les éléments requis à sa mise en place aient été finalisés.**

Commentaires spécifiques

Sous cette section, nous désirons attirer l'attention du législateur sur des corrections devant selon nous être apportées à certains articles du projet de loi afin de bien refléter la pratique en procréation assistée.

1. Article 1 du projet de loi

«**8.1.** Un comité central d'éthique clinique est institué par le ministre ou désigné par lui parmi les comités d'éthique clinique existants. Ce comité a pour fonction de conseiller tout professionnel qui le consulte sur des questions d'ordre éthique liées aux activités cliniques en matière de procréation assistée. La composition et les conditions de fonctionnement de ce comité sont établies par le ministre et sont publiées à la Gazette officielle du Québec. »

Nous recommandons que ce dernier soit également celui qui s'occupe gratuitement de l'approbation de projets de recherche clinique, les centres de procréation privés n'ayant pas accès facilement à cette expertise dans le modèle actuel. Nous croyons fermement que l'État doit promouvoir l'innovation technologique au Québec. Avoir de tels services offerts aux CPA privés ne peut qu'être bénéfique pour toute la société.

2. Article 5 du projet de loi

14.1 Tout service d'enseignement ou de formation clinique en matière de procréation assistée doit être offert dans une installation maintenue par un centre exploité par un établissement visé à l'article 3 ou ayant conclu une entente de services à cet égard avec un établissement visé à cet article.

Nous comprenons que cet amendement cautionne ou permet dorénavant que des centres privés d'AMP jouent un rôle accru dans l'enseignement. Le ministère devrait encourager de telles collaborations entre les universités et les CPA privés.

3. Article 33 du projet de loi

34.3. Aux fins de la présente section, on entend par:

« cycle ovulatoire naturel modifié » : un cycle lors duquel il y a stimulation ovarienne visant l'obtention d'un ou de plusieurs ovules;

Or selon nous les mots « de plusieurs » ne sont pas justifiés et devraient être remplacés par « quelques ».

34.7. Les services de procréation assistée requis à des fins d'insémination artificielle qui sont considérés comme des services assurés sont les suivants:

a) selon l'indication médicale, un maximum de six inséminations artificielles, chacune comprenant la visite, le lavage spermatique, les actes techniques et les services requis à des fins de prélèvement de sperme au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épididymaire et l'extraction chirurgicale ou microchirurgicale de sperme testiculaire;
b) selon l'indication médicale, un maximum de six cycles ovulatoires stimulés ou naturels modifiés au total, que les agents utilisés soient oraux ou injectables;
c) un maximum de six paillettes de sperme provenant soit du conjoint, soit d'un donneur.

Les actes aux fins de prélèvement de sperme au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épididymaire et l'extraction chirurgicale ou microchirurgicale de sperme testiculaire ne concernent aucunement les inséminations; ils se limitent à la FIV. De même pour le cycle naturel modifié qui concerne uniquement la FIV : enlever « modifiés »

En assumant les coûts pour les échantillons de sperme de donneurs, le MSSS va -t-il ainsi encourager les banques de sperme américaines sans faire l'effort de constituer une banque québécoise. À notre avis, Héma-Québec serait le meilleur véhicule pour constituer une banque québécoise de sperme à but non lucratif et assurer ainsi un contrôle québécois.

4. Article 35 du projet de loi

35. Un centre de procréation assistée peut donner ou éliminer les gamètes ou les embryons qu'il conserve pour une personne et, le cas échéant, son conjoint lorsque, le (indiquer ici la date de l'entrée en vigueur de l'article 29 de la présente loi) ou après cette date, il s'est écoulé plus de cinq ans depuis le dernier contact par lequel ces personnes lui ont communiqué leur volonté relativement à la disposition de ces gamètes ou de ces embryons. Ce don ou cette élimination doit être effectué d'une manière acceptable sur le plan éthique qui est reconnue par le ministre.

Le but de cette disposition transitoire est de permettre à une CPA de donner ou d'éliminer les gamètes ou les embryons conservés pour des personnes avec lesquelles ils n'ont plus de contact. Toutefois, la rédaction suppose d'en disposer selon leurs volontés alors que celles-ci, bien que désormais obligatoire pour l'avenir, n'ont pas nécessairement été données par le passé. Il importerait donc de modifier cet article en corrigeant comme suit la fin de la première phrase « , il s'est écoulé plus de cinq ans depuis le dernier contact par lequel ces personnes lui ont communiqué leur volonté relativement à la disposition de ces gamètes ou de ces embryons ou lorsque ces volontés n'ont jamais été exprimées au cours des cinq années depuis le dernier contact. »

Un dernier mot sur les coûts de certains médicaments

Réduire le coût du programme sans affecter la qualité des soins, c'est aussi de négocier plus fermement avec l'industrie pharmaceutique. À titre d'exemple, pour les

gonadotrophines couramment utilisées en IIU et en FIV, une ampoule de 75 U/L de FSH +/- LH (ou d'hMG) est, selon nos sources, d'environ 17$ dans les Pays-Bas. Au Québec, elle est de 55 à 70.88$. Il n'est pas exceptionnel que 40 à 60 ampoules soient parfois requises pour un seul cycle de FIV.

Conclusion

En terminant, nous aimerions remercier sincèrement tous les membres de la Commission pour votre écoute.

Nous exprimons le souhait que le nouveau programme public de procréation du gouvernement actuel soit un succès réel pour tous les Québécois qui espèrent fonder une famille et faire grandir le Québec.

Ce fut l'unique but de notre intervention d'aujourd'hui.

Nous espérons sincèrement que nos commentaires serviront au gouvernement à parfaire sa réflexion sur son nouveau programme de procréation et qu'ils l'encourageront à favoriser une pleine collaboration avec les CPA privés et les acteurs qui les composent, le tout au bénéfice de la population québécoise.

Merci enfin à ma société québécoise de m'avoir permis de devenir médecin. J'ai cette chance de pratiquer dans un milieu rempli d'émotions, parfois de grandes peines, parfois de grands bonheurs, et qui depuis près de 40 ans continue de m'émerveiller chaque jour par la beauté et le mystère de la vie à ses débuts.

Merci au gouvernement actuel de reconnaître, par son projet de loi, un peu plus les couples qui souhaitent fonder une famille, qui souhaitent prendre bien soin de leurs enfants et participer ainsi à la construction d'un Québec meilleur.

Être un parent est un don exceptionnel qu'on fait envers notre société. Malgré tout ce que cela exige, il comble de bonheur nos vies et celles d'autrui. Qui d'ailleurs n'est pas fier d'avoir des enfants, de les voir grandir et redonner un jour à leur société tout l'amour qu'ils ont reçu.