

Réflexions sur le projet de loi n°73 :

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux
le 9 décembre 2020

Par

la Dre Patricia Monnier
Professeur titulaire du CHU de Nancy – France
Professeur Agrégée Université McGill, Montréal - Canada

Plan

Mon parcours

Mes réflexions

Mon parcours :

Je me permets de me présenter brièvement :

Je m'appelle Patricia Monnier et je suis binationale ; française et canadienne.

Après des études de médecine en France avec une spécialisation en gynécologie-obstétrique et une surspécialisation en médecine de la reproduction (infertilité), j'ai été nommée Professeur titulaire en 1998. J'ai dirigé une unité de médecine de la reproduction à partir de 1998 et suis arrivée au Québec en 2006. Immergée dans une unité de recherche en périnatalogie (URCEP) dirigée par le Dr William Fraser, j'ai recherché le contact avec les patients qui me manquait et j'ai ainsi intégré l'équipe de la reproduction du CUSM en 2010, cadre dans lequel je pratique depuis cette date.

Mes réflexions;

Mes réflexions sont guidées par un souci d'efficacité et d'équité et vont soulever, probablement, plus de questions qu'elles ne vont apporter de réponse. En effet, en tant qu'homme ou femme politique vous avez, à mon sens, à définir la société dans laquelle nous allons nous développer et grandir.

1. A propos des agents de stimulation de l'ovulation le législateur a écrit; *La prescription d'agents oraux pour la stimulation ovarienne dans le cadre des traitements de base de l'infertilité est la seule activité clinique de procréation assistée au sens de l'article 2 de la Loi qui peut être exercée ailleurs que dans un centre de procréation assistée.*

Réflexion : il s'agit du traitement de première ligne de l'infertilité. Il est tellement aisé de prescrire des pilules sans aucun monitoring (échographie pelvienne) et donc gare au risque de grossesse multiples dont chacun sait qu'elles sont plus à risque pour la santé des mamans et des bébés. Le registre prend tout son sens et il faut, à mon avis, qu'il englobe **toutes les activités de procréation médicale assistée (PMA)**. Dans ma pratique j'ai vu des patientes qui prenaient de telles pilules au long cours (chaque mois et pendant plusieurs mois) pour avoir leur menstruation régulièrement alors que ce n'est pas le but ultime de ces traitements mais bien une stimulation de l'ovulation.

- Proposition, imposer un monitoring de l'ovulation pour toute prescription de stimulants de l'ovulation que ce soit en dehors ou dans des centres spécialisés, même si cela n'est pas parfait. En effet, ce n'est pas une simple échographie qui va éviter le risque de grossesses multiples mais elle pourra en principe, éviter une grossesse de haut rang, donc de 3 ou plus. Il faut se rappeler que nous ne pouvons pas voir les œufs, ou les ovocytes ou les ovules à l'échographie pelvienne mais uniquement le follicule, donc le milieu liquidien dans lequel, le gamète féminin mature est sensé se développer. Alors pour deux grandes raisons, on a tout de même un risque d'avoir des faux jumeaux (donc implantation de 2 œufs fécondés) : (1) on ne fait pas d'échographie en 3 dimensions et un follicule que l'on n'a pas vu peut être présent tout de même et (2) un follicule qui est sensé contenir un ovocyte mature, donc fécondable, est aux environs de 14 mm mais avec une précision

de + ou – 1 mm a chaque mesure. Finalement en stimulation de l'ovulation on traite des images.

2. A propos des conditions d'accès à la PMA, le législateur a écrit; *Les services de procréation assistée requis à des fins d'insémination artificielle et de FIV sont considérés comme des services assurés pour la personne seule ou les conjoints parties au projet de procréation assistée si :*
 - *la personne seule ou l'un ou l'autre des conjoints n'a pas fait l'objet d'une stérilisation chirurgicale volontaire ou d'une réanastomose des trompes ou des canaux déférents, selon le cas, au sens des paragraphes b et c de l'article 34.2*

Réflexion : J'ai bien peur que cela ait pour effet de diminuer les stérilisations volontaires des hommes, ce qui est regrettable car l'intervention pour une stérilisation volontaire d'un homme est une intervention qui peut se dérouler sous anesthésie locale donc moins à risque qu'une stérilisation d'une femme qui doit se dérouler sous anesthésie générale. Voilà un domaine, la contraception, où les hommes prennent leur place petit à petit, sans dépendre de la volonté de leur conjointe, et on leur met ce dictat sous le nez.

- Proposition. Retirer la stérilisation chirurgicale volontaire des hommes comme condition de non accès à la PMA.
3. Toujours a propos des conditions d'accès à la PMA; *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 :*

Réflexion : Quant est-il du don des ovules ? En effet, médicalement il est reconnu qu'un don des ovules est efficace s'il provient d'une femme plus jeune que la receveuse. Et ce jusque l'âge de la ménopause physiologique (50 à 52 ans dans nos pays développés). Aux détracteurs des grossesses tardives, je répondrai que ces patientes font l'objet d'une surveillance attentive et doivent avoir un bilan avant conception qui est normal (fonction rénale, dépistage de diabète, mammographie et électrocardiogramme en particulier), ce qu'on ne contrôle pas en cas de conception naturelle.

Et quant est-il de l'âge limite des hommes ? En effet, selon la littérature l'APA (âge paternel avancé) est responsable d'une moindre efficacité en PMA, de majorer le risque de fausse couche spontanée, de majorer le risque d'infertilité, de majorer le risque génétique (mutation de novo en particulier) et de majorer les troubles de développement de l'enfant à naître (majoration en particulier du risque d'autisme, de schizophrénie et d'instabilité motrice (TDAH)).

Le problème devient quel âge limite pour l'homme ? Si on en croit la littérature entre 35 et 40 ans, a lieu le début de la moindre efficacité de la PMA. Je n'ai pas la réponse à cette délicate question. Mais les enjeux sont médicaux (comme vus plus haut), sociétaux (quelle société voulons-nous bâtir pour l'avenir ?), éthiques (le parent doit amener l'enfant jusqu'à son indépendance, est-il éthique de proposer une FIV + ICSI à

une femme jeune qui a un conjoint âgé ?) et aussi culturels (répudiation de la femme non enceinte, exemple de la Bible (Jacob, Mathusalem) et plus près de nous des stars (Charlie Chaplin par exemple). Nous avons débattu longtemps de cette difficulté dans l'équipe et nous avons conclu la chose suivante : tout homme âgé de 50 ans ou plus doit avoir une consultation avec la psychologue de l'équipe et elle fera particulièrement attention lorsque la somme de l'âge des 2 membres du couple est de 100 ans ou plus.

- Proposition : Revoir l'âge supérieur limite des femmes et introduire un âge supérieur limite pour les hommes ce qui aura un triple avantage à mes yeux :
 1. un souci d'égalité pour les 2 sexes, étayé par la littérature.
 2. un rajeunissement automatique des couples à traiter car dans nos sociétés un homme âgé est en général, ce n'est pas la règle, avec une femme âgée au sens de la reproduction.
 3. une réflexion des couples susceptibles de nous consulter. En effet s'il est passé dans les mœurs qu'il y a une horloge biologique pour la femme, il n'en n'est pas de même pour l'homme.
- 4. A propos des inséminations artificielles, le législateur a écrit :

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 un maximum de six paillettes de sperme provenant soit du conjoint, soit d'un donneur.

Réflexion : 1^{ère} réflexion - il convient de dissocier les paillettes de sperme de conjoint (IAC) et de donneur (IAD). D'après l'expérience des CECOS (centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains en France), le facteur majeur de l'obtention d'une grossesse est l'âge des femmes mais la diminution de la fertilité du sperme après congélation est essentiellement liée à la diminution quantitative du nombre de spermatozoïdes mobiles ([D Le Lannou](#). Insémination artificielle avec sperme congelé de donneur. Gyn Obstet Fertil 2004 ;32 :894-897). Les CECOS ont une grande expérience dans ce domaine car ils existent depuis plus de 50 ans et représentent l'infrastructure bioclinique unique dédiée à la réalisation des inséminations artificielles avec don de sperme en France.

2^{ème} réflexion - en cas de congélation de sperme du conjoint pour diverses raisons , plus d'une paillette de sperme congelé peut s'avérer nécessaire pour une même insémination.

- Proposition : dissocier IAC et IAD dans le texte de loi (par exemple, 6 IAC et 8 IAD) et parler de cycles de traitement et non de nombre de paillettes.
- 5. Toujours a propos de la couverture des cycles de traitement, le législateur a écrit; *Ces services sont considérés assurés pour un seul cycle de FIV, qui peut cependant comprendre deux cycles ovulatoires si aucun ovule n'est obtenu à l'issue du premier.*

Réflexion : Quant est-il de la FIV dite en cycle naturel avec ponction d'un ovule mais non obtention d'embryons ? Je reste à la disposition de la commission pour expliquer ce qu'est la FIV en cycle naturel et particulièrement son intérêt.

- Proposition : Ces services sont considérés assurés pour un seul cycle de FIV, qui peut cependant comprendre deux cycles ovulatoires si aucun **embryon ovule** n'est obtenu à l'issue du premier.

Voilà je vais terminer là ce mémoire en disant tout l'intérêt pour nos couples d'avoir une reconnaissance de leur difficulté à fonder une famille et je vais laisser la conclusion à l'OMS qui a défini ainsi la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.