



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-DEUXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de la santé et des services sociaux**

Le mardi 8 décembre 2020 — Vol. 45 N° 69

Consultations particulières sur le projet de loi n° 73 — Loi
modifiant diverses dispositions en matière de procréation
assistée (1)

**Président de l'Assemblée nationale :
M. François Paradis**

2020

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754
Télécopieur: 418 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission de la santé et des services sociaux

Le mardi 8 décembre 2020 — Vol. 45 N° 69

Table des matières

Remarques préliminaires	1
M. Lionel Carmant	1
Mme Marie Montpetit	2
Mme Christine Labrie	2
M. Joël Arseneau	3
Auditions	3
Coalition des familles LGBT+	3
Association des pédiatres du Québec (APQ)	10
Association Infertilité Québec (ACIQ)	18
Centre de la reproduction du CUSM	24
Centre de procréation assistée du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CPA du CHU Sainte-Justine)	31
Centre de procréation FertilyS	38
Clinique OVO inc.	47

Autres intervenants

M. Luc Provençal, président

Mme Marilyn Picard
Mme Nancy Guillemette
M. Enrico Ciccone
Mme Isabelle Lecours

- * Mme Mona Greenbaum, Coalition des familles LGBT+
- * Mme Annie Janvier, APQ
- * Mme Céline Braun, ACIQ
- * Mme Ewa Sidorowicz, Centre de la reproduction du CUSM
- * M. William Buckett, idem
- * M. Elias Dahdouh, CPA du CHU Sainte-Justine
- * M. Pascal Desrosiers, idem
- * M. Pierre Miron, Centre de procréation FertilyS
- * M. Sylvain Bellavance, idem
- * M. François Bissonnette, Clinique OVO inc.
- * Mme Coralie Beauchamp, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 8 décembre 2020 — Vol. 45 N° 69

Consultations particulières sur le projet de loi n° 73 — Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée (1)

(Dix heures trois minutes)

Le Président (M. Provençal) : À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte.

La commission est réunie afin de procéder aux consultations particulières et aux auditions publiques sur le projet de loi n° 73, Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire : Oui, M. le Président. Mme Sauvé (Fabre) est remplacée par Mme Maccarone (Westmount—Saint-Louis); M. Zanetti (Jean-Lesage) est remplacé par Mme Labrie (Sherbrooke).

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, Mme la secrétaire. Y a-t-il des droits de vote par procuration?

La Secrétaire : Oui, M. le Président. Mme Picard (Soulanges) dispose d'un droit de vote par procuration au nom de Mme Blais (Abitibi-Ouest) et Mme Montpetit (Maurice-Richard) dispose d'un droit de vote par procuration au nom de Mme Charbonneau (Mille-Îles).

Le Président (M. Provençal) : Ça va. Merci. Ce matin, nous débiterons par les remarques préliminaires puis nous entendrons par visioconférence les groupes suivants : la coalition des familles LGBTQ+ et l'Association des pédiatres du Québec.

Remarques préliminaires

J'invite maintenant M. le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux à faire ses remarques préliminaires. M. le ministre, vous disposez de six minutes. A vous la parole.

M. Lionel Carmant

M. Carmant : D'accord. Merci beaucoup, M. le Président. Je suis très heureux d'être ici aujourd'hui pour... Bien, d'abord, excusez-moi, d'entrée de jeu, bonjour à mes collègues qui travaillent avec moi, avec nous. Bonjour aux oppositions, également, qui sont là ce matin. Bonjour à mon équipe, également, bonjour à l'équipe du ministère et à tous ceux... tous les employés de l'Assemblée nationale qui sont ici ce matin.

J'étais parti un peu trop rapidement, là, dans mon bonheur d'être ici aujourd'hui pour participer aux consultations particulières concernant le projet de loi n° 73 portant sur la procréation médicale assistée. Comme vous le savez, ce projet de loi visant à rétablir le financement public du programme est une promesse-phare de notre gouvernement, à laquelle nous nous étions engagés durant la dernière campagne électorale. Les équipes du ministère ont travaillé très fort depuis plusieurs mois afin d'en arriver à une version améliorée et balisée pour la procréation médicale assistée, et je les en remercie sincèrement.

Comme vous le savez, en 2015, le programme a été abandonné, étant jugé trop dispendieux, privant ainsi des milliers de familles qui souhaitent avoir des enfants d'avoir accès à un programme public. Cette situation sera désormais chose du passé lorsque le projet sera adopté. J'invite d'ailleurs mes collègues des oppositions à collaborer afin que le programme puisse être en application rapidement pour le bonheur des familles québécoises.

De plus, afin de s'assurer de proposer un programme de procréation médicale assistée pérenne, sécuritaire, d'éviter les dépassements de coûts et les dérives éthiques, notre gouvernement a créé un comité d'experts en vue de guider et de conseiller les équipes responsables du déploiement du nouveau programme. Les mesures proposées dans le projet de loi déposé sont issues en partie des recommandations de ce comité d'experts ainsi que de l'avis du Commissaire à la santé et au bien-être, qui date de 2014.

À l'été 2019, le ministère de la Santé et des Services sociaux a également procédé à des consultations auprès des acteurs du milieu de la procréation médicalement assistée ainsi que de nombreux partenaires gouvernementaux et externes en vue de l'élaboration du projet de loi. Parmi les partenaires consultés dans le cadre de ces travaux, notons le Collège des médecins du Québec, des cliniques de procréation assistée — en fait, il y en a sept — des cliniques de fertilité situées en région — huit d'entre elles — et des groupes de citoyens, par exemple, la Coalition des familles LGBTQ+ et l'Association Infertilité Québec.

Concrètement, cela veut dire que le nouveau programme de procréation assistée permettra, un, l'accès à des services assurés dans le cadre d'un programme balisé et fondé sur les meilleurs standards de pratique; le rétablissement de la couverture publique des traitements de fécondation in vitro, mais de manière concertée et structurée; de fournir des services sécuritaires et de qualité en évitant de créer des délais; d'améliorer le rapport coûts-efficacité en encourageant

les pronostics favorables; de viser une plus grande équité pour tous ceux qui souhaitent avoir des enfants — genre, orientation sexuelle, lieu de résidence, programme d'adoption. Ce sont également des mesures qui visent à permettre une planification adéquate des services, tout en tenant compte de la capacité de payer de l'État.

J'aimerais revenir un petit peu sur les balises du régime public. Plus précisément, il est ainsi proposé que, pour être admissibles au programme de service de fécondation in vitro, les personnes doivent présenter soit une condition médicale d'infertilité, soit être dans l'incapacité de se reproduire. Les couples hétérosexuels, les couples homosexuels femme-femme ainsi que les femmes seules pourront être admissibles. Les critères d'admissibilité au programme viseront également à ne pas accentuer les risques obstétricaux pour les femmes qui recevraient des traitements ou les risques néonataux pour les enfants qui en seraient issus.

Afin d'assurer un meilleur contrôle financier du programme, des critères d'admissibilité et des balises strictes ont aussi dû être définis. Par exemple, les services pour les femmes de 41 ans et plus ainsi que pour les personnes ayant eu une stérilisation volontaire, comme par exemple une vasectomie, ne seront pas assurés. Toutefois, ces personnes pourront obtenir les services en assumant les frais, et certaines dépenses pourront être admissibles à un crédit d'impôt, comme c'est déjà le cas.

Le projet de loi prévoit des leviers supplémentaires pour bien planifier l'offre de services en PMA et surveiller les coûts. Par exemple, on veut mettre en place des critères d'évaluation des besoins régionaux pour l'attribution des permis de CPA et aussi développer un système d'information qui sera mis en place pour gérer la procréation médicale assistée. La gestion de l'admissibilité sera gérée par la RAMQ. Le système d'information permettra également de surveiller l'état de santé des femmes et des enfants qui sont issus de la PMA. Ces moyens nous permettront d'assurer un suivi rigoureux des dépenses et de la performance du programme PMA.

Nous devons aussi rehausser la qualité, la sécurité et l'éthique des activités en PMA. Il faut encadrer la disposition des embryons surnuméraires, par exemple, et continuer à s'appuyer sur le Collège des médecins du Québec pour encadrer la pratique professionnelle de la médecine en prévoyant que les lignes directrices soient mises en jour selon l'évolution de la connaissance scientifique.

• (10 h 10) •

De plus, nous exigerons un certificat de conduite professionnelle délivré par le Collège des médecins du Québec à tout médecin qui demande un permis de CPA. Un comité central d'éthique clinique à la disposition des professionnels exerçant dans le domaine de la procréation médicale assistée devra également être mis sur place.

Lors des consultations réalisées, les médecins oeuvrant en PMA ont manifesté le besoin de pouvoir recourir à une instance à laquelle soumettre des cas qui les confrontent à des inconforts moraux ou pour lesquels la conduite clinique à suivre n'est pas claire. Il nous faudra renforcer les pouvoirs d'inspection et prévoir le pouvoir de désigner des enquêteurs. Cela permettra aux inspecteurs de déployer tous les moyens requis pour exercer leur travail.

Il est aussi proposé que toutes les activités de PMA soient exercées par un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré par le ministre, ce qui n'est pas le cas actuellement et ce que... pour les activités de FIV.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. J'invite maintenant la porte-parole de l'opposition officielle et députée de Maurice-Richard à faire ses remarques préliminaires pour une durée maximale de quatre minutes. À vous la parole, madame.

Mme Marie Montpetit

Mme Montpetit : Je vous remercie beaucoup, M. le Président. Je n'utiliserai pas mes quatre minutes complètes, mais je vais quand même en profiter pour vous saluer, saluer le ministre, ainsi que son équipe, et les collègues de sa formation politique qui l'accompagnent, ainsi que mes collègues qui sont avec moi et ceux des autres formations.

Très brièvement, simplement pour dire que le ministre peut compter sur notre entière collaboration pour procéder à ce projet de loi bien important et que nous sommes ici en mode écoute, dans le cadre des consultations, pour écouter les différents groupes qui seront présents et qui vont nous partager leur expertise. On a déjà reçu quelques mémoires, plusieurs mémoires même, qui font état de modifications souhaitées au niveau des différentes expertises pour venir bonifier le projet de loi. Donc, on travaillera en ce sens pour voir s'il peut être parfait encore davantage. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. J'invite maintenant la porte-parole du deuxième groupe d'opposition et députée de Sherbrooke à faire ses remarques préliminaires pour une durée maximale d'une minute. À vous la parole.

Mme Christine Labrie

Mme Labrie : Merci, M. le Président. Je vais être très brève aussi. D'abord, on accueille très positivement le projet de loi. Il était très attendu par de nombreuses personnes. Notre intention, c'est de travailler de manière constructive pour qu'il soit adopté rapidement aussi. On va surtout veiller à ce que les critères d'admissibilité ne soient pas discriminatoires. Donc, je remercie à l'avance tous les groupes qui ont déposé des mémoires, qui vont être entendus ici, en commission. On va porter bien attention aux recommandations.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. J'invite maintenant le porte-parole du troisième groupe d'opposition et député des Îles-de-la-Madeleine à faire ses remarques préliminaires pour une durée maximale d'une minute. Je vous cède la parole.

M. Joël Arseneau

M. Arseneau : Merci, M. le Président. Alors, bonjour, M. le ministre, chers collègues, l'équipe ministérielle. Nous saluons le dépôt du projet de loi n° 73. Nous attendions avec impatience, d'ailleurs, le dépôt de ce projet de loi, tout comme les couples infertiles du Québec. J'offre d'ailleurs toute mon empathie et ma compassion envers ces couples infertiles, parce qu'on sait que fonder une famille, c'est un des plus grands accomplissements d'une vie, et se retrouver devant l'obstacle de l'infertilité amène évidemment beaucoup d'anxiété, de désespoir souvent. Et heureusement il y a des solutions qui existent, et maintenant, avec le projet de loi, on va pouvoir contribuer à rendre ce rêve réalisable pour plusieurs.

Nous offrons donc toute notre collaboration au ministre délégué lors de l'étude de ce projet de loi. Nous aurons en tête plusieurs points, notamment la qualité de l'offre de services de procréation assistée assurée à la population, la mise en place du programme et la définition des services assurés ainsi que les conditions. La qualité, la sécurité et l'éthique de la pratique doivent aussi être des priorités que nous suivrons avec attention. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, M. le député. Merci pour vos remarques préliminaires.

Nous allons suspendre les travaux quelques instants afin de permettre à nos témoins de se joindre à nous. Alors, suspension, s'il vous plaît.

(Suspension de la séance à 10 h 14)

(Reprise à 10 h 25)

Auditions

Le Président (M. Provençal) : Alors, je vous souhaite la bienvenue, à la représentante de la coalition des familles LGBTQ+. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission.

Je vous invite à vous présenter puis à commencer votre exposé. Je vous cède la parole.

Coalition des familles LGBTQ+

(Visioconférence)

Mme Greenbaum (Mona) : Merci beaucoup. Donc, M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les parlementaires, merci de votre invitation à venir présenter notre mémoire. Donc, je m'appelle Mona Greenbaum, je suis directrice générale de la Coalition des familles LGBTQ+ et également administratrice au Conseil québécois LGBTQ. La Coalition des familles LGBTQ+ est un organisme qui représente les familles avec parents et futurs parents lesbiens, gais, bisexuels et trans.

Ayant pris part à de multiples étapes de la consultation, la Coalition des familles LGBTQ+ apprécie particulièrement les éléments suivants proposés dans le projet de loi, donc : la prise en charge des frais correspondant à six cycles d'insémination, incluant les coûts pour paillettes de sperme; la prise en charge d'un cycle de fécondation in vitro; puis la prise en charge de tous les frais liés à la conservation de la fertilité des personnes trans adultes pendant cinq ans et des mineurs trans à partir de leur transition jusqu'à l'âge de 25 ans.

Donc, dans les 10 minutes qui me sont allouées, j'aimerais cependant parler de certains points clés de notre mémoire que vous avez reçu. En fait, il y a trois éléments principaux, dans le projet de loi, qui nous concernent.

Le premier concerne l'interdiction pour les femmes de plus de 40 ou 41 ans, selon la modalité, d'avoir leur traitement de procréation assistée assuré par le gouvernement. Avec cet article, le gouvernement rendrait l'accès à la parentalité de ces femmes très difficile. De manière générale, nous sommes en accord avec le principe voulant que les interventions médicales présentant un taux de succès limité ne soient pas couvertes par des fonds publics et aussi le fait que toute procédure mettant potentiellement en danger la vie d'un enfant à naître soit interdite.

La fertilité des femmes connaît un déclin évident avec l'âge. Ceci dit, le niveau de fertilité de chaque femme dépend d'un grand nombre de facteurs, et son âge ne constitue qu'un de ces facteurs. C'est la raison pour laquelle nous connaissons tous des femmes âgées de 42 ans, voire davantage, qui ont conçu et donné naissance à des enfants en santé, parfois même sans recours à la procréation assistée. Nous estimons donc que les femmes de 41 ans et plus devraient pouvoir être évaluées de façon holistique par leur médecin spécialiste et que l'accès aux inséminations et à la fécondation in vitro devrait être permis dans les cas où la situation de santé et le potentiel de fertilité de la femme sont considérés comme raisonnablement prometteurs.

Nous considérons donc que l'exclusion systématique des femmes âgées de 41 ans et plus constitue une discrimination médicalement et éthiquement non justifiable et doit donc être enlevée du projet de loi.

Le deuxième élément qui les concerne est l'invisibilité de la gestation pour autrui dans ce projet de loi. Au Québec, l'article 541 du Code civil souligne la nullité des contrats entre gestatrice et parents. En dépit de ce manque d'encadrement, la gestation pour autrui est complètement légale et la pratique est tellement commune au Québec qu'on ne peut l'ignorer. La popularité de cette pratique dans la province est illustrée avec le dépliant que je vous ai

soumis en annexe 1 de notre mémoire. Ce document provient du centre de reproduction de McGill, l'une des plus grandes cliniques de fertilité au Canada, basé à Montréal. Et puis le document explique comment procéder pour fonder une famille avec la gestation pour autrui avec l'aide de leur clinique.

Nous attendons depuis 2016 qu'on se penche sur la révision du droit familial, incluant la situation de la gestation pour autrui. Profitant du momentum de la campagne électorale de 2018 pour ramener la question de la réforme du droit familial à l'avant-scène politique, la Faculté de droit de l'Université de Montréal a organisé, en septembre 2018, un débat entre les représentants des quatre principaux partis politiques. Il y avait M. Simon Jolin-Barette, de la CAQ, Mme Véronique Hivon, du Parti québécois, M. Marc Tanguay, du Parti libéral, et Mme Ève Torres, de Québec solidaire. Ce qui était clair — et puis j'étais présente — selon ces candidats des quatre partis politiques, c'était la nécessité d'inclure la gestation pour autrui dans cette réforme. Pour les hommes gais qui ont un projet parental, la gestation pour autrui est la seule façon d'avoir un lien génétique avec leur enfant. Même s'il ne s'agit probablement que d'une question de temps, la majorité des hommes gais ne peuvent plus attendre.

• (10 h 30) •

Le projet de loi n° 73 souligne l'importance d'aider les personnes qui ont un projet parental et qui ont recours à la procréation assistée. Ce projet de loi touche les couples hétérosexuels, les couples de lesbiennes et les femmes célibataires. Cependant, pour les couples d'hommes gais qui utilisent déjà ces services dans les cliniques du Québec, ce serait injuste, voire même discriminatoire, de ne pas donner accès à la même aide financière qui couvre tous les autres Québécois et Québécoises.

Finalement, dans l'article 34.7, le gouvernement propose que, «selon l'indication médicale, un maximum de six inséminations artificielles» soient assurées. Cette assurance couvre la visite, le lavage spermatique, les actes et services connectés, les médicaments oraux ou injectables, et six paillettes de sperme provenant d'un conjoint ou d'un donneur. Pour les lesbiennes, qu'elles soient en couple ou célibataires, ces dispositions constituent une aide considérable dans la mesure où les frais liés aux inséminations, et particulièrement le coût des paillettes de sperme, sont prohibitifs. La couverture par la RAMQ des inséminations avec paillettes de sperme permet aux lesbiennes et aux femmes célibataires fertiles de ne pas devoir recourir immédiatement à des traitements de fécondation in vitro quand les inséminations simples sont conseillées comme traitement de première intention.

Les cliniques de fertilité, au Québec et ailleurs au Canada, utilisent de plus en plus des banques de sperme américaines qui sont agrégées. La Clinique OVO utilise Outreach Health Services, qui est un distributeur canadien de la banque de sperme Xytex, aux États-Unis. En plus, on recommande Outreach Health Services, Can-Am Cryoservices et Repromed, qui utilisent majoritairement des banques américaines conformes aux normes de Santé Canada.

De plus en plus, les membres de la communauté LGBT ainsi que notre société en général réalisent l'importance de permettre à leurs enfants d'accéder à des informations sur leurs origines. On a vu l'évidence de cette valeur fondamentale avec l'adoption, en 2018, de la Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption. Cette loi modifie certaines règles de confidentialité entourant l'identité des personnes adoptées et des parents d'origine ayant donné un enfant à en adoption. L'idée était particulièrement de donner aux enfants adoptés la possibilité d'obtenir des informations sur leurs antécédents.

Dans la même veine, les programmes d'identité ouverte offerts par les banques de sperme et d'ovules, ce qu'on appelle les donneurs «open ID», permettent aux enfants issus d'un donneur de le contacter une fois qu'ils ou elles ont atteint l'âge adulte. La banque peut aussi prendre contact avec le donneur au nom de l'enfant, sans lui divulguer directement les coordonnées. Les enfants issus d'un donneur sont libres de choisir de recevoir ou pas des informations à son sujet et de prendre contact ou pas avec le donneur.

Le projet de loi n° 73 parle de la couverture, par la RAMQ, des paillettes de sperme en général. Nous croyons que c'est très important de souligner que cette couverture doit inclure toutes les paillettes de sperme et en particulier les paillettes venant des donneurs à identité ouverte, car c'est dans l'intérêt des futurs enfants d'avoir accès à cette information, si l'enfant le désire. Cette recommandation est incluse aussi dans le rapport sur la procréation assistée, de la Commissaire à la santé et au bien-être, publié en 2014, par M. Robert Sirois.

En conclusion, même si le projet de loi part d'excellentes intentions et comporte de nombreux aspects positifs, il nous apparaît qu'il doit être clarifié à plusieurs aspects pour bien représenter les intérêts des personnes des minorités sexuelles et de genre. Merci de votre attention.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie pour votre exposé, madame. Je vais demander le consentement pour poursuivre les travaux au-delà de l'heure prévue après la dernière présentation. Consentement? Merci.

Nous allons maintenant débiter la période d'échange. M. le ministre, la parole est à vous. Vous disposez de 16 min 30 s.

M. Carmant : Merci. Bonjour, madame. Merci d'être présente ce matin. Merci de votre exposé également.

Mme Greenbaum (Mona) : Merci beaucoup.

M. Carmant : Juste pour vous donner une idée de notre intention, c'était vraiment de pouvoir permettre entre à peu près 3 000 à 3 500 cycles par année dans un système public et gratuit. Ce qu'on a fait, c'est qu'on a décidé d'utiliser des balises cliniques pour en arriver à une estimation relativement fiable de ce qu'allait être la demande versus d'autres juridictions où ils ont préféré tout simplement utiliser un niveau à partir duquel on ne rembourserait plus.

Donc, je comprends les certains défis que vous avez mentionnés, principalement celui de l'âge, mais c'est probablement celui qui facilite le plus le contrôle. Puis on a des données du Collège des médecins qui montrent

qu'après l'âge de 42 ans, là, les taux de succès sont en bas de 5 %. Et on sait que le Commissaire au bien-être et à la santé nous avait également dit que... suggérait que, pour que le programme soit public, il fallait au moins qu'il ait une efficacité de plus de 5 % à 10 %.

Donc, tu sais, dans le contexte, vous, est-ce que vous croyez que ce serait une meilleure solution de tout simplement mettre un plafond aléatoire en permettant à des gens qui ont peu de chances de succès ou c'est mieux d'utiliser des critères cliniques, comme on sait vraiment... notre ministère a vraiment travaillé fort pour élaborer ces critères-là? J'aimerais vous entendre là-dessus.

Mme Greenbaum (Mona) : Oui. En fait, ce que j'entends, là, sur l'idée, c'est qu'après 42 ans il y a un taux qui est en bas de 5 %. Mais en fait le projet de loi parle des femmes qui ont moins de 41 ans, donc il y a une différence entre, comme, 40 ans versus 42 ans. Donc, pour certaines femmes, il y a vraiment possibilité, au début des années... au début de quarantaine, pour tomber enceinte. Et puis moi, je connais plusieurs femmes comme ça qui sont tombées enceintes à l'âge de 41 ans ou 42 ans.

Donc, je suggère que ça soit sur une base de «first come, first serve», où il y a un plafond, mais qu'on monte l'âge un peu plus. Parce que, comme, je comprends que peut-être à partir de 43 ans le taux de succès est beaucoup plus bas mais il y a, comme... entre 43 ans et 40 ans, il y a un petit écart, donc peut-être on peut couvrir aussi ces femmes-là qui ont 41 ans ou 42 ans. Puis aussi il y a une autre chose à garder en tête, c'est qu'il y a des différences, en termes de taux de succès, pour les femmes qui utilisent leurs propres ovules versus les femmes qui reçoivent des dons d'ovules d'une femme plus jeune. Et puis, dans ça aussi, le taux de succès peut être élevé.

Donc, nous, on considère que ça serait intéressant que les médecins vont, avec toute leur expertise... vont être capables de dire : Ça, ça vaut la peine ou non, au lieu de juste arbitrairement mettre ça à des femmes de plus que 40 ans.

M. Carmant : O.K. Mais vous avez bien compris que le projet, il dit que la stimulation jusqu'à 41 ans puis l'implantation d'embryon jusqu'à 42 ans... Vous avez bien compris ça?

Mme Greenbaum (Mona) : Mais de ce que j'ai compris, la façon que c'est écrit dans la loi donne l'idée que c'est une personne qui a 40 ans plus 364 jours, quelque chose comme ça. Mais, de la façon que c'est exprimé dans le projet de loi, pour moi, mon interprétation, c'est que, dès qu'on a 41 ans, on n'est pas éligible. Mais peut-être que j'ai mal compris la façon que c'est exprimé. Mais, quand j'ai parlé à votre attaché politique, ça, c'est ce qu'il m'a expliqué.

M. Carmant : O.K. Il y a quand même une année pour le transfert d'embryon, de plus, là, donc c'est vraiment 42 ans, la limite, là.

Mme Greenbaum (Mona) : Donc, si j'ai bien compris, une femme de 42 ans est toujours couverte?

M. Carmant : Pour le transfert d'embryon, oui.

Mme Greenbaum (Mona) : O.K. O.K. Alors, ça, c'est bien de savoir, parce que ce n'est pas clair dans la façon que c'est écrit qu'on parle de 40 ans et plusieurs jours, mais avant le 40e anniversaire. Donc, peut-être que c'est une question de clarification. Excusez-moi, il y a un énorme écho quand je parle, donc c'est difficile pour moi de concentrer.

M. Carmant : ...totalement excusée, ce n'est pas les conditions optimales, malheureusement. Aussi, je voulais savoir, au niveau des couples femme-femme versus femme seule, vous étiez à l'aise avec le fait que ce soit un projet de... tu sais, un projet de procréation familial? Est-ce qu'il y avait des enjeux, pour vous, à ce niveau-là?

Mme Greenbaum (Mona) : Qu'une femme célibataire veuille fonder une famille?

M. Carmant : Oui, versus un projet pour un couple femme-femme.

Mme Greenbaum (Mona) : Mais moi, je pense qu'il ne doit y avoir aucune différence du tout. Il n'y a aucune indication qu'une personne célibataire va avoir un enfant qui va avoir des problèmes, donc... Et puis je pense que, même, ce serait contre les droits de la personne d'exclure, juste comme ça, des personnes célibataires. En fait, si je me souviens bien, en 2013 ou 2014, avec le rapport de M. Robert Sirois, il y a eu un avis juridique de l'Université de Sherbrooke qui a regardé la question des couples de lesbiennes et des femmes célibataires, si ça serait possible de les exclure, puis, en termes de la Charte des droits et libertés, c'était contre la charte. Donc, ce n'est vraiment même pas une chose qu'on peut envisager de faire cette distinction.

M. Carmant : Je veux juste être sûr de bien comprendre, là, pour clore le débat du début. Donc, vous, vous seriez à l'aise avec un plafond sur le nombre de procréations par année, plutôt que sur une base clinique?

Mme Greenbaum (Mona) : Mais je comprends la nécessité, oui. Donc, je comprends qu'on essaie de mettre des balises pour avoir un programme qui est soutenable, d'après moi, ça fait du sens. Mais que la balise exclue certaines personnes a priori, sans avoir évalué leur... je trouve ça discriminatoire.

M. Carmant : D'accord. Merci. Pouvez-vous me dire, dans la communauté LGBTQ, quel est le pourcentage ou quelle est la proportion de gens qui ont recours à la procréation médicalement assistée? Avez-vous ces données-là?

Mme Greenbaum (Mona) : Mais... Oui. Je ne sais pas le chiffre exact, ça, je n'ai vraiment aucune idée, et puis... Mais c'est même très difficile de savoir combien de personnes il y a dans notre communauté. Ça dépend de la définition, ça dépend de qui pose la question. Donc, on ne sait pas, comme, par exemple, pour les personnes gaies, est-ce que c'est 5 %, 10 %, 15 %, on n'a vraiment pas un chiffre. Mais je peux vous dire que c'est plus présent dans la communauté des personnes LGBT que dans la société en général. Mais par contre, quand on parle de nombre absolu, il y a beaucoup moins de personnes LGBT dans le système de procréation assistée parce qu'on est moins nombreux. Donc, c'est sûr que, proportionnellement, c'est plus élevé dans notre communauté, mais en termes de nombre absolu, si vous allez dans une salle d'attente dans une clinique de fertilité, il y a beaucoup plus de personnes hétérosexuelles que des personnes LGBT.

M. Carmant : Je comprends. Et par rapport au... j'avais une question également sur le don de sperme. Vous avez mentionné un enjeu en ce qui a trait... les banques anonymes versus les banques dont on connaît le donneur. Nous, on... moi, je pense qu'on n'a aucun enjeu là-dessus, là, quant à la restriction, je pense que les deux devraient être permis et remboursés. Vous, c'était quoi, l'enjeu que vous voyiez par rapport à cette... Vous voulez qu'on n'utilise plus du tout les banques anonymes?

Mme Greenbaum (Mona) : Mais non, ce n'est pas ça du tout. Mais en fait, quand les lois ne définissent pas bien les choses, nous, on a eu souvent l'expérience que, quand on met les règlements en place, après l'adoption d'une loi, qu'il y a certaines choses qui sont oubliées. Donc, une clinique peut décider aléatoirement qu'on va seulement accepter la couverture des paillettes de sperme qui proviennent des donneurs anonymes. Et nous, on veut que toutes les paillettes de sperme soient incluses dans ça, puis pas juste les donneurs anonymes, parce que c'est...

De plus en plus, on reconnaît dans notre société que c'est important pour nos enfants d'avoir accès à leurs origines, à leurs antécédents. Et puis c'est très varié, il y a certaines personnes, certains futurs parents qui vont choisir des donneurs anonymes, il y a d'autres qui vont vouloir choisir des donneurs à identité ouverte. Ce que nous, on propose est dans l'intérêt de l'enfant, et puis je pense qu'il y a assez de recherche sur ça.

Donc, c'est important que le choix est disponible, parce que, s'il y a une couverture seulement d'un type de paillette de sperme, c'est sûr que, pour des raisons financières, il y a des personnes qui vont être poussées dans la direction de prendre la gratuité, et puis ils vont faire peut-être des choix qui ne sont pas dans le meilleur intérêt de leur futur enfant.

M. Carmant : D'accord. Un autre point que vous avez soulevé, c'était les couples homosexuels homme-homme et les hommes seuls également. C'est sûr que c'est quelque chose qui était important pour nous. Et je tiens à vous dire que mon collègue Simon Jolin-Barrette, il travaille toujours là-dessus. Idéalement, j'aurais aimé qu'il passe avant moi. Mais quel est votre point de vue par rapport à ça exactement, là, au niveau légal? Parce qu'il y a surtout des aspects légaux, là, qui me... qui est un souci pour nous à ce stade-ci, là.

Mme Greenbaum (Mona) : Oui. Mais comme j'ai mentionné, c'est une pratique qui est complètement légale et puis c'est très commun. Comme, j'ai mis en annexe de notre mémoire, là, le dépliant qui est sur le site de... le CUSM, le Centre de la reproduction de McGill, qui explique comment procéder avec la gestation pour autrui. Donc, ce n'est pas quelque chose caché ou qu'on fait sous la table, c'est vraiment une pratique qui se fait. Il n'y a rien d'illégal dans ça.

Et puis on procède, en plus, avec les avocats pour mettre des contrats en place. C'est sûr que ces contrats ne sont pas solides, parce qu'ils montrent seulement l'intention, mais pas comme... Et puis c'était, comme... c'est des choses qu'on a vues devant les tribunaux, ça oblige les couples, qu'ils soient gais ou hétéros, de faire ce qu'on appelle une adoption par consentement spécial, pour reconnaître le deuxième parent. C'est compliqué, ça ne marche pas d'une façon «smooth», au Québec, mais ce n'est pas illégal, et puis c'est une pratique qui existe.

Donc, le message qui sera envoyé à la population, c'est que les personnes... les couples de lesbiennes, les couples hétérosexuels, les femmes célibataires, tout le monde va bénéficier de cette loi, mais les couples d'hommes gais vont être mis à côté. Puis je comprends que M. Simon Jolin-Barrette est en train de travailler sur le projet de loi et puis que ça va sortir bientôt, mais malheureusement j'entends la même histoire depuis 2016 : on est toujours au point de déposer le projet de loi, et ça n'arrive jamais. Et puis là on est en plus dans un contexte de pandémie, donc c'est possible que, même si...

Le plus récent que j'ai entendu, c'est que ça va être en 2021, mais, avec la pandémie, peut-être que ça va être poussé à plus tard. Et puis, c'est ça, comme, après quatre ans d'attente, les hommes gais commencent à perdre patience, et puis le signal qui est envoyé avec ce projet de loi, c'est qu'ils vont être discriminés.

M. Carmant : O.K. Donc, nous, on a... à cause de ce vide juridique de filiation, on est un peu, donc... Et on ne veut pas non plus retarder notre projet, qu'on veut pousser de l'avant le plus rapidement possible. Mais, merci, ça clarifie les choses pour moi, là. C'est encore cette impression que ça laisse, là. Je comprends.

Est-ce qu'il y a des enjeux, pour vous, par rapport au consentement et le projet qu'on vient de déposer?

Mme Greenbaum (Mona) : Consentement en termes de...

M. Carmant : Bien, le consentement par rapport... soit les dons de sperme ou la procédure en général.

Mme Greenbaum (Mona) : Mais je pense qu'il y a déjà des choses... Ça, c'est une question que vous devez poser aux cliniques, les personnes qui vont représenter les cliniques de fertilité. Parce que je sais qu'il y a des formulaires de consentement. C'est sûr que ce qu'on revendique depuis toujours, c'est d'avoir les taux de succès, les impacts à court terme, à moyen terme, à long terme sur les personnes qui vont recevoir les traitements et puis sur leurs enfants, après leur naissance. C'est des informations qui sont difficilement accessibles, à moins qu'on ait accès aux journaux médicaux.

Donc, c'est sûr que, parfois, je crois que ça peut être un consentement qui n'est pas à 100 % éclairé, mais je sais qu'il y a déjà des balises en place dans les cliniques. Donc, ça, c'est une question que je pense que vous devez poser aux différentes... J'ai vu que vous avez une panoplie de plans de cliniques de fertilité qu'ils vont présenter dans les prochaines... déjà. Donc, je pense que c'est à eux... Est-ce qu'il y a eu des enjeux spécifiques qui ont été soulevés?

M. Carmant : Pas encore. Mais moi, j'aurais peut-être une dernière question pour vous. On est intéressés à mettre un programme de suivi de la PMA, tant au niveau grossesse que pour les jeunes qui vont naître du programme. Est-ce qu'il y a des enjeux de votre côté à ce niveau-là?

Mme Greenbaum (Mona) : Mais c'est quelque chose qu'on demande depuis toujours, donc je suis très contente d'entendre ça.

• (10 h 50) •

M. Carmant : À moins que quelqu'un ait une autre question de mon côté, on est prêts à passer la parole.

Le Président (M. Provençal) : Alors, merci, M. le ministre. Maintenant, je cède la parole à la députée de Maurice-Richard pour 11 minutes.

Mme Montpetit : Je vous remercie beaucoup, M. le Président. Bonjour. J'espère que vous m'entendez bien. On a un petit défi logistique, aujourd'hui, de... Mais nous, on vous entend somme toute assez bien, malgré l'écho auquel vous faites référence. Merci, merci beaucoup pour le mémoire que vous nous avez soumis il y a un moment déjà. C'est très apprécié, ça nous permet de clarifier votre appréciation du projet de loi.

J'aimerais revenir sur différents points, puis le ministre en a abordé déjà plusieurs qui ont permis de clarifier votre position par rapport à certains éléments. Je me permettrai peut-être un seul commentaire sur un élément qu'il a souligné quand il mentionne qu'il y a un certain vide juridique par rapport à la question... Vous souleviez l'enjeu d'équité par rapport, justement, aux couples homosexuels homme-homme. Le ministre soulignait le fait qu'il y a un vide juridique. Bien respectueusement, je pense que c'est à lui de clarifier ces questions-là et de demander des avis juridiques en ce sens. Et, s'il en a, j'imagine qu'il n'y a plus de vide juridique et qu'il pourra instruire la commission de ceux-ci, parce que c'est certain que ça va faire partie des échanges qui auront lieu.

Et moi, j'aimerais ça vous entendre davantage, justement, sur la question de l'équité. Vous avez fait référence au fait que c'est un... Je ne veux pas mal vous citer, mais je crois que, dans votre présentation, vous avez utilisé le mot «discriminatoire», que c'est un projet de loi qui est discriminatoire ou discriminant pour les hommes, les couples homosexuels. Donc, j'aimerais ça vous entendre davantage sur cet enjeu-là.

Mme Greenbaum (Mona) : O.K. Mais d'abord j'aimerais juste souligner que ce n'est pas juste les couples d'hommes gais qui font recours à la gestation pour autrui. En termes, il y a beaucoup d'hétérosexuels qui utilisent ces services aussi. Donc, c'est sûr que, pour les hommes gais, c'est une des seules options pour fonder une famille. À part de ça, il y a l'adoption, on peut adopter des enfants nés ou résidant au Québec. À l'international, pour nous, très difficile parce que ça dépend des lois des pays d'origine. Donc, la GPA, c'est important pour notre communauté encore, même, de souligner qu'en termes de nombre absolu ce n'est pas juste les hommes gais. On est beaucoup moins nombreux que les personnes hétérosexuelles qui font la gestation pour autrui.

En termes de vide juridique, mais oui, je suis d'accord d'un sens que, oui, il n'y a pas l'encadrement légal, ça manque. Mais, de l'autre côté, ce n'est pas illégal. Donc, je veux souligner qu'il y a une grande différence entre un manque d'encadrement, en fait, comme... La seule chance, c'est que les contrats ne sont pas légalement reconnus. Mais ce n'est pas illégal, et puis, à cause de ça, c'est une pratique qui se fait au Québec et puis qui se fait ouvertement et fréquemment. Donc, on le fait quand même et puis on reconnaît les parents, pas par un contrat mais par l'adoption par consentement spécial. Donc, il y a... le parent biologique est reconnu légalement à la naissance. La femme qui porte l'enfant doit renoncer à sa parentalité, puis le deuxième parent doit ajouter sa filiation. Donc, c'est ce qu'on appelle une adoption par consentement spécial parce que le conjoint va consentir que son conjoint devienne le deuxième parent reconnu sur l'acte de naissance. Donc, ça se fait. On contourne ce manque d'encadrement par d'autres pratiques qui sont complètement encadrées.

Puis, comme, si j'avais comme une garantie que le projet de loi sur la réforme du droit familial sera adopté en 2021, je dirais : O.K., on peut attendre. Mais j'entends la même histoire depuis 2016, qu'on va avoir comme un projet de loi, et puis finalement ça tombe toujours à l'eau. Et puis, entre-temps, il y a des hommes gais qui souffrent à cause de ça. Donc, oui, c'est une discrimination. Et puis, à la fin, même si on adopte le projet de loi sur la réforme du droit familial au début de 2021, ce qui serait impossible, mais même si on le faisait, on sera obligés de retourner à une loi, au ministère de la Santé, pour encadrer les frais avec la RAMQ. Donc, c'est comme... On a l'opportunité

maintenant, donc pourquoi ne pas le faire, ce n'est pas illégal, le faire tout de suite. Et puis, quand on va avoir, finalement, cet encadrement légal pour le GPA, au Québec, pourquoi pas, donc ça va être déjà prêt avec la RAMQ, et puis on va aller de l'avant, c'est clair. Les quatre partis politiques sont d'accord.

Comme j'ai mentionné, il y a eu comme un panel organisé par l'Université de Montréal, et puis les quatre partis politiques ont prononcé en faveur de cet encadrement, au Conseil du statut de la femme... prononce en faveur d'un encadrement. Donc, c'est vraiment... c'est inconcevable. On va l'avoir, mais pourquoi ne pas donner l'aide aux hommes gais maintenant et puis aux couples hétérosexuels aussi qui utilisent ces mêmes services?

Mme Montpetit : Je vous remercie, Mme Greenbaum, c'est très clair comme réponse, puis je pense que vous... Les consultations, dans ce genre de projet de loi, servent exactement à ce genre de propos, à ce genre de réflexion là. Et justement je suis convaincue que le ministre, qui est entouré d'une armée peut-être vaste... mais certainement une vaste équipe de juristes, peut faire preuve de réflexion en ce sens et voir s'il n'y a pas moyen de donner un autre tour de roue et retravailler en ce sens.

Parce qu'effectivement régler un problème par un autre projet de loi qui... on ne sait pas ni quand il sera déposé, ni quand il sera adopté, ni surtout sa finalité, c'est toujours... C'est toujours fragile, je pense, de présumer de la fragilité d'un projet de loi qu'on ne porte pas comme ministre. Je pense qu'il faut essayer de voir s'il n'y a pas moyen... si ça n'a pas déjà été réfléchi — peut-être que oui — mais s'il n'y a pas moyen, justement, de bonifier encore davantage le présent projet de loi sur lequel on travaille, à voir si ça ne pourrait pas être revu, modifié, bonifié en ce sens.

Une autre question. Vous avez fait référence à la question de l'âge. Puis je vois le temps qui file, là, si on est toujours... il n'en reste pas beaucoup, mais je voudrais vous entendre sur la question. Justement, le projet de loi inclut... bien, inclut ou exclut, là, une façon de le voir... mais inclut jusqu'à... les femmes jusqu'à 41 ans. Vous faisiez référence, dans votre mémoire, justement, de cet élément-là, de l'absence de remboursement des activités de procréation pour les femmes de plus de... C'est 41 ans moins un jour, si je ne me trompe pas, ou 41 moins un jour, c'est bien ça, ou 42?

Mme Greenbaum (Mona) : Oui.

Mme Montpetit : Exactement. Donc, je voudrais vous entendre davantage sur cet élément-là également, à quel point c'est un enjeu pour la communauté LGBTQ.

Mme Greenbaum (Mona) : Oui, mais si je peux, comme, adresser particulièrement comment ça touche la communauté LGBTQ+, c'est que, nous, les enfants, les bébés n'arrivent pas spontanément, puis ce n'est jamais des accidents non plus, comme il faut qu'on planifie. Et puis récemment il faut aussi voir comme une accumulation d'argent pour être capable d'aller de l'avant. Donc, à cause de ça, comme par exemple, avec la population en général on a toujours des personnes qui vont fonder leur famille à un âge plus tardif, parce que ce n'est pas... Aussi, il y a toute la pression, la société qui dit que non, il ne faut pas faire des enfants si vous êtes homosexuels. Donc, tout ça retarde le processus.

Donc, c'est assez fréquent, mais c'est de plus en plus présent dans le monde hétérosexuel, aussi, pour les femmes qui sont sur le marché du travail, tout ça, mais comme pour la communauté LGBT, c'est encore plus. Donc, on va fonder nos familles plus tardivement. Donc, c'est la raison que ça nous concerne que, comme le libellé, comme, 41 ans moins un jour, donc, pour moi, ça veut dire que, si on a 41 ans, on n'est pas éligible. Donc, je ne sais pas, comme je n'ai jamais lu de cette façon d'exprimer la chose, mais, pour moi, quand j'entends 41 moins un jour, pour moi, ça dit que c'est jusqu'à 40 ans, puis après ça on n'est pas éligible. Mais il y a beaucoup des femmes lesbiennes et puis, en général, des femmes célibataires, qu'elles soient lesbiennes ou non, qui vont vouloir fonder leur famille plus tard dans leur vie et qui peuvent être en bonne santé, en bonne forme... qui peut avoir un haut taux de fertilité aussi.

Donc, c'est ça qu'on pense, que vraiment, comme, les spécialistes doivent être capables d'évaluer ça eux-mêmes ou elles-mêmes et puis selon la situation de la femme. Parce que c'est comme... Pour nous encore, comme j'ai mentionné avec le GPA, pour les femmes lesbiennes, ce n'est pas juste comme ça qu'on va tomber enceinte. On doit utiliser ces services de procréation assistée et puis, encore, on est limitées dans nos choix. On ne peut pas faire l'adoption d'un enfant en Chine ou dans un autre pays, parce que ces pays-là discriminent contre nous. Donc, on est vraiment dépendants de la procréation assistée ici, au Québec.

Donc, c'est ça qu'on pense, que ça serait plus équitable que la situation de santé soit évaluée. Puis je comprends, O.K., il y a des balises, donc là... Et puis les cliniques mettent déjà leurs balises, hein? Comme, si vous allez sur les sites, les cliniques ont déjà mentionné leurs balises, ça varie d'une ou l'autre, mais c'est basé sur la science et puis l'interprétation des résultats scientifiques en termes de qu'est-ce qui est faisable ou non.

Puis ce n'est pas dans l'intérêt de ces praticiens de prendre une personne qui n'est pas fertile, où que ça va créer des problèmes de santé. Ce n'est pas dans leur intérêt, ça va juste regarder mal sur leur clinique. Donc, pourquoi est-ce qu'eux autres ils ont des balises qui sont plus élevées? Et puis... mais, dans le projet de loi, c'est juste 40-41 ou 41 moins un jour...

• (11 heures) •

Le Président (M. Provençal) : Madame, je suis obligé de vous interrompre, le temps est terminé pour l'échange avec l'opposition officielle. Je vous remercie. Je cède maintenant la parole à la députée de Sherbrooke. Vous disposez de 2 min 45 s.

Mme Labrie : Bonjour, Mme Greenbaum. Je veux y aller aussi sur la question de la gestation pour autrui. Moi, je ne sais pas à quel point c'est possible d'inclure ça dans le projet de loi sans que la réforme du droit de la famille ait eu lieu, mais je veux tester des possibilités avec vous.

Est-ce que vous pensez, par exemple, qu'on devrait prévoir un article qui entrerait en vigueur après que la pratique soit encadrée par la réforme du droit de la famille? Ou est-ce que vous pensez que les détails des services assurés devraient être prévus dans un règlement pour qu'on puisse les mettre à jour plus facilement, par exemple, après la réforme du droit de famille ou après des nouveaux traitements qui pourraient être développés? Ou vous pensez qu'on doit l'inclure... qu'on peut déjà l'inclure tout de suite, là, dans le projet de loi, même si ça n'a pas été encadré par le droit de la famille?

Mme Greenbaum (Mona) : Mais, écoutez, encore, comme une pratique qui est légale et puis qui se fait, pour moi, c'est comme... C'est faux de dire que ce n'est pas encadré du tout. Il y a un certain encadrement. C'est un peu comme... ce n'est pas l'idéal, mais ce n'est pas comme complètement pas encadré. Moi, je pense que ça doit être couvert. Mais, au moins, donc, comme... peut-être comme solution entre les deux, c'est d'avoir une disposition que ça entre en vigueur immédiatement, parce que ça... Mais, encore, comme j'ai dit, je commence à être un peu comme cynique, dans tout ça, parce que ça fait déjà quatre ans, presque cinq ans qu'on attend ce projet de loi sur la réforme du droit familial.

J'ai déjà entendu, depuis 2016, que ça va être dans deux parties, il y aura comme une partie sur la filiation et l'autre sur la conjugalité. La partie filiation, qui inclut la gestation pour autrui, est plus facile, c'est plus «straightforward», et puis l'élément sur la gestation pour autrui comme... Il y a d'autres enjeux, peut-être qui sont plus compliqués, mais il me semble que la portion sur la gestation pour autrui, c'est l'élément le moins compliqué parce que tout le monde est d'accord, les quatre partis politiques sont d'accord qu'il faut comme... il faut mettre... il faut reconnaître ces contrats-là. Donc, pour moi, ce serait bien de le mettre en place aussi.

Ça fait que qu'est-ce qui va arriver sur le terrain? C'est des couples qui vont arriver dans les cliniques avec leur gestatrice, et puis on va leur dire : Non, vous n'êtes pas éligibles. Donc, pour moi, c'est comme... c'est le signe, c'est un manque de reconnaissance d'une façon de fonder nos familles, qui fait partie de la réalité de la communauté LGBT.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Je cède maintenant la parole au député des Îles-de-la-Madeleine. Vous disposez de 2 min 45 s.

M. Arseneau : Merci, M. le Président. Merci, Mme Greenbaum, pour la présentation. Et je vais également y aller sur le même thème, parce que je trouve effectivement que... Lorsqu'on lit votre mémoire, vous parlez d'une injustice envers les couples d'hommes gais, mais en réalité il s'agit véritablement d'une approche discriminatoire, puisque, si on fait abstraction du fait que le Code civil souligne la nullité des contrats, on a un nouveau programme qu'on met en place et qui exclurait une catégorie de gens qui ont le droit ou qui devraient avoir les mêmes droits, qu'ils soient... peu importe qu'ils soient hétérosexuels ou homosexuels, le droit, donc, d'avoir à la fois un enfant, un projet parental et un lien génétique avec leur enfant. C'est bien ça, votre argumentaire?

Mme Greenbaum (Mona) : Oui. Mais, c'est ça, je pense que je comprends la logique de M. Carmant, qu'on n'a pas encore mis la réforme du droit familial en place. Mais je pense que c'est très important aussi de reconnaître que ça existe déjà, la gestation pour autrui, et que ce n'est pas illégal.

Donc, ça peut être comme... ça va envoyer un message très positif à la communauté LGBT d'inclure, comme, cette couverture, qui ne va pas, comme, comprendre, comme, des milliers de personnes, hein, on parle de... Je ne sais pas, je n'ai pas des chiffres, mais ce n'est pas énorme, le nombre de personnes qui vont faire la gestation pour autrui au Québec. Mais ça envoie un message fort qu'on reconnaît que cette façon de fonder une famille est valide et qu'on soutient cette communauté dans leur désir... ces hommes gais, dans leur désir d'avoir des enfants.

M. Arseneau : Tout à fait. Et il y a la question, en fait, d'une correction au Code civil qui tarde à venir. Vous dites que c'est certainement une question de temps, mais vous dites aussi que bien des hommes gais ne peuvent pas attendre. Est-ce que vous avez des témoignages sur une base régulière qui vous l'indiquent?

Mme Greenbaum (Mona) : Mais oui, je vois ça, comme, chaque... À la coalition, chaque six mois, on fait des ateliers pour les futurs parents, et donc je rencontre beaucoup de futurs parents qui sont des hommes gais, et puis le sujet, malheureusement, c'est l'argent, comme, parce que ça coûte cher, la gestation pour autrui, et puis ça rend ça impossible.

Et puis c'est sûr qu'il y a beaucoup de ces hommes... vont vouloir peut-être, comme autre option, adopter des enfants. Mais l'adoption, dans le programme de la banque mixte des centres jeunesse du Québec, il y a quelques centaines d'enfants par année, pour une population de plus de huit millions, qui sont ou qui vont devenir adoptables. Ce n'est pas comme il y a des milliers des enfants, c'est juste un très petit nombre. Donc, on peut être sur la liste d'attente pendant 10, 15 ans pour avoir un placement, donc les options sont très limitées pour les hommes gais.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, madame. Je suis obligé de vous interrompre. Je remercie la coalition des familles LBGTQ+ pour sa contribution aux travaux de la commission.

Je vais suspendre les travaux quelques instants pour que nous puissions nous ajuster techniquement pour recevoir le prochain groupe. Merci. Merci beaucoup de votre contribution, madame.

Mme Greenbaum (Mona) : Merci de votre invitation. Bonne journée.

(Suspension de la séance à 11 h 07)

(Reprise à 11 h 13)

Le Président (M. Provençal) : Je souhaite donc la bienvenue à la représentante de l'Association des pédiatres du Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter puis à commencer votre exposé. Vous avez la parole, madame.

Association des pédiatres du Québec (APQ)

(Visioconférence)

Mme Janvier (Annie) : Bonjour. Je m'appelle Annie Janvier... Quand je parle, je m'entends parler, ça fait que c'est assez compliqué. Mais, en tout cas, je vais parler en m'entendant parler. C'est comme s'il y avait un écho. Je m'appelle Annie Janvier. Je suis pédiatre puis je suis clinicienne clinique à l'Université de Montréal et à Sainte-Justine. Et je présente le mémoire au nom de l'APQ à la SNQ.

Nos autres mémoires, en fait, de l'APQ-SNQ, traitaient essentiellement à sensibiliser le gouvernement à l'épidémie de grossesses multiples qu'il y avait au Québec dans le temps. Dans le fond, un quart des bébés qui naissaient de fertilisation in vitro allaient en néonatalogie, car ils étaient prématurés. Par la suite, on va vu une réduction des prématurés assez importante et qui a amené une importante augmentation discrète de la qualité de vie des enfants nés après la FIV d'à peu près 30 % à à peu près 5 %, qui était dans les taux les plus bas au monde, parce qu'on balisait les transferts d'embryon.

Par la suite, on a réécrit un mémoire en 2013 pour, dans le fond, dire qu'il faudrait peut-être d'autres balises que seulement le transfert d'un embryon, parce qu'il y avait des coûts démesurés. Et il faut se souvenir des coûts de la PMA. Dans le fond, c'est les coûts des procédés de fertilisation, mais c'est surtout, aussi, les coûts de santé des enfants et des femmes. Et, si on avait compté ces coûts-là, lors du régime Barrette, on aurait peut-être vu qu'on rentrait dans notre argent, parce qu'on sauvait énormément de bébés qui n'allaient pas en néonatalogie.

On a été tristes de voir que, dans le fond, le programme fermait, en termes de pédiatres, et on est... En fait, on applaudit le projet de loi n° 73. Et il y a énormément de choses, dans le projet de loi, qui font sens et qui vont permettre aux Québécois d'avoir des familles de manière raisonnable, aussi, sans dépasser les coûts.

Je me propose d'aller directement au résumé des recommandations, sans analyse des problématiques, parce qu'on n'a pas beaucoup de temps. Notre mémoire est vraiment basé sur trois choses, trois éléments principaux : l'importance de transitionner rapidement dans le système public; des considérations pédiatriques importantes; et le contrôle de la qualité.

Ça fait que je vais commencer par le résumé de nos recommandations. Comme principe directif de transition vers le système public : d'avoir des soins universels et équitables, dans le fond, qui peuvent être accédés par tout le monde; de diminuer les conflits d'intérêts; de réduire les coûts; d'homogénéiser les pratiques; d'encourager les bonnes pratiques cliniques; puis la gestion responsable des embryons.

Ça fait que, dans le fond, dans les recommandations qui vont vers la transition vers le système public, on aurait un guichet unique géré par le système public, qui gérerait aussi la liste d'attente, parce qu'on sait que la liste d'attente va être grande quand on va ouvrir le programme. Des critères d'exclusion absolus et réversibles à toute PMA : absolus, ça serait, par exemple, de la prison pour violence criminelle contre les enfants, et réversibles, il y a certains problèmes de santé qui peuvent être réversibles. De faire un inventaire, aussi, de tous les embryons congelés dans les cliniques, avant le début du programme, et de prioriser le transfert de ces embryons-là, dans le fond, qui correspondent aux bonnes pratiques cliniques. Donc, il y aurait... on proposerait une période de transition, gérée par le public, de ne pas compter les transferts d'embryons existants dans le programme de remboursement. Dans le fond, ils ne compteraient pas dans le cycle, pour encourager que ces embryons existants soient transférés. Il faudrait aussi considérer de prolonger la période de financement du cycle, parce que, mettons, si une femme a quatre embryons, elle ne peut pas se les faire transférer, les quatre, un à la suite de l'autre, en un an, puis faire deux grossesses. De développer une banque de gamètes et d'embryons qui serait, en fait, gérée par le public.

On recommande aussi que la formation et la recherche, dans le fond, qui... aussi subventionnées par le public, se passent dans le système public. Et, avant qu'on ferme le programme, 70 % du programme se passait dans les cliniques privées et, dans le fond, nos recommandations seraient que, dans les cinq prochaines années, 70 % des traitements se passent dans le public et 30 % dans le privé. Donc, il faut développer rapidement les infrastructures publiques, dont la clinique du CHUL, qui était en plan depuis plusieurs années.

Le deuxième point serait les considérations pédiatriques importantes. Selon nous, donc, le don de gamètes, de connaître l'identité des donneurs; l'importance des diagnostics préimplantatoires; et de nombreux enjeux éthiques qu'on n'a pas eu le temps d'aborder aujourd'hui mais qui sont nombreux en PMA.

Et on recommanderait de prioriser de préférence les gamètes issus de donneurs non anonymes et même, si c'était possible, uniquement d'avoir des donneurs non anonymes; de rembourser et d'encadrer le don d'ovules; de gérer les demandes de donneurs dirigés de manière homogène; de rembourser complètement le diagnostic préimplantatoire, que ça soit la FIV ou l'analyse génétique; et de faire aussi le suivi des innovations en PMA. Donc, il y a beaucoup d'innovations qui sont faites dans le privé, sans suivi des enfants ou des femmes, et il faudrait que ça fasse partie d'un projet de recherche dans le système public. On applaudit qu'il y ait un comité d'éthique provincial interdisciplinaire qui va analyser les enjeux éthiques.

Dans le fond, le dernier point, c'est le contrôle de qualité, qui est — en ce moment, dans les derniers 10 ans, ça s'est énormément développé en médecine — de planifier quelque chose comme le projet de loi n° 73, qui est très

bien planifié, de le faire, et ensuite de vérifier si ce qu'on pensait qui allait fonctionner fonctionne, et puis là, ensuite, d'essayer de rectifier le tir quand il y a quelque chose qu'on avait très bien planifié mais qu'il y a des gens qui ont été capables de contourner le système puis qui font en sorte que ce qu'on pensait qui allait arriver n'arrive pas. Donc, un contrôle de qualité avec une flexibilité et des balises est très important. À notre avis, encadrer la stimulation ovarienne et les transferts de deux embryons, aussi, pour viser un taux de grossesse multiples de moins de 10 %, et, surtout, la création d'un registre de suivis numérisés, qui était déjà recommandé, là, dans les années 2000, 2010, 2013, le Collège des médecins l'a recommandé, mais qui n'existe toujours pas. Et, dans le fond, d'avoir une responsabilité et une transparence du programme.

Donc, dans le fond, nos dernières recommandations, c'est de redéfinir l'efficacité, c'est quoi, nous, nos buts en procréation assistée au Québec, les buts québécois. Parce que les buts, dans la littérature de la fertilité, c'est d'avoir une grossesse à 20 semaines. Nous, nos buts, dans le fond, ça serait d'avoir la naissance unique d'un enfant en santé avec le moins de risque possible pour sa mère. Ça, ça devrait être le but positif, et puis avec des coûts raisonnables, bien entendu.

• (11 h 20) •

On recommanderait de pouvoir ajuster certaines balises selon le suivi étroit du contrôle de la qualité. Il est possible qu'on dise : Bien, peut-être que c'est mieux de mettre jusqu'à 40 ans, ou jusqu'à 39, ou jusqu'à 42, selon l'argent qu'on a et selon la réussite du programme. Aussi, de suivre les lignes directrices du Collège des médecins du Québec, dans le fond, qui développeraient des processus décisionnels pour la stimulation ovarienne et l'implantation de deux embryons.

Et, dans le fond, je vais terminer avec le registre de suivis des enfants naissant à la suite d'une PMA, qui m'apparaît... nous apparaît, l'APQ et la SNQ, quelque chose d'essentiel et d'incontournable. Et il y a de nombreux spécialistes en développement qui ont déjà réfléchi à ce registre provincial, depuis 10 ans, donc ça serait important de ne pas réinventer la roue, ne pas recommencer un exercice complexe et coûteux puis, dans le fond, de réduire les coûts et la complexité de ce suivi-là pour les bâtir sur des systèmes qui existent. Donc, intégrer des données déjà connues à travers un «linkage», une numérisation de MED-ECHO, de RED, de CNN, du Canadian Neonatal Network, du CNFUN, Follow-Up Network, et de l'ABCdaire 18 mois qui est en train d'être déployé, au Québec, de manière très importante — ils font une numérisation du registre, parce qu'on voit que l'ABCdaire 18 mois, le pilote passe sur des pages faxées, ça ne marche plus de nos jours — et que la cogestion de ce registre-là soit faite par des spécialistes en développement.

Puis, dans le fond, pour terminer, c'est d'avoir un rapport annuel en ligne sur les activités de la PMA et sur la réussite de ces activités-là, qui serait disponible à tous les concitoyens.

Je ne sais pas si je suis rentrée dans mes 10 minutes, mais j'ai essayé un peu de résumer mes recommandations.

Le Président (M. Provençal) : Oui, vous êtes entrée dans votre temps, madame. Alors, je vous remercie, Dre Janvier, pour votre exposé. Nous allons maintenant débiter la période d'échange. M. le ministre, la parole est à vous. Vous disposez de 16 min 30 s.

M. Carmant : Bonjour, Dre Janvier, un plaisir de vous parler ce matin. Merci aussi pour le mémoire, là, exhaustif qui a été déposé, que j'ai lu avec grand plaisir.

Premièrement, je veux juste m'assurer que vous avez bien compris que, oui, il y aura un guichet d'accès géré par le public et qu'on va également mettre en place les procédures pour faire le suivi tant des grossesses que des suivis des enfants nés de la PMA. Juste être sûr que c'est clair pour vous. Puis, si ce n'était pas clair dans le projet, peut-être qu'il faudrait nous le mentionner.

Mme Janvier (Annie) : Bien, c'est clair, mais on pourrait aussi avoir un registre unique qui dirige les gens vers le privé aussi. Dans le fond, l'idée, ça serait de les diriger vers une clinique...

M. Carmant : Mais c'est exactement ce qu'on propose. Est-ce que vous avez...

Mme Janvier (Annie) : Puis, dans le fond, d'avoir... Bien, c'est qu'on... ce que je comprends, mais ce que l'APQ comprend, c'est qu'en ce moment, bien, le régime privé est en train de se développer et, en fait, fait 100 % des fertilités. Puis, dans le fond, si on veut renverser à être sur cinq ans, à être essentiellement dans le système public, il va falloir diriger les patientes vers le système public puis développer le public en même temps.

M. Carmant : O.K. Mais ce qu'on propose, c'est vraiment un guichet géré par la RAMQ, qui va gérer toutes les demandes qui seront remboursées par le public puis... Est-ce que vous avez compris ça ou ce n'est pas clair dans le...

Mme Janvier (Annie) : Bien, on l'a compris, mais, dans le fond, qui va gérer les listes d'attente? Ils vont tous arriver en même temps. Ce n'est pas la RAMQ... le secrétaire...

M. Carmant : Ça va être la RAMQ.

Mme Janvier (Annie) : Là, il va falloir qu'il y ait quelqu'un qui l'aide dans le public pour ça. Sinon, les femmes vont aller dans le privé.

M. Carmant : Non, mais ça va être comme les CRDS, en fait.

Mme Janvier (Annie) : Bien, les femmes vont se trouver assez rapidement une place dans le privé, s'ils n'en ont pas une, surtout si...

M. Carmant : Non, mais, si les dossiers ne sont pas analysés par la RAMQ, ils ne seront pas remboursés. Donc, c'est incontournable, il faut que... C'est clair?

Mme Janvier (Annie) : Oui. Ça fait que, dans le fond, il faudrait qu'il y ait beaucoup de monde qui deale avec la liste d'attente considérable qui va arriver.

M. Carmant : Surtout les premières années, parce qu'on va avoir plus de personnes.

Mme Janvier (Annie) : C'est ça. Dans tous les pays, ils ont fait ça. Dans le fond, ils ne sont pas capables... Il faut savoir si on priorise... Est-ce qu'on priorise les femmes plus âgées, pour que ça... parce que c'est leur dernière année, mais en sachant qu'on va avoir un mauvais taux de réussite, ou on priorise les femmes les plus jeunes, ou on pige c'est qui, on en prend une jeune, une plus vieille? Ça fait que, dans le fond, la gestion de la liste d'attente, dans tous les pays qui ont remboursé, est très, très complexe.

M. Carmant : C'est ça. Mais nous, justement, c'est pour ça, parce qu'actuellement on aurait la capacité de digérer tout le monde avec l'offre qui est actuellement disponible. Une chose, vous avez mentionnée, qui était superimportante pour moi, aussi, c'est les grossesses multiples. Et moi-même, j'ai été surpris par la recommandation, là, que, dans certains cas, on pouvait permettre deux embryons. Mais ça, c'est une recommandation qui nous a été faite par le comité d'experts, et vous siégez sur ce comité-là. Donc, pouvez-vous me dire pourquoi ça a été accepté par le comité d'experts?

Mme Janvier (Annie) : Dans le fond, dans le comité d'experts, il y a énormément de monde de différents horizons, il n'y a pas juste des pédiatres. Quand on demande l'avis de l'Association des pédiatres du Québec, ça fonctionnait très bien, avant, en recommandant de transférer un embryon. Ce qu'on croit comprendre dans la littérature, c'est que, pour certaines femmes, par exemple, qui sont à leur dernier essai, qui ont deux embryons qui ne sont pas vraiment de très bonne qualité, où on a à peu près 5 % de possibilité de grossesse, selon l'évaluation de l'obstétricien ou du fertologue... Et, dans le fond, ce que je comprends de leur message, c'est que, dans ce temps-là, bien, ils implanteraient les deux en sachant probablement que ça ne fonctionnerait pas.

Mais, dans le fond, c'est pour ça que nous, on recommande d'avoir une ligne directrice très, très claire du Collège des médecins, qui nous dit dans quel... quand est-ce qu'on va pouvoir en implanter deux. Parce que les femmes... si vous avez lu le mémoire, puis dans tous les articles et dans tous les questionnaires des femmes infertiles, les couples veulent des jumeaux, surtout dans le privé. Les couples qui paient veulent un deux pour un. Pourquoi ils auraient deux grossesses qui leur coûtent 6 000 \$, 7 000 \$, 8 000 \$, 10 000 \$ chaque, à la place d'en avoir une pour 10 000 \$? En plus, les centres de fertilité qui sont des business préfèrent les jumeaux parce que ça les monte... ça fait monter leur taux de réussite et, en plus, parce que les clients veulent ça.

Ça fait qu'il y a un effet pervers, dans le privé, quand les gens paient pour leur fertilité. On a beaucoup plus de problèmes chez les enfants, surtout la prématurité. Donc, nous, on est très inquiets de la libéralisation de transferts d'embryons, c'est certain.

M. Carmant : O.K. Puis une chose aussi que j'avais demandée au président de l'APQ, c'est aussi de nous fournir, possiblement, cinq critères systématiques, là, de qualité au niveau du suivi des enfants. Ce que je comprends du mémoire, c'est que ces critères sont déjà disponibles. Et, au niveau de la période néonatale, il n'y avait rien de particulier, c'est vraiment des critères de grossesse et de suivi du développement?

Mme Janvier (Annie) : Oui. Dans le fond, dans MED-ECHO puis RED, on a déjà, bien, est-ce qu'ils sont prématurés, est-ce qu'ils ont des malformations congénitales. Ça, ça va tout être disponible. Quand c'est de la grande prématurité ou des bébés qui sont admis, bien, on a le Canadian Neonatal Network qui mesure tout. Et ensuite, bien, dans le fond, il y a Dominique Cousineau, Mai Luu puis Julie Gosselin qui ont réfléchi à l'ABCdaire, avec le support programme Agir tôt, puis, dans le fond, on se proposait de «linker» la data avec ça, ça serait ce qui serait le moins coûteux puis le plus facile, en numérisant le registre.

M. Carmant : O.K. Parfait. Dans votre mémoire, le premier point que vous abordez, là, c'est l'aspect du réseau public, là. J'aimerais ça revenir un petit peu là-dessus. Je pense que, si on fait un lien entre la clinique du CHUL puis la pandémie, là... Et, moi, la première chose que je voulais dire, c'est que ce qui est important, un, on a l'offre de service qui est disponible déjà, puis, deux, je ne sais pas si vous êtes au courant, mais on a des enjeux majeurs, là, de couverture des services obstétricaux au Québec, là. Êtes-vous au courant?

Mme Janvier (Annie) : Oui, on risque d'avoir des problèmes encore plus majeurs, si les femmes décident d'aller dans le privé puis qui ont des jumeaux.

M. Carmant : Mais pourquoi ils auraient plus de jumeaux, si les critères vont être les mêmes dans le public que dans le... Dans toutes les cliniques, il va y avoir les mêmes critères puis il va y avoir une surveillance assez sévère de ces cliniques-là.

Mme Janvier (Annie) : Dans le fond, dans le système public, nos buts ne sont jamais les mêmes que dans le système privé, surtout quand on veut rentrer dans nos sous. Tous les... en ce moment, les cliniques privées, la moitié ou plus des investisseurs ne sont pas au Québec, ne sont pas médecins, ce qu'ils veulent faire, c'est rentrer dans leur argent. Ça fait que, dans le fond, leur but, ça ne va pas juste d'être... d'attirer les femmes qui veulent un remboursement, ça va être aussi d'attirer les femmes sans remboursement. Ça fait qu'il faut être très, très, très vigilants quand on encourage le privé par rapport au public, surtout en procréation médicalement assistée, parce que c'est démontré dans toutes les évidences que ça mène à plus de jumeaux et à plus de tort pour les femmes et les enfants.

Et la complexité, c'est que les femmes veulent des jumeaux. Ça fait que c'est là que c'est différent d'ailleurs, en médecine. Ailleurs en médecine, les gens veulent ce qui est le mieux pour eux, mais, à partir du moment où ils sont en fertilité, la plupart des couples, que ça soit remboursé ou pas, veulent des jumeaux.

• (11 h 30) •

M. Carmant : Mais actuellement, vous le savez, même à Sainte-Justine ou au CUSM, le service est payant, là.

Mme Janvier (Annie) : Oui.

M. Carmant : C'est public, payant. Ça fait qu'on va faire de la gratuité partout. C'est ça, le but du projet. Puis moi, je pense... Bien, je ne sais pas, si vous nous dites que c'est plus important de développer une nouvelle clinique, alors qu'on a toutes les disponibilités possibles, actuellement, pour couvrir même dans la première année versus s'assurer que nos salles d'accouchement soient couvertes de façon adéquate à travers la province, là, je ne sais pas, là. Est-ce que vous avez une opinion là-dessus?

Mme Janvier (Annie) : Dans le fond, j'encouragerais de développer le public avant le privé. Je comprends que les infrastructures sont très difficiles à développer, en ce moment, mais on pourrait au moins les prévoir dans six mois, dans un an. Parce qu'on avait quand même 70 % de tout ce qui se passait, quand même, dans le privé, dans l'ancien programme, on avait des fellows qui étaient formés avec l'argent des concitoyens dans les cliniques privées puis qui étaient recrutés dans les cliniques privées, après, qui n'avaient pas nécessairement nos mêmes buts de santé. On avait des innovations de recherche, dans le privé, qui étaient faites, en fait, sans projet de recherche et qui étaient faites avec de l'argent du CIHR, des fonds publics. Ça fait qu'il faut être très vigilants quand on développe des technologies de pointe dans le privé avec des investisseurs hors Québec. Il faut favoriser le système public.

M. Carmant : D'accord, il n'y aurait absolument pas de... D'accord, mais le projet de loi ne prévoit aucun développement dans le privé, là, je peux vous rassurer de ça aussi, là.

Puis, Laval versus Sherbrooke... Moi, Sherbrooke aussi m'ont parlé qu'il y avait un intérêt. Est-ce qu'il y avait une raison pourquoi vous prioriseriez le programme de Laval?

Mme Janvier (Annie) : Bien, dans le fond, parce que le gouvernement avait déjà priorisé le programme de Laval, qui était débuté après une analyse des besoins et des femmes enceintes, ça fait que moi, je me suis basée sur ce que le gouvernement avait analysé, où est-ce qu'il planifiait puis où est-ce qu'il avait commencé à développer. Mais peut-être qu'il faudrait refaire cet exercice-là avec le gouvernement puis voir si on arrive aux mêmes conclusions.

M. Carmant : D'accord. Je passerais peut-être la parole à ma collègue.

Le Président (M. Provençal) : La députée de Soulanges voudrait vous questionner.

Mme Picard : Merci, M. le Président. Bonjour, Dre Janvier. Il y a 10 ans, moi, j'ai fait un don d'ovules pour une amie puis je me rappelle que c'était... je veux dire, c'est intense, là, le mot qui me vient, c'est «invasif». Pour être franche, j'ai des pertes de mémoire sur cette expérience-là. Puis, quand j'ai vu, dans votre mémoire, que vous voulez encadrer la pratique du don d'ovules, ça m'a interpellée, bien sûr, donc j'aimerais savoir si vous pouvez l'élaborer et puis comment vous voyez cet encadrement-là.

Mme Janvier (Annie) : Dans le fond, en ce moment, vous savez que le marchandage du corps humain est interdit au Canada, donc les dons d'ovules... Vous avez fait un très beau geste, je vous en félicite. Les ovules en ce moment, 80 % des ovules utilisés proviennent d'une banque, en fait, d'ovules et proviennent essentiellement des États-Unis, où on n'a pas cette loi-là. Donc, on est contre le marchandage du corps humain, mais on achète quand même le corps humain des Américaines qui donnent leurs ovules en échange d'argent. Ça fait que la première chose, c'est qu'il faut se questionner sur cette hypocrisie, en fait, nationale qu'on fait semblant qu'on ne veut pas le marchander, mais qu'on le marchande pareil mais ça se passe ailleurs, le marchandage.

La deuxième étape, bien, c'est celle dont vous parlez, il y a des dons qui sont anonymes mais il y a des dons qui sont dirigés. Dans les dons dirigés, ce n'est pas toutes les cliniques qui approchent les donneuses et les receveuses de

la même manière ou le couple receveur. Il y en a qui font voir, par exemple, la donneuse par un psychologue une fois, ensuite une deuxième fois, qui s'assurent qu'il n'y ait pas de pression, et, dans un second lieu, le couple, et, dans un quatrième, cinquième lieu, le couple avec la donneuse, avec une liste de questions particulières sur les liens avec l'enfant, les fêtes des enfants, l'éducation des enfants, quand est-ce qu'on va le dire à l'enfant, pas quand... c'est ça, dans quelles circonstances, et le rôle de la donneuse dans la famille. Il y a des cliniques où, ça, ça ne se passe pas. Ça fait que, dans le fond, d'encadrer ça, il ne faut surtout pas, par exemple, que la donneuse ait un désir de grossesse important, puis, dans le fond, qu'elle donne ses ovules, puis qu'ensuite elle ne sera plus capable, elle-même, d'avoir des enfants. Ça fait qu'il y a certains critères qui existent dans les bonnes pratiques et qui pourraient être homogénéisés à travers le Québec.

Et, dans le fond, d'avoir des hôpitaux publics, des hôpitaux privés... Les hôpitaux privés font un peu ce qu'ils veulent, en termes de consentement à leurs patientes, et, si on avait tout le monde qui était dans le public, partout, on pourrait avoir des formulaires de consentement puis des guides pratiques homogènes pour être certain qu'il n'y ait pas de pression sur les donneuses d'ovule qui comprennent dans quoi elles s'embarquent, qui savent que c'est relativement douloureux puis que, bien, pour toute une vie, on est une maman biologique, dans le fond.

Ça va, la même chose, aussi pour les dons dirigés de sperme ou les dons dirigés d'embryons ou tous ces dons dirigés là, où ça se fait vraiment de manière très différente, d'une clinique à l'autre, où les formulaires de consentement sont très différents, où, si on était tous dans le public, on serait capable de dire : Bien, on va faire ça partout de la même manière puis avoir les mêmes formulaires, parce que c'est quand même complexe, aussi, à gérer de niveau médical, et au niveau psychologique, et au fonctionnement de la famille.

Le Président (M. Provençal) : Alors, je vais céder la parole à la députée de Roberval.

Mme Guillemette : Parfait. Il nous reste une minute, M. le Président? Deux minutes. Merci beaucoup, Dre Janvier, c'est très, très instructif, ce qu'on entend ici ce matin. Moi, j'aimerais vous entendre sur l'âge maximum pour les femmes pour la procréation. Donc, vous êtes d'accord avec le critère du 40 ans, 42 ans, là, donc j'aimerais vous entendre là-dessus.

Mme Janvier (Annie) : Dans le fond, je suis en faveur d'un âge maximal. Ce n'est pas nécessairement juste l'âge, c'est, en fait, le pourcentage de réussite. Si on était capables de baser ça sur un pourcentage de réussite, ça serait aussi bien, parce qu'il y a des femmes, par exemple, qui, à 39 ans, il ne leur reste plus grand-chose, puis d'autres, à 42, où il leur reste beaucoup. Ce qu'on sait, c'est qu'à 40 ans ça ne marche plus très bien, la fertilisation in vitro, puis, dans le fond, à chaque fois qu'on essaie, on fait du tort à cette femme-là, tu sais, en exigeant une ovulation, et tout ça, et ça risque de ne pas fonctionner.

Il faut aussi se souvenir qu'on a une poche d'argent, un budget, en fertilisation in vitro, puis, si on l'utilise là où ça ne marche pas, dans le fond, on va l'utiliser aussi moins là où ça fonctionne. Ça fait que c'est pour ça que je pense que le contrôle de qualité, c'est essentiel. Il faut vraiment regarder notre programme, qu'est-ce qu'il fait, puis regarder, à deux ans, est-ce que l'âge maximal devrait être 39, est-ce qu'il devrait être 40 à la place d'être 41. Puis, si on se rend compte qu'on dépense la moitié de notre argent pour des cycles qui ne fonctionnent pas, bien, peut-être que l'âge devrait être plus bas. Si on voit que c'est 80 % des cycles qui fonctionnent, bien, peut-être qu'ils devraient être un an plus haut, dans le fond, parce qu'on utilise l'âge de la femme comme proxy sur le taux de réussite.

Ça fait que, dans le fond, de mettre 41 ans, c'est basé sur un taux de réussite de 5 % à 10 %, et peut-être qu'il pourrait être plus bas, cet âge-là. Peut-être qu'on se dit : Si on rembourse le diagnostic préimplantatoire, c'est quand même cher, bien, on va réduire les femmes qui ont juste 15 % de taux de réussite, parce qu'on va mettre notre argent là où ça sert à quelque chose, où on va avoir un bébé à la fin. Ça fait que d'où l'importance de la balise pour voir, bien, combien qu'on a d'argent puis où est-ce qu'on veut le mettre. On veut le mettre où ça fonctionne.

Mme Guillemette : Bien, merci beaucoup.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Merci, M. le ministre. Maintenant, je vais céder la parole à la députée de Maurice-Richard. Madame, vous disposez de 11 minutes.

Mme Montpetit : Je vous remercie, M. le Président. Bonjour, madame... bonjour, Dre Janvier, merci beaucoup pour votre mémoire, effectivement, qui est très exhaustif à différents égards, et pour les réponses que vous faites depuis le début de l'échange qui a lieu. C'est effectivement, comme l'a souligné notre collègue, très instructif, c'est certainement le bon mot. J'ai de nombreuses questions. Puis, au fur et à mesure que vous parlez, ça soulève beaucoup de questions. Quand on rentre dans les enjeux d'éthique, il est... c'est des roches qu'on soulève et qui nous amènent d'autres questions.

Je continuerais peut-être, pour garder le focus sur la question de la limite d'âge... Quand vous nous... quand vous dites qu'au lieu d'avoir une limite d'âge qui serait fixée on devrait être... on devrait davantage prendre ces décisions-là sur... je ne veux pas mal vous citer, ça c'est très loin de mon expertise, mais sur un pourcentage de réussite, est-ce que la question qui se pose, dans le fond, c'est : Est-ce que l'âge devrait être déterminé par le projet de loi ou par le médecin qui suit une patiente, dans le fond?

• (11 h 40) •

Mme Janvier (Annie) : Dans le fond, l'idée de l'âge, c'est pour refléter le taux de réussite, parce que c'est beaucoup plus simple que de dire : Bien, c'est quoi, la réserve ovarienne, qu'est-ce qui se passe?, puis d'après ça

justifier ça. On se rend compte aussi, malheureusement, que, quand ça vient dans le compliqué, il y a beaucoup de médecins qui peuvent aller contre les balises puis se dire : Ah! bien, elle, elle a 43 ans, mais une belle réserve. On peut toujours inventer ou justifier pourquoi on veut faire une fertilisation à une femme, surtout quand on les voit, surtout dans leur état vulnérable de désir d'enfant, quand on est médecin, puis on essaie d'avoir une réussite avec ce désir d'enfant-là. Ça fait que c'est sûr que, pour une femme, 1 %, bien, c'est 1 %, ce n'est pas zéro, puis, pour un médecin en fertilité, 1 %, ce n'est pas 1 %... ce n'est pas zéro.

Ça fait que, dans le fond, je pense que c'est une bonne idée de mettre dans le projet de loi un âge. Parce que c'est assez simple de regarder la carte de RAMQ puis d'appliquer des règles, mais, même s'il y a un âge, mettons qu'il y a une femme qui n'a pas d'utérus puis qu'elle arrive à 39 ans, ils ne feront pas une fertilisation in vitro, ça fait que, tu sais, je veux dire, malgré l'âge, le jugement médical va être important. Un homme, par exemple, qui a une fibrose kystique, ne va probablement pas être apte à concevoir de manière naturelle malgré son âge, même s'il n'y a pas de limite d'âge chez les hommes. Ça fait que, dans le fond, le jugement médical est aussi très important, parce que, malgré le fait qu'on mette un âge, il y a des femmes de 35 ans qui sont en ménopause, qui n'en ont plus, d'ovules, puis ils vont recommander un don d'ovules, dans ce temps-là, puis pas une fertilisation in vitro standard.

Ça fait que l'âge, oui, il est important, je pense que c'est un reflet de l'efficacité puis c'est vraiment... je pense que c'est pour être simple. Si on pouvait vraiment avoir une petite température, puis on met un thermomètre, puis on voit si l'efficacité est au-dessus de 15 %, on dit «let's go», puis moins... Mais malheureusement ce n'est pas comme ça, la fertilité puis le corps humain. L'âge est utilisé comme un proxy du taux de réussite, dans le fond, pour que ça soit plus facile, moins complexe, dans le système de santé.

Mme Montpetit : Juste pour bien comprendre, parce que vous... bon, vous me dites : Le jugement médical, évidemment, est essentiel. Oui, je comprends qu'il est appliqué, dans le projet de loi, pour des femmes qui ont, justement, moins de 41 ans, dans certaines situations. Mais le jugement médical est exclu du projet de loi pour des femmes qui ont plus de 41 ans. Et ce que j'entends de la réponse que vous nous faites, c'est que le taux de réussite de certaines femmes qui ont, par exemple, 43 ou 42, 43, 44 ans pourrait être supérieur à celui d'une femme de 41 ans ou 40 ans... et se retrouvent exclues, donc, d'un cycle de gratuité?

Puis, encore là, juste pour être certaine de bien comprendre... Parce que vous faites référence, dans votre mémoire, puis vous l'avez fait aussi dans votre allocution de départ, à l'importance de se préserver de conflits d'intérêts, puis je veux juste voir comment vous... si vous vous opposez, dans le fond, à la question du jugement médical versus les conflits d'intérêts. Est-ce que le fait de mettre un âge limite n'est pas, pour vous, une façon de venir gérer ces conflits d'intérêts là ou c'est vraiment une question de taux de réussite, justement? Parce qu'on se trouve, de ce que je comprends que vous nous dites, à exclure quand même certaines femmes qui pourraient avoir un bon taux de réussite, là.

Mme Janvier (Annie) : Puis on va en inclure aussi, d'une autre manière, des femmes de 39 ans qui ont des taux de réussite qui sont peut-être moindres. Ça fait que ce n'est pas évident. Dans la nature, il y a des femmes, à 45 ans, qui ont des enfants relativement facilement, quand il y en a d'autres, à 30 ans, que ça ne fonctionne pas. Ça fait qu'en infertilité c'est aussi la même chose, ça peut être une femme de 42 ans que c'est son mari qui a des facteurs masculins. Je pense, c'est vraiment... tu sais, je vais redire ce que j'ai dit, c'est pour que ça soit plus simple à appliquer.

Puis c'est un peu la même chose partout en médecine. À qui on va offrir une greffe de moelle dans les récurrences de leucémie? On va avoir des critères précis puis on peut se donner que, généralement, quand ça marche dans moins que 5 % de temps, on ne va pas faire une greffe de moelle ou on ne va pas faire une greffe de foie. On a des critères, avec Transplant Québec, où il y a probablement des receveurs qui sont éliminés en faveur d'autres donneurs parce que le taux de réussite, il n'est pas assez bon.

Ça fait qu'il faut mettre cette limite-là sinon, bien, on essaierait chez tout le monde. Parce que 1 sur 1 000, c'est quand même 1 sur 1 000, puis 1 sur 500, c'est quand même 1 sur 500. Mais c'est important de se mettre des limites, en termes sociétaux, pour rentrer dans notre argent, surtout quand on voit tous les cycles qui ont été faits chez des femmes où ça n'a pas fonctionné dans l'ancien programme. C'est vraiment là où il y avait un dépassement de coûts. Puis ce n'est pas juste un dépassement de coûts, c'est que toutes ces femmes-là se font injecter, sont à risque de syndrome d'hyperovulation. On les met quand même... on les «subjecte» à des risques, là, en leur faisant ces techniques-là.

Ça fait que, dans le fond, il faut mettre : Est-ce que c'est 5 % de taux de réussite, est-ce que c'est 10 % de taux de réussite ou 15 % de taux de réussite? Ça, ça dépend combien on a d'argent puis combien on veut de naissances. Parce que, si on met notre programme sur toutes celles qui ont plus, par exemple, que 20 % de taux de réussite, on va avoir beaucoup plus de bébés puis probablement de bébés en santé, parce que ça va être des femmes plus jeunes que si on met la limite... Plus la limite est basse, plus on met de l'argent pour avoir... tu sais, dans le fond, la limite est basse en termes d'âge plus on met de l'argent pour avoir un bébé en santé chez ces femmes-là. Plus la limite, elle est haut en termes d'âge, bien, plus notre argent va à des cycles qui ne fonctionnent pas. Ça fait que c'est un peu la balance de combien on a d'argent dans notre poche puis où est-ce qu'on veut le mettre.

Mme Montpetit : Ce qui me préoccupe... Bien, encore là, là, je fais plus appelle à la néonatalogiste qu'à l'enjeu de la contrainte financière, dans l'échange que j'ai avec vous. Je ne vous dis pas que les ressources sont illimitées, loin de là, mais c'est juste... je veux bien partir qu'est-ce qui fait, justement, que la contrainte d'âge... Parce qu'encore là j'en reviens à votre mémoire, tu sais, vous... oui, vous dites : Les ressources ne sont pas illimitées. Mais ce n'est pas l'enjeu, à l'heure actuelle, qui m'intéresse dans l'échange que j'ai avec vous. Mais vous dites : On doit dédier ça aux individus qui ont des chances de réussite raisonnable. J'essaie juste de voir : Est-ce qu'il y a une autre façon d'aborder que la question de la limite d'âge?

Vous faites mention aussi... Là, je vous la pose parce que je vois le temps qui file, mais vous faites mention des impacts aussi de limiter le remboursement à un seul cycle, où vous notez, justement, que plus les gens ont des difficultés financières, plus ils avancent en âge aussi, plus ils sont susceptibles de tolérer un risque accru pour leur santé. Ça pourrait les amener, après un cycle, à aller vers des cliniques privées, où vous faites mention de conflits d'intérêts auxquels vous pourriez élaborer davantage, si vous avez le temps. Mais qu'est-ce qui, pour vous, serait une situation, je vais dire idéale, en termes de nombre de cycles? Je pense que vous connaissez, encore là, les taux de réussite certainement beaucoup mieux que nous.

Mme Janvier (Annie) : Dans le fond, le projet de loi n° 73 a une manière de rembourser qui est innovante, puis qui n'existe pas ailleurs, et qui n'existe pas dans la littérature non plus. Ça fait que, dans le fond, un cycle, d'habitude, est compté de : on commence la stimulation jusqu'au transfert d'embryon. Un cycle, dans le projet de loi n° 73 — on applaudit la définition d'«éthique» — c'est qu'on peut se servir de tous les embryons. Ça fait que vous voyez qu'une femme, en moyenne, à 30 ans, elle va avoir quatre embryons de fabriqués, puis mettons que c'est 50 % des embryons qui sont transférés, fonctionnent, cette femme-là devrait avoir deux enfants avec un cycle.

Le problème, c'est quand — mais j'ai même demandé aux gens en fertilité — on n'est pas capables de réviser la littérature pour savoir, avec l'âge de la femme, la moyenne des embryons qui vont être faits de différentes qualités et transférés, ça mène à combien d'enfants. On n'a aucune idée, parce que c'est vraiment une manière innovatrice et vraiment une très bonne manière de définir ce que c'est, un cycle. Et c'est pour ça que le contrôle de la qualité va devoir être flexible, puis de l'ériger en loi.

Ça serait beaucoup mieux de dire : On va regarder dans deux ans quels sont nos buts. Nos buts, c'est que x pour cent d'argent aille vers des cycles qui sont fructifians puis d'avoir la naissance d'un bébé en santé, sans trop de coûts pour le bébé et la femme. Et ça, ça nous permettrait d'ajuster ces balises-là. Parce que peut-être qu'un cycle, c'est en masse. Mais, dans le fond, dans la manière de décrire les cycles, dans les autres articles, c'est-à-dire, on ponctionne jusqu'au transfert d'embryons, une fois, une femme de 35 ans va avoir 50 % à 60 % de chances de réussite, mais on n'est pas là, parce que, dans cette femme de 35 ans, on va pouvoir lui transférer les autres embryons. Ça fait qu'on ne le sait pas encore, nous, la réussite et la fertilité des couples, avec ce qui est proposé dans le projet de loi, parce que ça n'a jamais été fait comme ça dans d'autres pays. Puis, à notre avis, c'est une très belle manière de le faire, de dire : Bien, on va transférer tous les embryons, un à un...

Le Président (M. Provençal) : Dre Janvier...

Mme Janvier (Annie) : ...que la femme fournit.

Le Président (M. Provençal) : Je suis obligé de vous interrompre parce que le temps d'échange avec la députée est terminé. Je cède maintenant la parole à la députée de Sherbrooke. Vous disposez de 2 min 45 s.

Mme Labrie : Bonjour. Je vous écoutais parler de la question des taux de réussite, le fait que l'âge est utilisé comme un proxy pour parler, en fait, du taux de réussite, puis je me demandais si on ne serait pas plus avisés de plutôt inscrire dans la loi le taux de réussite. Vous me corrigerez si je me trompe. J'imagine que les médecins sont en mesure d'évaluer le taux de réussite potentiel de chaque patiente. Et est-ce que ce ne serait pas mieux de fixer le taux de réussite à partir duquel c'est admissible dans la loi? Parce que j'imagine aussi que le taux de réussite, en fonction de certains critères comme l'âge, ça va évoluer dans le temps, là, en fonction d'évolution des recherches, des pratiques. Est-ce que ça exposerait trop les médecins aux pressions des parents... bien, des futurs parents, par exemple, si ça reposait sur eux de déterminer le pourcentage de réussite de chaque patiente?

• (11 h 50) •

Mme Janvier (Annie) : Bien, le premier facteur qu'ils vont utiliser, c'est l'âge de la mère, dans le fond, ça fait qu'ils vont prendre cet âge-là tout de suite pour un taux de réussite. Et ensuite, tu ne sais pas, il n'y a pas vraiment de manière très exacte, scientifiquement, comment le mesurer, ça fait que, oui, il y a ouverture à conflit d'intérêts.

Par contre, quand j'ai mis... on a mis des critères d'exclusion qui sont, eux, pas... qui ne sont pas tous réversibles, dans le fond. L'obésité pourrait énormément diminuer le taux de fertilité, et, si cette femme-là perdait du poids, ça serait beaucoup mieux que de faire une fertilisation in vitro. Ça fait qu'il y a d'autres, aussi, stratégies qu'on pourrait faire pour augmenter le taux de réussite des femmes, de leur fertilité.

Mme Labrie : Donc, quand les médecins évaluent le taux de réussite, c'est essentiellement l'âge. Ça serait quoi, par exemple, les autres facteurs, là? Vous parlez du poids.

Mme Janvier (Annie) : Bien, il y a la réserve ovarienne, il y a le poids, il y a vraiment beaucoup d'autres choses qui sont utilisées. Ça fait que, s'il y a des facteurs qui sont réversibles, bien, ils vont essayer de traiter ces facteurs réversibles là. Mais on comprend qu'une femme en ce moment, à 40 ans, qui a une obésité, bien, elle va préférer la fertilisation in vitro que d'essayer de perdre du poids, puis que ça ne fonctionne pas, puis elle n'a plus accès à la fertilisation in vitro. Ça fait qu'il faut quand même, nous aussi, être conséquents dans ce qui est réversible puis ce qui est bienfaisant pour la femme, bien, de tomber, par exemple, avec une obésité morbide, enceinte. Beaucoup plus de prématurité, beaucoup plus de césariennes, césariennes compliquées, beaucoup plus de problèmes pour cette femme-là. Ce serait beaucoup mieux qu'on encourage cette femme-là et qu'on l'encourage... je ne parle pas juste de

lui donner une tape dans le dos, qu'on ait vraiment un programme médical qui la prenne en charge de manière sérieuse pour l'aider dans sa perte de poids...

Mme Labrie : Ou... juste en quelques secondes...

Mme Janvier (Annie) : ...pour qu'elle tombe enceinte naturel.

Mme Labrie : Donc, c'est mieux pour vous de garder l'âge comme balise, plutôt qu'un pourcentage de réussite, dans la loi?

Mme Janvier (Annie) : Oui, c'est beaucoup plus simple, puis ça va amener à moins de conflits d'intérêts.

Mme Labrie : O.K. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, Dre Janvier. Je vais maintenant céder la parole au député des Îles-de-la-Madeleine, qui dispose lui aussi de 2 min 45 s.

M. Arseneau : Merci, M. le Président. Merci, Dre Janvier, pour ce mémoire. Évidemment, en deux minutes, je vais devoir choisir un élément. Et j'aimerais vous entendre élaborer sur l'importance du système public puis, en fait, peut-être nous dire, à l'heure actuelle, ce qui cloche avec le modèle, où 70 % des activités sont dans les cliniques privées, là. De façon synthétisée, quel est... quels sont les risques que l'on court en préservant le système actuel?

Mme Janvier (Annie) : Bien, il y a des risques d'accès, des risques énormes de conflit d'intérêts, des risques que les pratiques ne soient absolument pas homogènes. Il y a une clinique qui favorise les dons seulement de gamètes anonymes, l'autre renseigne les parents sur ce que ça veut dire d'avoir un enfant de gamètes anonymes et l'autre suggère d'avoir des gamètes non anonymes. Et on n'encourage pas non plus des bonnes pratiques homogènes à travers la province, par exemple, en ayant des consultations ou des... quand on fait le consentement éclairé, de manière homogène, d'une clinique à l'autre. Ça fait qu'une femme a accès à des cliniques qui vont offrir des soins différents, il y en a où on va payer la psychologue, il y en a où on ne paiera pas la psychologue. Et il faut vraiment déterminer les bonnes pratiques, qui devrait voir un psychologue, comment, les bonnes pratiques cliniques puis les suivre de la même manière dans toutes les cliniques.

M. Arseneau : D'accord, mais on pourrait aussi choisir de baliser les pratiques des cliniques privées, plutôt que de s'enligner vers des cliniques publiques?

Mme Janvier (Annie) : Avec des formulaires de consentement publics utilisés dans le privé, bien, ça serait surprenant que ça soit accepté par les cliniques privées, quand les patientes paient pour leur fertilité. Si ça devient contraignant comme ça, dans le public, ils vont aller à Plattsburgh pour se faire faire des jumeaux.

M. Arseneau : Et dans le cadre du projet de loi actuel, de passer de 30 % à 70 %, est-ce que vous avez des recommandations précises sur comment on peut le faire ou c'est simplement, là, une orientation qu'il faudrait avoir? Quels sont les moyens qui sont à notre disposition sur le plan législatif?

Mme Janvier (Annie) : Bien, les moyens, c'est que les cliniques qui étaient publiques redeviennent publiques, que le CHUL ou le CHUS, selon ce que le gouvernement décide, soient développés et qu'on ait un cap de cycles qui soient faits, dans le privé, pour favoriser ces cycles-là dans le public, d'avoir des fellows qui sont essentiellement dans le public et non dans le privé, d'avoir de la recherche qui est essentiellement dans le public et non dans le privé. Tout ça, ça va attirer les patients et les fellows.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, Dre Janvier, pour votre contribution à nos travaux. On s'excuse aussi pour tous les problèmes techniques que nous avons eus, mais on a eu quand même un très bel échange avec vous.

La commission suspend ses travaux jusqu'après les affaires courantes. Merci.

(Suspension de la séance à 11 h 56)

(Reprise à 15 h 30)

Le Président (M. Provençal) : À l'ordre, s'il vous plaît! La Commission de la santé et des services sociaux reprend ses travaux. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs appareils électroniques.

La commission est réunie afin de poursuivre les consultations particulières et les auditions publiques sur le projet de loi n° 73, Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée.

Cet après-midi, nous entendrons par visioconférence les organismes suivants : l'Association Infertilité Québec, le Centre de la reproduction du Centre universitaire de santé McGill et le Centre de procréation assistée du Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine.

Avant de commencer officiellement, je tiens à remercier l'équipe technique d'avoir solutionné la problématique que nous avons ce matin. Je peux vous dire que les gens de la commission l'apprécient grandement.

Je souhaite donc la bienvenue aux représentants de l'Association Infertilité Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter puis à commencer votre exposé. Je vous cède la parole, mesdames.

Association Infertilité Québec (ACIQ)

(Visioconférence)

Mme Braun (Céline) : Merci. Céline Braun, présidente et porte-parole de l'association. Je suis aujourd'hui accompagnée de Mme Justine Tremblay, trésorière... Julie Tremblay, excusez-moi.

L'Association infertilité Québec a vu le jour le 19 mai... (panne de son) ...nos 15 années d'existence, 15 années de représentation afin de faire reconnaître l'infertilité comme une maladie, telle que reconnue par l'Organisation mondiale de la santé, 15 années à sensibiliser la population à notre cause, 15 ans à essayer de briser les tabous de l'infertilité, encore bien trop présents dans notre société actuelle.

(Panne de son) ...la loi n° 20 a été sanctionnée, retirant la couverture de la fécondation in vitro et remplacée par un crédit d'impôt pour traitement de l'infertilité. Journée sombre pour les personnes infertiles. Pour plusieurs, la fin de la couverture publique a signifié la fin d'un projet familial, la fin de l'espoir d'un jour accueillir un enfant et d'enfin devenir une famille. Certains patients se sont retrouvés devant rien, après des années de long cheminement qui part de l'acceptation de sa condition d'infertile jusqu'à la décision d'entreprendre des traitements de fertilité. Pourtant, l'ancien programme québécois a eu des retombées positives tant pour le Québec que pour la santé des mères et des bébés, bien que fort mal balisé.

Le rapport sur la loi sur les activités et de recherche en matière de procréation assistée, publié en 2013 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que l'étude du commissaire à la santé et services sociaux, publiée en 2014, rapportent ces accomplissements concrets. Plus de 5 000 enfants sont nés de l'ancien programme. Une réduction importante du nombre de nouveau-nés issus de la grossesse multiple, en passant de 38,5 % à 17,2 % entre 2010 et 2013. Le Québec était passé d'un taux de 30 % de prématurés issus de la PMA à 20 %, une baisse de 10 % en quatre ans. Les taux de grossesses multiples étaient passés de 27 % à 5 % à la suite d'une fécondation in vitro. Le Québec était pris en exemple partout dans le monde.

Durant ces cinq dernières années, nous avons pu constater une recrudescence des séparations de couples qui se trouvaient dans les couloirs de l'infertilité. La lourdeur des traitements ainsi que le poids financier de ceux-ci ont eu de gros impacts sur les patients. Nous avons également vu une très forte hausse de demandes de soutien psychologique, augmentation du tourisme médical. Puis la pandémie s'est invitée dans nos vies. Les personnes infertiles ont perdu espoir de retrouver une couverture.

C'est pourquoi nous avons accueilli avec positivisme le projet de loi n° 73, le 11 novembre dernier, soit presque jour pour jour la date de la sanction de la loi n° 20. Ce faisant, le Québec effectue un retour à la normale. En effet, plusieurs pays couvrent, depuis déjà des années, les traitements de fécondation in vitro : la France, la Grande-Bretagne, l'Espagne, l'Israël, l'Argentine, pour ne donner que quelques exemples. Plus récemment, l'Ontario et l'État de New York ont eux aussi introduit la couverture de la FIV.

Les patients infertiles de toutes ces régions du monde et du Québec partagent le même sentiment. La couverture publique de la fécondation in vitro est une reconnaissance de cette condition que vivent des jeunes adultes partout à travers le monde. Cette couverture vient aussi briser des tabous bien tenaces et donne la permission aux gens de parler de ce qu'ils vivent et des difficultés de vivre avec l'infertilité. Nous espérons qu'un jour ce sujet sensible pourra être discuté ouvertement et sans préjugés.

Le projet de loi n° 73 a pour but de rendre la procréation médicalement assistée accessible, sécuritaire, éthique et pérenne. L'ACIQ souhaite vous proposer quatre pistes de solution afin d'en assurer son acceptabilité sociale et de permettre l'atteinte de l'un de ses objectifs fondamentaux : permettre la réalisation de projets familiaux, à l'instar de plusieurs d'entre nous réunis aujourd'hui.

Nos quatre recommandations sont... la première étant de définir l'admissibilité des patients en fonction d'une évaluation médicale et non d'une limite d'âge systématique sur le critère de l'âge. Il est démontré que le taux de succès de la procréation médicalement assistée est contingent à de nombreux facteurs autres que l'âge, notamment les problèmes environnementaux liés à notre mode de vie, l'exposition aux polluants, aux toxines présentes dans l'environnement. Un autre exemple : dans le cas de patientes bénéficiant de dons d'ovocytes, elles ont obtenu un taux de naissances vivantes comparable à une autre patiente.

La deuxième recommandation est de limiter à trois le nombre d'inséminations intra-utérines couvertes par la Régie d'assurance maladie du Québec avant le passage en in vitro. Bien que pas obligatoire pour toutes les patientes, il est démontré que, pour certaines patientes, l'insémination intra-utérine ne débouchera sur aucune naissance vivante. L'ACIQ est favorable à la centralisation des données qui sera permise par la couverture publique de soins en fertilité, de la stimulation ovarienne à la fécondation in vitro, qui permettra un suivi détaillé de la situation sur le territoire québécois. 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'inséminations n'a aucun impact sur le taux de succès de la fécondation in vitro.

(Panne de son) ...deux cycles les services de procréation assistée requis à des fins de fécondation in vitro 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 réceptifs aux traitements d'insémination intra-utérine. Considérant ces taux de succès probants selon les données médicales, le coût émotionnel et physique, pour les patients, du processus ainsi que les coûts associés au programme, il serait pertinent de permettre l'accès à une couverture de la FIV plus grande. De plus, les économies réalisées par une baisse du nombre d'inséminations intra-utérines pourraient être investies dans ce cycle supplémentaire.

Notre dernière recommandation est 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 d'âge fixée par le projet de loi n° 73 ne correspond pas à la réalité sociale de la population québécoise. Selon l'Institut de la statistique du Québec, 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.

Pour terminer, il ne faut jamais oublier que l'infertilité n'est pas un choix de vie. Elle est subie par les personnes que nous représentons et est vécue comme une incapacité. Personne ne débute sa vie en espérant un jour passer par une clinique et des traitements de fertilité pour avoir un jour l'énorme privilège de devenir parent. Mais il est rassurant que, comme société, nous soutenions les personnes qui décident de s'engager... la voie de la parentalité, car, ne l'oublions pas, ces enfants, qu'ils soient nés d'une conception naturelle ou médicalement assistée, sont notre avenir.

Je remercie les membres de la Commission de la santé et des services sociaux pour leur attention.

• (15 h 40) •

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie, madame, pour votre exposé. Nous allons maintenant débiter la période d'échange. M. le ministre, à vous la parole, 16 min 30 s.

M. Carmant : Merci. Je m'en souvenais. Bonjour, Mme Braun. Bonjour à votre collègue. Je vous salue.

Mme Braun (Céline) : Bonjour, M. Carmant.

M. Carmant : Merci beaucoup pour le mémoire que vous nous avez déposé. Je veux juste m'assurer avec vous qu'on s'entend sur la définition qu'on utilise pour un cycle. C'est une définition un peu nouvelle, là, que nos équipes ont mise de l'avant, puis surtout c'est une définition qui permet à un couple infertile, en fait, d'avoir une famille, là. On ne parle pas d'un seul bébé. Je veux juste être sûr qu'on s'entend bien là-dessus.

Mme Braun (Céline) : Oui, oui, on s'entend bien. On a bien compris le principe que c'est jusqu'au transfert du dernier embryon, de la première ponction.

M. Carmant : Parfait. Donc, on comprend également que, pour l'insémination artificielle, disons qu'une famille, un couple a un bébé après une deuxième, il pourrait avoir trois enfants de ces six inséminations. Est-ce que vous avez...

Mme Braun (Céline) : Bien, il est... Actuellement, vous proposez six. Nous, on aimerait ça réduire à trois, au vu du fait...

M. Carmant : Mais c'est...

Mme Braun (Céline) : ...au vu certainement du fait que le taux de réussite n'est pas probant après la quatrième.

M. Carmant : O.K. Mais c'est là qu'on ne se comprend pas. Un, nous, on dit que le médecin n'est pas obligé d'aller à six, là, ce n'est pas une obligation, c'est vraiment sur la base clinique. Puis l'avantage de six, c'est que, si... par exemple, quelqu'un peut avoir un enfant après deux inséminations au couple, même le couple femme-femme, là, qui pourrait avoir chacun un enfant, ça pourrait permettre ça.

Mme Braun (Céline) : Je comprends tout à fait, mais ça permet, à quelque part, comme une certaine discrimination au niveau des gens qui passent directement en fécondation in vitro qui n'ont pas... qui n'auront zéro résultat au niveau de la fécondation in vitro. C'est une question d'équité de ce côté-là. Parce qu'on peut passer en processus d'insémination, on a un premier enfant, on se part dans un autre processus d'insémination, on peut en passer trois, puis après partir en fécondation in vitro, et former une famille nombreuse. Il n'y a pas de problème avec ça, dans le sens où on a un accès très vaste à l'insémination.

M. Carmant : O.K. Donc, vous voudriez qu'on concentre juste... Parce que le projet inclut toutes les formes de procréation médicale assistée. Vous voudriez qu'on se concentre plus sur la FIV, c'est ça que vous me dites?

Mme Braun (Céline) : Justement, justement. Parce qu'au niveau des résultats ils sont bien plus probants qu'en insémination également.

M. Carmant : O.K. Mais c'est quand même une... On se rend compte que la FIV, c'est quand même quelque chose de pas facile, là.

Mme Braun (Céline) : Non, on le sait. Je suis passée par là puis j'en ai vécu une, donc... Non, je connais exactement la lourdeur de tous ces traitements-là. Mais, quand on a l'espoir d'avoir, en tant que personne infertile... Et, souvent, ce sont les personnes qui ont une infertilité inexplicée qui passent directement en fécondation in vitro. Et souvent le premier cycle est le dosage de la médication pour préparer à la réussite. C'est arrivé très, très souvent dans ce sens-là et c'est pour ça que nous aimerions ouvrir la possibilité à un deuxième cycle, surtout pour ces personnes-là.

M. Carmant : D'accord. C'est sûr que, nous, il y a des enjeux financiers, là, si on va à un deuxième cycle, parce que... Nous, ce qu'on s'est dit, c'est : on voulait viser autour de 3 500, de façon récurrente, le cycle par année. Si l'on va avec un deuxième cycle, ça nous obligerait peut-être à mettre une limite fixe, plutôt que se baser sur des critères cliniques qui ouvriraient la porte à plus d'individus. Est-ce que vous trouvez qu'il n'y a pas une justice, là-dedans, en soi?

Mme Braun (Céline) : On pourrait augmenter le nombre de fécondations in vitro visées, sans problème, ça... Pour moi, selon moi, économiquement, en réduisant les inséminations, on peut mettre cet argent qui n'a pas été utilisé en insémination sur des cycles de la fécondation in vitro.

M. Carmant : O.K. On parle quand même de montants qui sont très différents, là.

Mme Braun (Céline) : Oui, certain, mais, comme je vous dis, ce serait certainement important pour les gens qui ont des... Ah! excusez-moi, je bégaie...

(Interruption)

M. Carmant : Prenez votre temps, il n'y a pas de problème.

Mme Braun (Céline) : C'est important pour nous de pouvoir donner une deuxième chance aux personnes qui n'ont pas cette possibilité de passer en insémination.

M. Carmant : O.K. Puis vous comprenez aussi que quelqu'un qui a une fécondation, une stimulation ovarienne, et qui a plusieurs embryons pourrait avoir une famille de plusieurs enfants avec un seul cycle, comme on le définit?

Mme Braun (Céline) : Oui, tout à fait. Oui, tout à fait.

M. Carmant : O.K. J'ai été surpris de vous entendre dire tantôt, là... de risque de séparation qui est accru, là, chez ceux qui ont... les couples infertiles, quand ils n'ont pas eu accès à la fécondation in vitro. Quels sont, selon vous, les... le support, là, émotif et psychologique qu'on devrait inclure dans le programme, là, pour l'accompagnement des couples? On entendait parfois que l'accompagnement est très variable d'une clinique à l'autre. Vous, c'est quoi, votre expérience? Qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer ça?

Mme Braun (Céline) : Selon nous, on aurait toujours voulu que chaque couple puisse bénéficier d'une consultation psychologique avec un professionnel de la santé, ce qui va lui permettre de comprendre qu'est-ce que la fécondation in vitro, est-ce que notre couple est suffisamment solide pour passer au travers, est-ce que... Parce que ce n'est pas juste madame qui rentre dans un traitement, c'est le couple. Et ça, c'est quelque chose qui est méconnu, bien souvent. Et ce qu'on a constaté, au fil des années, c'est que l'infertilité est sur madame, donc monsieur, bien, il s'en fiche un peu : Non, c'est ton problème, regarde, moi, je ne me présenterai pas puis... On a souvent vu ça et on le lit souvent encore. C'est quelque chose, pour nous, qui est très important que le couple puisse être solide et comprendre exactement, psychologiquement, ce que sera un traitement de fécondation in vitro.

M. Carmant : D'accord. Au niveau de la préservation de la fécondité, je suis un peu en accord avec vous que 25 ans, ce n'est peut-être plus la réalité d'aujourd'hui. Avez-vous des statistiques par rapport à l'âge du diagnostic? Puis, vous savez, il y a toutes sortes de choses un peu floues, là, dans la littérature, là, comme le...

Mme Braun (Céline) : Non, malheureusement, je n'ai pas trouvé de statistiques sur la préservation de la fertilité et quand les personnes vont aller chercher leurs gamètes ou leur préservation. Ce que nous, on s'est basés, c'est réellement sur l'âge de conception des enfants actuellement, en 2020, 2019-2020. Donc, c'est sur cette base-là qu'on s'est basés, en disant : 25 ans, c'est jeune un peu. Et, en parlant avec les jeunes autour de moi, je travaille avec des jeunes adolescents qui sont à l'Université Laval, pour eux, ils ont 25 ans, 26 ans, mais ce n'est pas encore dans leurs plans, là. Ils veulent terminer leurs études tranquilles, ils veulent aller plus loin. C'est dans ce sens-là qu'on vous fait notre proposition.

M. Carmant : D'accord. M. le Président, je passerais la parole à la députée de Soulanges.

Le Président (M. Provençal) : Oui. Alors, Mme la députée de Soulanges, je vous cède la parole.

Mme Picard : Bonjour. Bonjour, mesdames. Merci d'être parmi nous aujourd'hui. Je voudrais savoir quelles informations les couples infertiles ont besoin d'avoir pendant le début de la couverture du programme. Selon vous, qu'est-ce qui devrait être... comment on devrait faire la promotion aussi, là, de ce nouveau programme?

Mme Braun (Céline) : Pour nous, il a été... On a vu le gâchis, le chaos qu'avait donné la transition de la fin de la loi n° 20. Donc, on a vécu un grand manque d'information, on courait après les questionnements : Ah oui! mais est-ce que ça, ça va être encore couvert? Non, ça, ça ne l'est plus. Peut-être faire un mémo bien précis avec tout ce qui va être couvert par le gouvernement et vraiment avec toute la couverture. Le crédit d'impôt, je sais qu'on n'en parle pas dans le projet de loi, mais ça, c'est quelque chose qui va être aussi important d'être intégré dans le mémo.
• (15 h 50) •

Mme Picard : Parfait. On sait qu'il y a déjà... il y a beaucoup de tabous, là, reliés à l'infertilité, et vous en parlez. Quelle solution vous proposez pour défaire un peu les tabous qu'il y a au sein de la population?

Mme Braun (Céline) : En parler, mais dans les cours d'éducation sexuelle, c'est très important. Ça commence tôt. Les jeunes sont déjà au secondaire, ils ne savent pas qu'une MST peut provoquer une infertilité. Il y a plein de facteurs qui pourraient déjà commencer en jeune âge. La sensibilisation, ça, pour moi, devrait déjà commencer au secondaire afin que ça se propage dans la population.

Mme Picard : J'ai droit à une dernière question, monsieur?

Le Président (M. Provençal) : Oui, oui, pas de problème, vous avez du temps, oui.

Mme Picard : O.K. Parfait. J'aimerais savoir, parce qu'il y a beaucoup de... Vous êtes la première, là, qui vient vers nous, bien, je crois, qui a subi tous les tests, là, et puis qui a passé par-dessus tout ce processus-là. Pouvez-vous nous expliquer, là, la démarche complète, là? Bien, peut-être pas rentrer dans les détails, là, mais dans le sens que...

Mme Braun (Céline) : Non, non. Comment ça se passe?

Mme Picard : ...comment ça se passe et puis s'il y a des petites idées d'amélioration de processus que vous pouvez nous amener en... par le chemin du processus.

Mme Braun (Céline) : Donc, mon couple à moi avons eu un premier enfant naturel, puis ensuite on s'est essayé pendant deux ans. Après deux ans et demi, on s'est dit : Ça ne marche pas, il y a quelque chose qui ne va pas. On a pris rendez-vous en clinique et on a commencé une batterie de tests. Ça nous a pris à peu près six à sept mois pour avoir tous les résultats de tests et partir dans un premier processus.

Mais on est peut-être un cas rare d'avoir attendu aussi longtemps. Ça a marché la première fois, mais ça ne marche plus, là. Pour d'autres, ils vont attendre six mois, une année, et là ils commenceront d'aller consulter soit en passant par la gynécologue, qui va commencer de donner un certain taux d'hormones à madame afin de voir si c'est ça qui bloque, puis ensuite ils seront redirigés auprès des cliniques de fertilité.

Dans mon cas, on a commencé par l'insémination intra-utérine, et, je l'avais déjà expliqué ultérieurement à un de vos collègues, quand je suis arrivée pour mon insémination, j'étais prête pour ça, le médecin, il est entré, il a dit : Qu'est-ce que vous faites là aujourd'hui?, ça ne sert à rien, l'insémination, le taux de spermatozoïdes viables de votre conjoint est insuffisant, vous passez en fécondation in vitro. Moi, là, je venais de perdre à peu près tout un mois de cycle et puis j'ai dû partir après en fécondation in vitro.

On a dû faire un mois de pause, et ça m'a pris environ neuf mois avant de pouvoir avoir ma ponction entre le moment où j'ai consulté et le moment où j'ai eu la ponction ovarienne. De là a découlé une première naissance, mon fils Yoann. Et puis, ensuite, j'ai eu un deuxième transfert, et, au dernier embryon qui me restait de congelé — c'était ça passe ou ça casse — j'ai eu ma fille, la petite dernière, mon troisième enfant.

Ce n'est pas tout le monde qui l'a aussi facile. Moi, j'avoue que, comme le problème n'était pas de mon bord, était plus du bord de mon conjoint, je n'ai pas vécu les hauts et les bas d'une fausse couche, je n'ai pas vécu l'aspect lourd psychologique d'un embryon qui était implanté puis qu'on arrive avec une coquille vide, pas de coeur qui bat, pas de positif. Donc, j'ai été relativement chanceuse. Mais d'autres, comme Julie, qui m'accompagne aujourd'hui, n'ont pas vécu la même chose que moi. Ils l'ont eu beaucoup plus difficile.

Mme Picard : O.K. Et, dites-moi, dans la mécanique de tout ça, l'embryon, si vous ne l'utilisez pas, qu'est-ce qui... la clinique vous appelle, vous sensibilise pour le... Comment ça se passe, le transfert?

Mme Braun (Céline) : Bien, l'embryon, une fois congelé, reste congelé. Puis après, vous payez à chaque année. Bien, quand le gouvernement payait, on avait tant de temps puis on n'avait pas de pop-up qui nous disait : Allo! Tu as encore quelque chose qui est congelé chez nous. Donc, ça peut rester là des années, il n'y a personne qui s'inquiète de ça. C'est pour ça qu'actuellement, au Québec, il y a un très grand nombre d'embryons congelés dont les gens ne savent pas quoi faire.

Donc, je pense qu'à quelque part ça serait très important aussi que, du côté des cliniques, on dise : Bon, bien là, ça fait une année qu'il est là, ton embryon, qu'est-ce que tu décides de faire? Parce qu'il y a tellement d'options. On

peut en faire don à quelqu'un qui en a besoin, ce qui arrive souvent, nous en faisons... Nous sommes des intermédiaires, dans ce cas-là. La personne nous écrit à l'association, on publie son post, puis les gens se contactent entre eux. Donc, ça donne d'autres enfants issus de la procréation par don d'embryon, don dirigé d'embryon. Sinon, bien, il y a la possibilité de remettre l'embryon à la science ou simplement de le détruire.

M. Carmant : Justement, à écouter votre histoire, j'ai pensé à... Tu sais, je sais que l'âge n'est probablement pas le seul facteur dont il faut tenir compte, mais, pour favoriser le flux de patients puis éviter les délais dans les évaluations, nous, on pensait que c'était la façon la plus simple et la plus juste de gérer, par un point d'entrée central, la distribution des services. Je vois que vous étiez hésitante par rapport à ça. Pouvez-vous me partager vos pensées là-dessus?

Mme Braun (Céline) : Par rapport?

M. Carmant : À l'utilisation de l'âge.

Mme Braun (Céline) : Bien, moi, je trouve que 42 ans, c'est jeune. Parce qu'il y a quand même encore des femmes très en santé, et tout ça. Puis, pour le règlement au niveau du sperme, je trouve que... 25 ans, pour le sperme, je trouve que c'est très jeune, très jeune de pouvoir décider ce que je fais de ça parce que... Il ne faut pas se précipiter dans la vie non plus, parce qu'on a quelque chose de congelé, puis de dire : Bon, bien, c'est avec ma copine du moment... De 25 ans à 30 ans, on peut changer de personne, ça arrive très souvent. Et, pour moi, je trouve que 30 ans, ça serait idéal.

Le Président (M. Provençal) : Merci, M. le ministre. Je cède maintenant la parole à la députée de Maurice-Richard. Vous disposez de 11 minutes.

Mme Montpetit : Je vous remercie beaucoup. Bonjour, Mme Braun. Bonjour à la personne qui vous accompagne également. Je sais que vous avez une longue feuille de route et une bonne expertise dans le dossier qui nous occupe aujourd'hui. Donc, c'est vraiment fort intéressant de voir les recommandations que vous avez faites dans votre mémoire mais également les explications que vous nous donnez.

Malgré qu'elles soient limpides, je dois dire, il me reste quelques questions, précisions, en fait. Mais je continuerais peut-être sur le... pas peut-être, en fait, je continuerais sur l'échange que vous aviez avec le ministre sur la question de l'âge, qui revient, oui, dans votre mémoire, mais qui revient dans plusieurs mémoires qui nous ont été fournis aussi par les différents groupes qui viendront lors de ces consultations.

Vous citez quelques exemples à l'international qui soit ont fixé une limite d'âge plus tardive... Là, vous faites référence, par exemple, aux Pays-Bas et à la Norvège qui ont fixé un modèle, bon, de couverture publique mais en imposant une limite d'âge à 50 ans. Vous faites référence à l'Allemagne, à l'Italie aussi, où, là, c'est vraiment le bilan médical des patients qui est le seul critère, où il n'y a pas, donc, de critère d'âge. Également... mais je ne les citerai pas, vous les connaissez, mais je voulais que vous nous en parliez davantage.

Parce que la question qui est au coeur de ces enjeux-là, justement, c'est d'opposer une limite, je ne veux pas dire... je ne veux pas dire arbitraire, parce que ça ne serait vraiment pas la bonne utilisation du mot, une limite d'âge, en fait, qui repose sur certains critères. On l'a vu avec Dr Janvier ce matin, entre autres sur toute les questions de la réserve ovarienne, mais qui fait quand même abstraction aussi du jugement médical d'un médecin qui pourrait convenir qu'une femme qui a un âge supérieur à celui qui est encadré dans la loi pourrait avoir un bon succès aussi, également.

Donc, je voudrais vous entendre davantage sur les exemples de ces pays-là, si vous êtes capable d'élaborer davantage, mais je présume que oui, et sur ceux qui ont fixé... s'il y a d'autres critères, par exemple le bilan médical, comment c'est déterminé, comment ça pourrait... En fait, c'est vraiment pour nourrir notre réflexion pour quand on sera rendus à l'étude détaillée du projet de loi.

• (16 heures) •

Mme Braun (Céline) : Donc, pour nous, il y a une dizaine de pays qui, actuellement, se basent uniquement sur l'évaluation médicale du médecin. C'est dans ce sens-là que nous allons. Pour quelle raison? Qui de mieux qu'un médecin peut confirmer qu'une personne est en santé pour enfanter? Donc, selon nous, c'est important. Mettre un critère de 42 ans moins un jour, c'est comme dire à la madame de 42 ans qui fait son footing tous les matins, qui est super en «top shape» puis qui... zéro problème de cholestérol, ou tout ce... (panne de son) ...une quarantaine, et lui dire : Non, là, on a balisé ça, ce n'est pas grave, tu paies. Bien, si elle avait 41 ans, bien, elle a la même condition physique, elle a la même santé, mais pour une année on vient lui enlever ce côté... Bien, personnellement, je trouve ça discriminatoire, tout simplement. C'est discriminant de baliser ça à un âge bien précis.

D'ailleurs, on peut voir qu'en Grèce, en Espagne l'âge limite est rendu à 50 ans. En République tchèque, on est à 49 ans. Ce sont tous des pays qui ont un fort taux de procréation médicalement assistée, puisqu'il y a déjà du tourisme médical dans ces pays-là. Donc, est-ce qu'on veut rapatrier nos Québécoises dans ces pays-là, faire du tourisme médical, donner une possibilité à engendrer des problèmes médicaux puis qu'on les traite après ici, qu'elles perdent leurs enfants? Je trouve... C'est dans ce sens-là que nous, on appuie le fait que la condition médicale doit être définie par un médecin.

Mme Montpetit : Merci beaucoup. Est-ce que vous savez si, dans les pays auxquels vous faites référence justement... est-ce qu'il y a plus de complications durant la grossesse? Est-ce qu'il y a plus d'enfants prématurés? Parce que je pense que c'est un peu la présomption, entre autres, qui est faite de limiter l'âge et de s'assurer d'un taux de succès, mais de limiter aussi d'autres complications. Est-ce que vous savez s'il y a des enjeux à ce niveau-là?

Mme Braun (Céline) : Quand on parle du tourisme médical, on parle aussi de risques liés à l'implantation du nombre d'embryons. J'ai eu connaissance, l'année passée, d'une Québécoise qui est partie en République tchèque. Elle est arrivée là-bas, elle a eu tous ses traitements, elle est rentrée avec ses embryons. Ils avaient pris congé ici, ils pouvaient se le permettre. Quand elle est rentrée, elle avait trois embryons d'implantés. La grossesse est partie, elle a commencé des triplés, elle a été suivie. Deux des triplés sont décédés, et il lui reste une petite fille. Donc, ça a été une grossesse à risque qui a été traitée au Québec et non par les médecins suivant le dossier au niveau de la République tchèque. Et c'est le genre de chose qu'on veut réellement éviter en implantant une discrétion au médecin sur l'âge de la patiente.

Mme Montpetit : Oui, que ça amène des comportements parallèles, si l'on ne présente pas les solutions. Pour bien vous comprendre... Encore là, vous parlez de discrimination par rapport à l'âge, mais dans les différents, dans le fond, modèles qui existent à l'international, vous présentiez des modèles où l'âge est beaucoup plus tardif, dans le fond, vous faisiez référence à 50 ans pour quelques pays et d'autres où il n'y a pas d'âge du tout. Juste pour bien vous comprendre, est-ce que, de votre point de vue, vous seriez... vous auriez tendance à recommander, dans le projet de loi, qu'on s'en tienne uniquement au jugement médical, sans aucune balise au niveau de l'âge ou qu'il y ait quand même une balise, mais qu'elle soit supérieure, comme c'est fait dans d'autres pays?

Mme Braun (Céline) : Pour moi, j'irais avec le jugement médical, qui a déjà prouvé bien des choses. Donc, on peut quand même laisser une liberté aux médecins de pouvoir dire si la patiente est en santé ou non.

Mme Montpetit : Vous avez bien dit «jugement médical», hein? Je m'excuse... Oui? Parfait. Je vous remercie beaucoup. Le son, des fois, ne rentre pas toujours bien. Je ne veux pas mal vous citer par la suite. Merci beaucoup.

Dans vos recommandations, aussi, vous avez recommandé d'augmenter l'âge maximal, dans le fond, pour les services de congélation, d'entreposage du sperme jusqu'à 30 ans. À l'heure actuelle, c'est 25 ans. Puis je trouve que l'argumentaire que vous faites au niveau de la réalité sociale de la population du Québec... Je peux comprendre qu'à 25 ans, effectivement, un jeune homme n'est peut-être pas encore dans ces réflexions-là aujourd'hui, en tout cas, pas quand on voit que la moyenne, je pense qu'elle est à 28 ou 29 ans, au niveau du Québec, pour un premier enfant. Est-ce qu'encore là... est-ce qu'il y a des exemples à l'international que vous souhaiteriez porter à notre attention ou juste commenter davantage sur cet élément-là? Je trouvais ça intéressant.

Mme Braun (Céline) : Je n'ai pas trouvé de statistiques internationales pour ce point-là. Selon nous, c'était surtout que les jeunes hommes aujourd'hui, là, ils ne pensent pas du tout à procréer à 25 ans, là. On peut demander à beaucoup de monde, regardez autour de vous, posez des questions, vous verrez qu'à 25 ans on a encore le goût de finir ses études, d'essayer d'avoir une situation professionnelle afin de pouvoir accueillir un enfant dans les meilleures conditions. Et ce qu'on voit aussi beaucoup en infertilité, ce sont beaucoup de jeunes professionnels qui passent par ces processus-là en infertilité. Donc, ils ont tous fini leurs études, ils se sont installés dans la vie, puis ensuite on passe à l'étape suivante qui est de fonder une famille.

Le Président (M. Provençal) : M. le député de Marquette.

M. Ciccone : ...et rapidement. Merci beaucoup, M. le Président. Bonjour, Mme Braun. Moi, c'est sûr que, quand vous avez utilisé le mot «discriminatoire», ça m'a un peu interpellé, parce que je suis persuadé que le ministre, qui a un grand cœur, là, ne voudrait pas adopter un projet de loi où il y a une forme de discrimination. Vous parlez de l'admissibilité des patientes au programme en fonction d'une évaluation médicale. J'en suis, je comprends. Avez-vous cependant... Mais avez-vous déterminé quand même une certaine limite raisonnable, aussi, ou vous y allez seulement sur cette base-là d'admissibilité en fonction d'une évaluation médicale?

Mme Braun (Céline) : Moi, j'irais en fonction de l'évaluation médicale, parce que je n'ai jamais entendu d'abus des médecins dans le sens où on aurait dépassé l'âge d'une patiente au Québec. C'est dans ce sens-là. Le jugement médical au Québec est excellent. Ils ont aussi un outil, qui est sorti en 2016, les lignes directrices du Collège des médecins qui les guident également là-dedans. Et il est très important quand même que, si on valide déjà la pratique de la procréation médicalement assistée, on leur laisse un champ libre de pouvoir décider si la patiente qui a 42 ou 43 ans peut bénéficier de la procréation médicalement assistée.

M. Ciccone : Bien, merci de votre réponse. Je ne veux pas vous mettre dans un coin, là, mais avez-vous un pourcentage de taux de réussite après l'âge de 42 ans, comme l'âge qui nous concerne ici dans le projet de loi?

Mme Braun (Céline) : Bien, je vais voir. Juste un instant. Non, je n'ai pas ça malheureusement.

M. Ciccone : Bien, merci beaucoup de votre témoignage. Puis surtout je pense qu'il faut vraiment être à l'affût et prendre les bonnes décisions, parce que c'est un projet de loi qui est archihumain, et pour certaines femmes ou ces couples, c'est la dernière chance d'avoir... de pouvoir vivre la parentalité. Merci beaucoup de votre présence. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Je cède maintenant la parole à la députée de Sherbrooke pour 2 min 45 s. À vous.

Mme Labrie : Merci beaucoup, M. le Président. J'aimerais ça vous demander : Est-ce que ça répondrait à vos attentes qu'on laisse, par exemple, une limite d'âge dans la loi jusqu'à laquelle ce serait d'emblée admissible à un remboursement mais qu'on crée une possibilité, par exemple, qu'au-delà de cet âge-là, sur recommandation médicale qui indique que la personne a un taux de succès plus élevé que son âge, que ça puisse être remboursable? Est-ce que ça répondrait à vos attentes? Ça créerait comme une exception.

Mme Braun (Céline) : Oui, ça serait une... Bien, justement, on pourrait créer une exception, de dire que l'évaluation médicale a décidé que madame était capable de pouvoir aller suivre un traitement. Oui, c'est tout à fait quelque chose d'envisageable.

Mme Labrie : J'aurais une autre question pour vous. Vous avez parlé des difficultés que peut rencontrer un couple. Est-ce que, pour vous, ça devrait être inclus, dans le projet de loi, d'offrir aussi du soutien psychologique aux couples qui entament ces démarches-là?

Mme Braun (Céline) : Oui, tout à fait. Ça devrait même être obligatoire, au moins une séance avec un psychologue ou un psychiatre, peu importe, quelqu'un qui va les guider, les informer et voir surtout si le couple est capable d'endurer ça.

Mme Labrie : Est-ce que vous avez des données sur les taux de séparation, par exemple, des couples qui entament des démarches comme celles-là?

Mme Braun (Céline) : Non. Nous, ce qu'on a eu beaucoup, ces cinq dernières années, c'est qu'on est dans beaucoup de médias sociaux, dans différents groupes de soutien, et il n'est pas rare de voir : Mon conjoint s'est tanné, il s'en va, c'est juste mon projet de vie, ou : De toute façon, c'est trop compliqué. Le problème financier, c'est reconnu. Là, on doit vendre la maison, alors on a décidé de se séparer. C'est toutes des choses comme ça que l'on entend. Je vous dirais que, sur 10 couples, à peu près trois se séparent, depuis cinq ans, qui n'endurent pas tous ces traitements de fertilité.

Mme Labrie : O.K. Je vous remercie.

Le Président (M. Provençal) : Ça va? Je vous remercie pour votre contribution...

Une voix : ...

Le Président (M. Provençal) : Il n'est pas là. Je vous remercie pour votre contribution aux travaux de la commission.

Je suspends les travaux quelques instants afin que l'on puisse accueillir par visioconférence le prochain groupe. Je vous remercie beaucoup, madame, pour l'ensemble des réponses que vous nous avez fournies.

Mme Braun (Céline) : Merci de votre écoute.

Le Président (M. Provençal) : Bonne fin de journée.

(Suspension de la séance à 16 h 10)

(Reprise à 16 h 19)

Le Président (M. Provençal) : Alors, nous reprenons nos travaux.

Je souhaite maintenant la bienvenue aux représentants du Centre de la reproduction du Centre universitaire de santé McGill. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter puis à débiter votre exposé. Je vous cède la parole.

Centre de la reproduction du CUSM

(Visioconférence)

Mme Sidorowicz (Ewa) : Oui. Alors, bon après-midi. Je me présente, je suis Dre Ewa Sidorowicz, je suis la directrice des services professionnels au Centre universitaire de santé McGill, et je suis accompagnée du Dr William Buckett, qui va se présenter.

M. Buckett (William) : Oui. Bon après-midi.

• (16 h 20) •

Mme Sidorowicz (Ewa) : Oui. Dr Buckett est directeur du centre de reproduction, à notre hôpital, il est le directeur de la division du service.

Alors, bon après-midi, le Président, le ministre Carmant, bonjour, et aussi Mme et M. les députés. Alors, d'abord, nous tenons à vous remercier de nous avoir invités à déposer un mémoire sur le projet de loi n° 73. Et nous sommes heureux que le gouvernement ait décidé de remplir cette promesse électorale. Nous sommes convaincus que ce projet de loi représente un pas important vers l'amélioration de la santé psychologique et physique et de la qualité de vie de l'ensemble de la population du Québec. Nous décrirons le rôle de CHU en général et celui de l'Université McGill, du CUSM et du Centre de la reproduction du CUSM en particulier.

En guise d'introduction, l'Organisation mondiale de la santé a déterminé, en 2020, que l'infertilité est un problème de santé publique. L'infertilité et l'hypofertilité affectent une partie importante de la population mondiale. L'OMS a calculé que plus de 10 % des femmes sont touchées, des femmes qui sont restées dans une relation stable pendant au moins cinq ans, ont essayé en vain d'obtenir une grossesse. Les résultats des estimations fondées sur une période de deux ans indiquent une prévalence 2,5 fois plus élevée. On ne connaît pas les chiffres des hommes.

Au Québec, au moins un couple sur six se tourne vers un traitement contre l'infertilité. Le fardeau de l'hypofertilité et de l'infertilité est important et probablement sous-estimé.

L'infertilité est définie comme une maladie du système reproducteur et donne lieu à une incapacité. Malgré le lourd fardeau qu'elle engendre, les couples et les personnes qui souhaitent la réalisation et le maintien d'une grossesse mais qui n'y parviennent pas ont des besoins qui restent souvent insouffisants et subissent des effets non négligeables sur le plan de la santé mentale. La gestion de l'infertilité comporte un vaste éventail d'options d'évaluation et de traitement qui vont de simples méthodes de sensibilisation à la fertilité aux médicaments oraux visant à stimuler l'ovulation, par exemple, en cas d'infertilité anovulatoire, ou à la chirurgie, par exemple, en cas d'endométriose, en passant par des technologies de reproduction assistée plus avancées.

On peut également avoir recours à la FIV et aux traitements associés pour adresser l'infertilité sévère, pour éviter des maladies héréditaires chez les nouveau-nés, tenter de résoudre l'infertilité imputable à l'homme, diminuer la transmission des infections transmises sexuellement ou du VIH, faire face aux conséquences de la maternité retardée et aider les personnes qui doivent subir des thérapies contre le cancer compromettant leur futur potentiel de reproduction.

Depuis 2010, le Québec assume les coûts liés à l'évaluation et au traitement initial de l'infertilité, y compris la plupart des thérapies médicales et chirurgicales pour les hommes et les femmes ainsi que l'insémination intra-utérine. Toutefois, seules les personnes qui peuvent payer ont accès à la FIV. Nous sommes convaincus que les mesures décrites dans le projet de loi n° 73 accroissent l'accès aux traitements contre l'infertilité pour les personnes les plus gravement affectées. De surcroît, il a été démontré que le fait d'améliorer l'accès aux traitements de FIV aide à réduire l'âge auquel les personnes se font traiter ainsi que la stigmatisation associée à l'infertilité.

Maintenant, pour parler du Centre de reproduction du CUSM. Le CUSM contribue à créer des familles depuis l'établissement de sa clinique d'infertilité à l'Hôpital Royal Victoria dans les années 1960. Il s'agissait de la première clinique en son genre au Canada, et elle a donné naissance à certaines des premières publications scientifiques concernant le traitement de l'infertilité. En 1996, le Centre de la reproduction du CUSM a ouvert ses portes et est rapidement devenu l'un des établissements d'infertilité chefs de file au Canada, grâce à plusieurs premières nationales et internationales : première naissance au monde suivant le transport aérien d'ovocytes et d'embryons, en 1998; première naissance en Amérique du Nord suivant la maturation d'ovocytes in vitro; premier programme de diagnostic génétique préimplantatoire au Canada, en 1999, et première naissance, en 2000; première naissance au Canada suivant l'implantation d'ovocytes congelés, en 2005; première naissance en Amérique du Nord suivant la préservation de la fertilité grâce à la MIV pour cause de cancer, en 2012; et premier réseau au Canada d'oncologie pour la préservation de la fertilité, en 2017.

Depuis la transition à un service autofinancé au sein du CUSM en 2015, le centre a continué d'offrir une gamme complète et intégrée de services d'endocrinologie de la reproduction et d'infertilité, notamment l'ensemble des technologies de reproduction assistée, tout en maintenant ses activités universitaires et sa réputation internationale. En 2020, le centre du CUSM se distingue dans le domaine de la médecine de la reproduction par ce qui suit : le volume d'activités cliniques; l'approche de l'équipe multidisciplinaire, qui fait appel activement au personnel médical et au personnel de disciplines connexes afin d'offrir des soins complets et holistiques; l'excellence universitaire, programme d'enseignement de spécialité et de sous-spécialité reconnu à l'échelle nationale et internationale; et grande quantité de recherches de grande qualité. Les services du réseau intégré de santé et de services sociaux de McGill contribuent évidemment à supporter le programme.

Pour parler de la mission clinique, notre équipe multidisciplinaire comprend plus de 60 personnes qui fournissent des soins de qualité en faisant preuve de compassion dans un environnement sécuritaire et professionnel, tout en étant à l'avant-garde des technologies et des traitements en développement. Notre excellent rendement et notre position de chef de file dans le domaine ont été reconnus par Agrément Canada au cours de sa plus récente évaluation en 2019. Vous avez le document en annexe.

Nous formons un centre d'excellence qui offre une gamme complète et intégrée de soins en infertilité et endocrinologie de la reproduction, notamment par le biais de services de préservation de la fertilité pour les patients atteints de néoplasie, hommes et femmes, de chirurgie de la reproduction, de neuroendocrinologie, d'urologie, d'androgénologie, d'oncologie, de psychologie et de nutrition. Nous offrons en outre des traitements pour les fausses couches à répétition, la ménopause précoce et le syndrome des ovaires polykystiques. Notre taux de grossesses multiples, pour tous les traitements, est de moins de 5 % et de moins de 3 % pour la FIV en particulier. Nous avons des statistiques, dans l'annexe 2 du document, qu'on vous a envoyées, et je ne ferai pas tout le listing ici des différents éléments, vous pourrez voir les statistiques.

Le taux de grossesse clinique et le taux brut de natalité se sont continuellement classés parmi les premiers 25 % des cliniques canadiennes. Actuellement, le taux de grossesse clinique, en 2020, se compare très favorablement au

taux national. Le taux global de la grossesse par FIV est de 52 % pour tout le monde, comparativement à la moyenne canadienne, 37 %. Le taux de grossesse clinique par transfert de blastocystes, à tout âge, s'établirait à 72 %, comparativement à la moyenne canadienne de 41 %. Et le taux de grossesse clinique par transfert de blastocystes chez les femmes de moins de 35 ans est de 73 %, par rapport à la moyenne canadienne de 44 %. Compte tenu des niveaux de dotation actuels, nous pouvons réaliser jusqu'à 2 300 cycles de FIV par année et nous possédons l'expérience, l'équipement et l'espace nécessaires pour augmenter ce nombre au besoin.

Maintenant, pour vous parler de la mission d'enseignement. L'enseignement, la formation et l'éducation font partie intégrante de la mission du Centre de la reproduction du CUSM. Nous contribuons largement à l'enseignement au sein de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, notamment en dirigeant la composante... l'Université McGill — pardon — notamment en dirigeant la composante sexualité et reproduction de l'enseignement préclinique aux étudiants.

Nous sommes aussi impliqués dans l'enseignement de dysfonctionnement du système reproducteur aux étudiants du programme clinique et l'enseignement de l'endocrinologie de la reproduction et de l'infertilité aux résidents en obstétrique et gynécologie. Cet enseignement aux futurs médecins contribue à améliorer la santé sexuelle et la fonction reproductrice de tous les Québécois. Notre équipe contribue également à l'établissement de lignes directrices en matière d'infertilité et de procréation médicalement assistée, tant... dans de nombreux domaines, notamment les sciences infirmières, la psychologie, l'andrologie, et la gynécologie, et l'endocrinologie de la reproduction.

Notre personnel conseille le gouvernement du Québec et le gouvernement du Canada. Il rédige également des directives pour des organismes nationaux et internationaux tels que le Collège des médecins du Québec, la Société canadienne de fertilité et d'andrologie, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, l'American Society of Reproductive Medicine et la European Society for Human Reproduction and Embryology.

La médecine basée sur des données probantes est au cœur de l'enseignement. L'équipe fait également partie de la Cochrane Collaboration et a rédigé plusieurs analyses systémiques pour la Cochrane Database. Notre programme de formation de sous-spécialité, bourse de recherche en endocrinologie de la reproduction et fertilité, a été mis sur pied en 1976. C'était le premier au Canada. Il reste le plus important au pays. Les médecins...

Le Président (M. Provençal) : Docteur...

Mme Sidorowicz (Ewa) : Oui?

Le Président (M. Provençal) : Excusez-moi, je suis obligé de vous interrompre parce que votre temps est déjà écoulé. Alors, on va procéder maintenant avec la période d'échange. Et la première personne, c'est le ministre, qui va faire un échange avec vous. Alors, M. le ministre.

• (16 h 30) •

M. Carmant : Bonjour, Dre Sidorowicz. Bonjour, Dr Buckett. Merci beaucoup de ce que vous avez partagé avec nous. Et on voit clairement votre leadership sur le sujet.

Jusqu'à présent on a discuté avec beaucoup de groupes de patients des limites, au niveau de l'âge, qu'on a placées, et plusieurs semblent nous dire : Il faut se fier au sens clinique du médecin. Vous, qu'est-ce que vous pensez de l'âge limite de 42 ans qui a été décidé? Et aussi j'aimerais ça entendre parler Dr Buckett, là, des conséquences sur la maman, là, parce que personne ne parle de ça, là, tellement, de la stimulation ovarienne et puis des grossesses chez les femmes après l'âge de 40 ans.

M. Buckett (William) : Est-ce que je peux répondre, Ewa?

Mme Sidorowicz (Ewa) : Oui.

M. Buckett (William) : O.K. Alors, avec la limite d'âge de 42 ans, toujours, on a besoin d'avoir une balance entre l'efficacité du programme et les coûts. Alors, comme vous savez bien, il y a beaucoup de pays qui limitent le programme à 40, 41, 42 ou 43, alors je crois qu'avec un âge limite pour les cycles couverts financés par le gouvernement, d'avoir une limite d'âge à 42, je crois que ce n'était pas quelque chose de très mal si on compare avec les autres juridictions, les autres États, les autres pays. Aussi, je crois fortement, si on met une limite comme ça, ça va encourager la population d'«accesser» ces traitements à un âge plus jeune et ça va peut-être réduire l'âge. On trouve... et peut-être, quand vous allez parler, aussi... vous avez déjà parlé avec l'AOGQ, une des inquiétudes avec les mères... (panne de son) ...âgées que c'est plus lourd pour le système de santé, avec plus de complications. Et, si on peut encourager tout le monde à avoir les enfants plus jeune, ça va... cette décision va aider ça, je crois.

M. Carmant : D'accord. Merci. Et pouvez-vous me parler également de la préservation de la fertilité, là? Vous semblez également avoir une grande expérience là-dessus. On a décidé de sortir tout simplement du spectre du cancer mais aller vers d'autres maladies qui sont associées avec une perte de fertilité comme le déficit immun. Pouvez-vous nous en parler un petit peu, de votre expérience avec la préservation de la fertilité et puis le programme qu'on met sur pied?

(Panne de son)

M. Carmant : On vous a perdus. On ne vous entend pas.

Mme Sidorowicz (Ewa) : Ce que je voulais dire, c'est que ça fait partie d'une de nos recommandations. Je n'ai malheureusement pas eu le temps de les lire, il y en a six, dont celle-là, mais je vais laisser Dr Buckett parler de l'expérience clinique.

M. Buckett (William) : Alors, certainement qu'on trouve... écoutez, oui, c'est bien établi chez quelqu'un qui a besoin d'avoir la... (panne de son) ...pour le cancer, on peut retirer les ovules, les congeler, et on a des... plusieurs naissances après ça. Mais ce qu'on trouve un peu injuste est qu'on a des patientes qui ont besoin, néanmoins, de prendre la... (panne de son) ...ou qui ont un diagnostic du cancer, alors si on peut les couvrir peut-être un petit peu plus...

M. Carmant : D'accord, merci. Donc, augmenter. On est d'accord avec l'augmentation des indications. Une chose qui m'a surpris dans le projet, c'était que, dans certaines conditions, on laissait la possibilité d'implanter deux embryons. J'en ai parlé ce matin avec l'Association des pédiatres, qui semblait dire que c'était peut-être plus au niveau des obstétriciens gynécologues que ça se... d'où venait cette idée-là. J'aimerais avoir votre avis là-dessus puis le... pourquoi, est-ce que vous pensez que c'est une bonne idée ou pas.

M. Buckett (William) : D'ouvrir un petit peu la possibilité de transférer deux embryons chez quelqu'un de moins de 37 ans?

M. Carmant : Exactement. C'est ce qui est dans le projet.

M. Buckett (William) : Personnellement, je crois, un des grands succès avec le programme québécois est qu'on... (panne de son) ...que c'est limité à un embryon. Alors, je ne suis pas convaincu qu'on... (panne de son). Si on a deux embryons qui n'ont pas une très bonne qualité, est-ce qu'on transférerait ces deux embryons-là, mettons? Est-ce que ça va vraiment augmenter le taux de réussite? Je ne suis pas sûr. O.K.? Oui, je comprends, si on va transférer un et puis on va congeler l'autre... (panne de son) ...peut-être on a perdu une possibilité, mais ce n'est pas... Alors, on a trouvé, depuis les derniers cinq ans, où on a transféré juste un seul... (panne de son) ...chez tout le monde moins de 37 ans, on n'a pas eu beaucoup de cas où on a cru : Oui, on a besoin de transférer deux. Alors, peut-être de garder la situation qu'on a couramment va un peu mieux.

M. Carmant : D'accord, merci. Et je sais que le CUSM contribue beaucoup avec d'autres centres de niveau pour... au niveau des cliniques de fertilité. Pouvez-vous me commenter un petit peu comment ça se passe entre les différents centres puis comment faciliter le... Parce que nous, on veut centraliser les demandes et s'assurer d'une certaine équité, là, dans les services. Pouvez-vous nous parler de vos relations avec les centres à l'extérieur de Montréal puis comment ça se passe?

M. Buckett (William) : Alors, ça fonctionne avec plus de télémédecine. Alors, souvent, les centres satellites vont faire le... commencer le traitement. Initialement, ils vont faire la stimulation, faire les échographies, ils vont envoyer par fax les... ou même avec le système d'ERM, dossier électronique médical, le résultat de l'échographie, et on peut les...(panne de son) ...et puis expliquer les prochaines étapes. Alors, ça va réduire le besoin de venir montrer à Montréal, sauf que... (panne de son) ...bien sûr, ils vont venir. Alors, on croit que c'est un petit peu plus de travail parce qu'il y a beaucoup d'appels téléphoniques, etc., mais ça évite les... (panne de son) ...venir ici pour tout le traitement.

M. Carmant : Et êtes-vous satisfaits avec le système ou il y a des choses qu'on devrait améliorer?

M. Buckett (William) : Toujours, on peut améliorer le système qu'on a. Peut-être, si on a une façon de... peut-être plus vite, si on peut voir les images d'échographie, des choses comme ça, peut-être, ça va être un petit peu plus efficace. Parce que, quelquefois, on a les situations, on a... (panne de son) ...de cliniques satellites, mais ce n'est pas exactement le même si on... (panne de son) ...si on le voit nous-mêmes.

M. Carmant : Parfait. M. le Président, je passerais la parole à la députée de Roberval.

Le Président (M. Provençal) : Alors, maintenant, ça va être la députée de Roberval qui va vous adresser quelques questions. Mme la députée.

Mme Guillemette : Merci beaucoup, M. le Président. Merci à vous d'être ici pour répondre à nos questions. Moi, je voudrais en savoir plus un peu sur la recommandation n° 4, donc, qui parle de santé mentale, l'infertilité et les traitements connexes, vous dites, qui «sont liés à une détérioration de la santé mentale à court et à moyen terme... à court et [...] long terme.» Donc : «La couverture de la prestation des services de santé mentale spécifiquement associés à l'infertilité et aux traitements connexes réduirait l'impact sur la santé mentale...» Donc, j'aimerais vous entendre un petit peu longuement là-dessus, s'il vous plaît.

M. Buckett (William) : Ewa, est-ce que je...

Mme Sidorowicz (Ewa) : Oui, s'il te plaît...

M. Buckett (William) : Alors, quand la... (panne de son) ...2015, on a toujours eu des psychologues dans les cliniques qui vont aider des couples... (panne de son) ...difficultés avec l'infertilité, avec le traitement de l'infertilité. Et puis, quand le programme a été réduit avant, on était incités de... si les patients ont besoin de ces réunions, ces consultations psychologiques, ils étaient obligés de les payer. Alors, je crois, si... ou on croit, si on va ouvrir la FIV à tout le monde, aussi, on doit avoir la possibilité, encore couverte par la RAMQ, d'avoir des consultations psychologiques.

Mme Guillemette : À même les cliniques, des consultations gratuites?

• (16 h 40) •

M. Buckett (William) : Oui, exactement.

Mme Guillemette : Parfait. O.K. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Mme la députée de Lotbinière-Frontenac maintenant va vous adresser une ou deux questions.

Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) : Merci. Moi, je voulais savoir où est-ce que vous voyez la place du privé versus le public pour offrir des services.

M. Buckett (William) : Ewa ou... O.K. C'est moi qui vais répondre. Alors, certainement, il y avait peut-être une... des pensées, avant, quand tout était couvert et ça coûtait trop, que peut-être il n'y a pas des balises, peut-être les cliniques... Ce n'est pas nécessairement les cliniques privées qui ont fait des mauvaises choses, mais il y avait une impression que peut-être ils ont vu beaucoup de patients plus vite, etc. Alors, si on... (panne de son) ...ça va être peut-être le... on peut mieux contrôler le nombre de cas, les coûts, etc. Et aussi, dans une façon un petit peu plus... je veux dire, spécifiquement, que, si on a une clinique privée, peut-être de... How do you say «the owners», the... who owns the clinic?

Mme Sidorowicz (Ewa) : ...

M. Buckett (William) : Yes. Les propriétaires — excusez-moi — les propriétaires des cliniques qui viennent des États-Unis ou à l'extérieur du Québec, tous les profits qui sont faits en faisant ces traitements qui sont payés par la RAMQ... (panne de son) ...Québec. Alors, si, en faisant les traitements... (panne de son) ...il y a un petit peu d'argent qu'on a plus qu'on avait vraiment besoin, ça va continuer de rester dans le système de santé public.

Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) : Est-ce qu'il reste encore du temps?

Le Président (M. Provençal) : Oui. Une question, par la suite M. le ministre...

Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) : Bien, tout à l'heure, on a parlé à différents groupes qui nous disaient que les couples ont souvent besoin de soutien psychologique, on en a parlé aussi tout à l'heure. C'est quel type de professionnels... moi, je n'ai jamais vécu ça, là, mais quel type de professionnels ces couples-là ont besoin? Parce qu'on a parlé de psychologues, de psychiatres, est-ce que... Puis est-ce que ça serait possible, des travailleurs sociaux, aussi, selon les besoins?

M. Buckett (William) : Oui, excusez-moi, j'ai oublié de dire ça, mais on a les psychologues, les psychiatres et les travailleurs sociaux.

Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) : O.K.

Le Président (M. Provençal) : Merci. M. le ministre.

M. Carmant : Oui, peut-être une dernière question, Dr Buckett. On a eu une discussion sur le nombre d'inséminations artificielles, six, neuf, trois, puis certains parlent que plus on les met haut, plus on augmente le nombre, ça risque d'entraîner de l'acharnement, là, au niveau de l'insémination. Que pensez-vous du chiffre qu'on a établi dans le programme, de six inséminations avant d'aller à la FIV?

M. Buckett (William) : Bien, je crois que c'est une bonne... Excusez-moi. Bien, c'est le bon compromis, alors, parce que, certainement, après les premières trois inséminations, le taux de réussite tombe un petit peu, mais il y a encore beaucoup de monde qui vont tomber enceinte pour les prochains trois, alors, les inséminations... (panne de son). Je crois, après six inséminations, la probabilité qu'on va réussir, si on continue, est très, très, très basse, alors c'est beaucoup d'argent pour rien.

M. Carmant : O.K. Et diminuer à trois?

M. Buckett (William) : Si on diminue à trois, peut-être, il y a quelques situations où on peut éviter en allant pour FIV... (panne de son) ...avec les traitements avec sperme de donneur, par exemple, par un historique... (panne de son). Dans ce cas, vraiment, on peut continuer avec six.

M. Carmant : Merci beaucoup.

Le Président (M. Provençal) : Ça va?

M. Carmant : C'est tout pour moi.

Le Président (M. Provençal) : Pas d'autres questions?

M. Carmant : Non, c'est bon pour moi. Est-ce qu'il y en a d'autres?

Le Président (M. Provençal) : Ça va.

M. Carmant : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Alors, merci, M. le ministre. Alors, nous allons céder maintenant la parole à la députée de Maurice-Richard, pour un échange avec nos représentants.

Mme Montpetit : Merci, M. le Président. Je pensais que vous n'aviez pas terminé. Merci, M. le Président. Dre Sidorowicz et Dr Buckett, merci beaucoup d'être avec nous aujourd'hui, de prendre le temps de nous instruire avec votre expertise et de répondre à nos questions.

J'offrirais peut-être juste la possibilité... j'entendais Dre Sidorowicz, tout à l'heure, dire qu'elle n'avait pas complété la présentation de ses recommandations, là. Je ne sais pas si, au fil des réponses, elle les a toutes couvertes ou si elle désirait prendre quelques instants pour compléter et nous présenter... je pense qu'il en restait deux peut-être à présenter encore.

Mme Sidorowicz (Ewa) : Oui, tout à fait. Bien, en fait, là, le document parle aussi du volet recherche, mais peut-être que... pour sauter au niveau des recommandations. Donc, on a parlé déjà de l'expansion au niveau d'autres indications où les patients sont privés de fertilité par des traitements... (panne de son) ...mais il y a aussi la question du diagnostic génétique préimplantatoire qu'on propose, dans notre document, de faire financer dans le projet de loi. Donc, la justification est expliquée ici, je n'en ferai pas la lecture, mais nous pensons que, quand même, en se fondant sur l'expérience, la nôtre, et avec les données de Sainte-Justine, on peut s'imaginer, à peu près, sur 120 cycles, de devoir faire ces tests-là, et qu'on considère que ce n'est pas un grand prix à payer en vue du bienfait important apporté à de nombreux couples ayant... (panne de son). Donc, ça, je pense que c'est un élément important à souligner.

Je pense, aussi... le nombre de cycles couverts qui était comme première recommandation, alors la suggestion, justement, de ne pas financer seulement un cycle, mais de considérer potentiellement un deuxième ou peut-être même un troisième cycle dans le financement qui sera proposé.

La question de la santé psychologique a déjà été adressée, et je pense que c'est important pour le suivi des patientes à beaucoup de niveaux, là, puis je ne pense pas qu'on a besoin de revenir là-dessus.

La question du privé versus le public, nous pensons qu'il y a... (panne de son) ...à jouer par les centres hospitaliers qui donnent ce traitement-là. Présentement, c'est situé au niveau des CHU. On pourrait s'imaginer d'autres hôpitaux impliqués aussi. Mais il y a une question de contrôle, d'encadrement... (panne de son) ...auprès du gouvernement, je pense, qui est important puis qui est offert via la plateforme publique.

Et finalement, là où on s'est peut-être un petit peu moins mouillés, mais où on trouve qu'il y a quand même un élément important à aller regarder, c'est toute la question de la réglementation du financement en ce qui a trait au don d'ovules ainsi que la situation des mères porteuses. On est très sensibles à cette dynamique-là, il y a une expertise au CUSM dans cette... au niveau justement de cette clientèle-là, qui est très importante, qui a quand même une certaine souffrance au niveau de la fertilité, et on pense que cette question-là mérite d'être analysée et potentiellement amenée dans le parapluie de la couverture.

Alors, c'était peut-être ces éléments-là que j'aurais voulu rajouter tantôt, puis je m'excuse d'avoir pris trop longtemps pour ma lecture.

Mme Montpetit : Non, pas du tout, c'est un sujet... certainement un sujet complexe, donc on vous restreint à 10 minutes dans les échanges, donc on comprend très bien qu'avec la meilleure des volontés, souvent, on n'a pas le temps de passer par-dessus. C'est pour ça je vous offrais mon temps.

Mais je reviendrais à la question, bien, du diagnostic du dépistage, je pense, vous avez utilisé les deux mots, là, pour... préimplantatoire. Sans faire la lecture exactement, est-ce que vous pourriez nous l'expliquer? Moi, je ne suis vraiment pas une experte à votre niveau de ce domaine-là, puis je... comme vous avez peu de recommandations, mais elles sont très précises, donc je comprends qu'elles sont importantes aussi, si vous pouviez juste élaborer un petit peu sur l'impact que ça aurait... la différence que ça ferait pour des couples et des femmes.

Mme Sidorowicz (Ewa) : Oui. Bien, écoutez, j'inviterais peut-être mon collègue, qui est plus expert que moi dans le domaine, peut-être de vous faire quelques précisions là-dessus, justement, au niveau de cette vérification-là d'embryons... (panne de son) ...pour s'assurer qu'il n'y a pas de maladie génétique. Mais Dr Buckett pourra certainement en dire plus.

M. Buckett (William) : Quand on fait des traitements de DPI... (panne de son) ...on crée les embryons et on peut faire les tests chez... (panne de son). Alors, si on a un couple qui... les deux sont des porteurs avec une maladie sévère, peut-être qu'il y a possibilité, 50 %, 25 %, que leurs enfants vont avoir une maladie sévère, et souvent on trouve ça après la naissance du premier enfant. Et puis, après ça, ils ont le choix de ne pas avoir d'autres enfants... encore en faisant les tests prénataux puis un avortement, ou de peut-être utiliser le traitement avec un don de sperme, ou quelque chose comme ça.

Alors, c'était quelque chose très lourd pour ces couples, et, à cause du fait qu'ils ont déjà un enfant... (panne de son) ...souvent ils n'ont pas beaucoup d'argent pour payer pour un... FIV et puis le DPI aussi. Et on trouve que ça affecte beaucoup de monde, mais... nombre de cycles qu'on va... familles, excusez-moi, et beaucoup de monde dans ces familles, mais ça ne va pas coûter beaucoup d'argent si on va faire peut-être un autre 100, 150 cas par année, et on... vraiment réduire ce taux de maladies. Alors, je crois que c'était quelque chose important à quoi faire.

• (16 h 50) •

Mme Montpetit : Parfait. Je vous remercie, Dr Buckett. Je voudrais revenir aussi à la question de l'âge, le ministre l'a abordée, là, effectivement, c'est un élément qui revient dans les différents mémoires qui ont été portés à notre attention. J'entendais votre réponse, Dr Buckett, puis qui est un excellent argument, de dire : Effectivement, quand on maintient une limite d'âge, ça va amener un choix peut-être de façon plus jeune. Ceci dit, la vie étant ce qu'elle est, parfois, on fait le choix au moment où on rencontre la personne ou au moment où la vie nous le permet ou pas.

On portait à notre attention, ce matin, dans un autre échange, que d'autres sociétés ont fait le choix de soit amener la limite d'âge beaucoup plus tard, donc autour de 50 ans, on faisait référence, entre autres, aux Pays-Bas, la Norvège, et d'autres pays d'Europe aussi ont tout simplement éliminé la question de la notion d'âge et sont allés sur, vraiment, le jugement médical. J'aimerais ça vous entendre sur cet élément-là, est-ce que ces pays-là... Je ne veux pas juger de leur décision, mais je pense que ça doit être basé, aussi, sur une certaine littérature scientifique, sur des données probantes, là.

M. Buckett (William) : Et, quand ils ont fait la limite d'âge à peut-être vers 50, la plupart de ces cas, après 43, va utiliser les ovules d'une... (panne de son). Et ce n'était pas clair, par exemple, en Norvège, où ils vont trouver les ovules des donneurs. O.K.? Alors, oui, ils vont dire que, oui, on va... (panne de son) ...mais ce n'était pas le vrai coût parce qu'on va avoir les ovules qui viennent de quelqu'un plus jeune, est-ce qu'ils viennent des banques... (panne de son).

Aux Pays-Bas, vous m'avez dit que c'était aussi... c'est élevé, l'âge. Je crois que c'est encore pour... un don d'ovules, alors c'était... Si, avec les traitements de FIV avec leurs propres ovules, le grand plupart des juridictions vont arrêter après, peut-être, maximum 45, quelque chose comme ça. Mais, comme j'ai dit avant, c'est toujours une balance, on a besoin d'avoir un compromis aussi. Parce que, si on fait des traitements chez quelqu'un à 45 ans, probablement, ça va fonctionner, et ça va coûter vraiment plus parce qu'on a besoin de donner plus de médicaments, un dosage vraiment plus élevé, etc. Alors, c'est pour ça que ça va coûter plus pour moins de résultats.

Mme Montpetit : Mais, outre les enjeux... Oui, je faisais référence aux Pays-Bas, c'est ce qu'on nous notait, puis l'Allemagne, l'Italie, qui n'auraient pas du tout de contrainte d'âge. Mais, outre les aspects financiers, est-ce qu'il y a des conséquences au niveau foetal, au niveau de la grossesse, au niveau de la mère, au niveau de l'enfant, au niveau du nombre de prématurés, vraiment au niveau santé, est-ce que vous êtes au courant si on observe des conséquences qui ne nous amèneraient pas à prendre cette direction-là?

M. Buckett (William) : Mais certainement, le plus âgé que quelqu'un est pendant une grossesse, ça peut avoir plus de problèmes. Alors, si quelqu'un est enceinte à l'âge de 47, 48, la probabilité d'avoir des complications pendant la grossesse peut... pour leur santé est vraiment élevée, pour le diabète, pour la tension artérielle, pour les maladies du coeur, pour les crises cardiaques, tout ça, c'était plus élevé. Est-ce qu'il y a du monde qui sont capables de porter une grossesse... (panne de son) ...bien sûr, mais la probabilité d'avoir des complications, comme ça, est plus élevée.

Le Président (M. Provençal) : Il reste une minute.

Mme Montpetit : Bien, une peut-être dernière question, juste pour compléter ça. Est-ce que, justement, le risque de complication peut être évalué... pourrait être évalué par un médecin, justement? Encore là, on essaie de faire la part des choses entre le jugement médical et la contrainte d'âge très fixe. Est-ce qu'il n'y a pas un avantage à ajouter une certaine souplesse pour permettre à un médecin de faire cette évaluation-là?

M. Buckett (William) : Mais certainement, si on va faire un traitement chez quelqu'un plus âgé, de 45 ans... automatique, presque obligé d'avoir une consultation avec un spécialiste pour déterminer les risques pour cette madame d'avoir un enfant et pour faire le plan des suivis pendant la grossesse. Alors, ça, c'était fait déjà, et j'espère que c'était fait partout.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Nous en sommes maintenant avec un échange avec la députée de Sherbrooke. À vous la parole.

Mme Labrie : Merci, M. le Président. Je veux revenir sur votre recommandation n° 4, là, sur les prestations de traitement en santé mentale. Est-ce que vous avez des données, justement, sur cet enjeu-là des problèmes de santé mentale auprès des couples qui subissent des traitements, sur les taux de séparation, par exemple, sur l'impact de ces enjeux-là sur le succès des traitements, par exemple?

M. Buckett (William) : Comme la probabilité d'avoir de la dépression, de l'anxiété, des chiffres comme ça, oui. Alors, au moins 50 % des couples qui souffrent de l'infertilité ont un degré de dépression et de l'anxiété. Et ça augmente souvent pendant les traitements, alors plus de journées qu'ils ont pris des congés de travail, par exemple, les médicaments, les consultations, etc. Alors, c'était quelque chose très lourd.

Mme Labrie : Est-ce que vous pensez que ça... est-ce que ça améliore aussi le succès des traitements, le fait de soutenir les personnes pour réduire les signaux de dépression puis d'anxiété?

M. Buckett (William) : Oui et non. Quelquefois, oui, ça aide si le traitement a réussi. Mais même si... tombe enceinte, pendant la grossesse, on peut voir plus de problèmes d'anxiété et on a un taux un petit peu plus élevé de... on dit «dépressions postnatales», alors de dépressions après la naissance. Alors, cette population a besoin d'être suivie un petit peu plus prudemment.

Mme Labrie : En ce moment, est-ce qu'elles ont accès à des services dans le réseau public par rapport à ça, ou c'est impossible?

M. Buckett (William) : ...excusez-moi, je n'ai pas entendu.

Mme Labrie : Est-ce que les couples et les patientes qui vivent, par exemple, une dépression ou des enjeux de santé mentale en lien avec leurs traitements, est-ce qu'elles ont accès, en ce moment, à des services dans le public ou elles doivent presque toujours aller au privé?

M. Buckett (William) : Oui, mais c'est plus dur. O.K.? Alors, quelquefois, on a besoin d'attendre sur la liste d'un CLSC, etc. Et on croit, si on a une population qu'on peut cibler pour ces ressources avant, et pendant, et après la grossesse, ça va être mieux.

Mme Labrie : Parfait. Je vous remercie.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie pour votre contribution aux travaux de la commission. Je suspends les travaux quelques instants afin que l'on puisse accueillir par visioconférence le prochain groupe. Merci beaucoup à vous deux.

(Suspension de la séance à 16 h 58)

(Reprise à 17 h 09)

Le Président (M. Provençal) : Nous reprenons nos travaux. Je souhaite maintenant la bienvenue aux représentants du Centre de procréation assistée du Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine.

Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter et à débiter votre exposé. À vous la parole.

Centre de procréation assistée du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CPA du CHU Sainte-Justine)

(Visioconférence)

M. Dahdouh (Elias) : Donc, merci beaucoup. Je m'appelle Elias Dahdouh, je suis directeur médical du Centre de procréation assistée au CHU Sainte-Justine, et je suis le fondateur, et je suis directeur médical depuis 2013, depuis l'inauguration du centre.

• (17 h 10) •

M. Desrosiers (Pascal) : Pour ma part, mon nom est Pascal Desrosiers, je suis le chef d'unité de soins ici, au Centre de procréation assistée du CHU Sainte-Justine, et chef embryologiste aussi.

M. Dahdouh (Elias) : Donc, M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les parlementaires, le CPA du CHU Sainte-Justine, il vous remercie de lui donner l'opportunité de partager ses réflexions sur le projet de loi n° 73

modifiant les diverses dispositions en matière de procréation assistée, qui a été déposé le 11 novembre dernier par le ministre délégué à la Santé, M. Lionel Carmant. Ce projet de loi permet, entre autres, le retour de la couverture publique des services de fécondation in vitro, qui ont été abandonnés en 2015, et va rétablir ainsi l'accessibilité aux services nécessaires à la réalisation du projet parental de nombreux Québécois.

Le projet sous sa forme actuelle, il propose les balises suivantes : six cycles d'insémination intra-utérine; un cycle de fécondation in vitro incluant deux stimulations ovariennes, un prélèvement d'ovules et le transfert éventuel de tous les embryons générés par ce cycle; une couverture pour la fécondation in vitro pour les femmes âgées de 18 à 41 ans; une extension des indications médicales pour les services de la préservation de la fertilité, incluant tout patient recevant des traitements gonadotoxiques ou chirurgicaux qui sont néfastes aux fonctions reproductives, la période d'entreposage des gamètes, embryons ou tissus est aussi bonifiée à 5 ans ou jusqu'à l'âge de 25 ans, selon la dernière éventualité; par contre, les personnes ayant subi une stérilisation volontaire sont exclues du présent programme.

Cependant, ce projet tel que présenté, il exclut les indications pour le diagnostic génétique préimplantatoire, qu'on appelle DPI, pour les couples porteurs de mutations génétiques sévères ou anomalies chromosomiques. Ces indications devraient, à notre avis, être incluses dans le nouveau programme. De plus, nous croyons que les six inséminations couvertes par le nouveau programme ne devraient pas s'ajouter à celles qui ont été déjà réalisées précédemment, et ceci, dans le but de favoriser le traitement le plus efficace, étant la fécondation in vitro, et médicalement indiqué après échec de plusieurs cycles antérieurs d'insémination, limitant ainsi les coûts additionnels à des traitements qui sont peu efficaces.

Nous saluons les nouvelles balises proposées qui vont permettre à la fois un programme public complet en procréation assistée, couvrant les traitements les plus efficaces et sécuritaires aux patients admissibles, et permettront une pérennisation du programme par l'entremise d'un meilleur encadrement et un contrôle des coûts. Ces balises sont, par ailleurs, en arrimage avec les dernières recommandations publiées dans le rapport du commissaire Salois.

Nous remercions le ministre Carmant de permettre aux médecins du réseau de l'infertilité, et notamment le CPA Sainte-Justine, de remplir leur mission académique de recherche et d'expertise clinique pour le bien-être des personnes prises avec l'infertilité et nécessitant la procréation assistée pour accomplir leur projet parental.

Ayant reçu le mandat ministériel de développer une offre de service complète en procréation assistée en 2010, le CHU Sainte-Justine a rapidement mobilisé ses équipes à la production d'un plan d'affaires afin de mettre en oeuvre tous les services de deuxième et troisième ligne en collaboration avec les partenaires intra et inter-RUIS. Des ententes de service ont été développées avec des partenaires réseau de régions du centre et de l'est du Québec afin d'offrir une prise en charge la plus complète possible sur une grande partie du territoire québécois.

Le programme de préservation de la fertilité, particulièrement chez les jeunes femmes et adolescentes atteintes de néoplasie, est de plus en plus sollicité au CHU Sainte-Justine. Une approche multidisciplinaire et une collaboration étroite avec le département d'hémo-onco permet une prise en charge rapide et efficace. En plus, notre projet de recherche sur la cryopréservation du cortex ovarien par vitrification a déjà débuté dans notre centre depuis février 2019. Ceci représente une première avancée canadienne dans le domaine. Plusieurs jeunes filles adolescentes ou prépubères nécessitant des traitements gonadotoxiques, pour qui la congélation d'ovules ne serait pas une option possible, en ont déjà bénéficié pour l'année 2019-2020.

Comme vous le savez, le CPA du CHU Sainte-Justine a eu comme mandat initial de développer un programme provincial de diagnostic préimplantatoire pour les couples qui sont porteurs de maladies monogéniques sévères ou remaniements chromosomiques tels que les translocations, un programme qui n'a jamais, malheureusement, pu démarrer à cause des contraintes budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cependant, selon les travaux de notre comité local de DPI, en 2014, on a estimé que 100 à 150 cycles, au maximum, pourraient avoir besoin d'un diagnostic préimplantatoire par année. En fait, ce traitement représente une alternative au diagnostic prénatal, qui est déjà offert au CHU Sainte-Justine pour les couples qui ne désirent pas avoir recours à l'interruption médicale de grossesse en cas de grossesse affectée. Le DPI représenterait ainsi une prise en charge complète et adéquate pour la prévention des maladies génétiques ou chromosomiques en question. Le CHU Sainte-Justine représente déjà le centre de référence en matière de diagnostic prénatal. Les coûts des analyses génétiques, qui sont faites souvent par CGH ou par PCR, sont déjà couverts par le régime public de la RAMQ en prénatal, suite à la biopsie chorale et l'amniocentèse et, à notre opinion, devraient être couverts aussi pour la procédure du diagnostic préimplantatoire.

Il ne faut pas oublier que le DPI pourrait ainsi amener des économies importantes pour le système public en réduisant les coûts liés à la prise en charge et aux traitements chroniques pour ces pathologies génétiques assez sévères. Il va amener aussi une économie importante en lien avec la diminution des coûts liés aux interruptions médicales de grossesse et leurs complications potentielles — pour en nommer, la rétention placentaire et l'infection — qui vont nécessiter deux à trois jours en moyenne d'hospitalisation supplémentaires.

Il est important de noter que le CPA du CHU Sainte-Justine possède une mission académique essentielle. En effet, plusieurs résidents en obstétrique-gynéco, des fellows en EGRI, des experts de l'UdeM ainsi que des étudiants internationaux en embryologie clinique ont déjà bénéficié d'un enseignement et d'une exposition hors pair au sein de notre institution.

De plus, la recherche et le rayonnement font partie intégrante de notre mandat. Ainsi, les médecins du CPA du CHU Sainte-Justine, au CPA, sont auteurs de plusieurs publications qui ont eu un impact important sur la pratique internationale en procréation assistée, comme dans le domaine du diagnostic préimplantatoire ou l'échec d'implantation. Nos médecins ont été conférenciers invités à plusieurs fois par année dans plusieurs congrès nationaux et internationaux.

Finalement, depuis son inauguration en 2013, le CPA organise à tous les deux ans un symposium international en procréation assistée. Plusieurs conférenciers locaux, nationaux et internationaux, avec plus de 100 participants,

font de cet événement un vrai succès. En effet, un symposium aura lieu le 4 juin 2021 sur le thème *Mise à jour des traitements de procréation assistée*, un sujet qui sera assez intéressant pour tous les médecins spécialistes du Québec, avec le retour tant attendu du programme public pour la couverture de la fécondation in vitro.

En conclusion, ce projet de loi permet le retour de la couverture publique des services de fécondation in vitro et rétablira ainsi l'accessibilité aux services complets, efficaces et sécuritaires qui sont nécessaires à la réalisation du projet parental de nombreux Québécois.

Le CPA du CHU Sainte-Justine appuie le projet de loi n° 73 et en salue les balises. Nous croyons, en effet, que ces dernières vont permettre une pérennisation du programme par l'entremise d'un meilleur encadrement et contrôle des coûts.

Le CPA du CHU Sainte-Justine fera tout le nécessaire pour répondre à l'augmentation prévue de la demande en procréation assistée et continuera de renforcer, en collaboration avec ses partenaires actuels et futurs, l'offre de service dans le réseau public.

Nous invitons le ministère de la Santé et des Services sociaux à considérer l'intégration des coûts liés au DPI chez les patients porteurs de mutations génétiques ou anomalies chromosomiques dans son projet de loi n° 73, comme est le cas, d'ailleurs, pour la fécondation in vitro et la préservation de fertilité dans un contexte médical. Il est important de noter que les coûts associés au diagnostic préimplantatoire, pour ces conditions génétiques particulières, sont déjà couverts par le régime de la RAMQ.

Nous recommandons que la couverture publique pour les six cycles d'insémination intra-utérine proposés ne puisse être cumulative à celle déjà réalisée avant le programme actuel.

Enfin, nous sommes très ravis de pouvoir contribuer au bien-être et à la santé des patients du Québec qui présentent des problèmes d'infertilité, de génétique ou dont tout traitement gonadotoxique risque de compromettre leur fertilité future. Nous souhaitons poursuivre notre mission, en collaboration avec d'autres centres hospitaliers du réseau, en continuant d'intégrer les soins, l'enseignement et la recherche dans toutes les activités liées à la procréation assistée. Merci beaucoup.

• (17 h 20) •

Le Président (M. Provençal) : Merci. Alors, M. le ministre, je comprends que vous avez cédé quelques minutes de votre temps pour permettre la fin de la présentation. Alors, M. le ministre, je vous cède la parole maintenant.

M. Carmant : Merci beaucoup. Bonjour, Dr Dahdouh. Bonjour, M. Desrosiers, enchanté. Première question, c'est ce qui revient le plus souvent aujourd'hui, c'est la question de l'âge. Il y a certains groupes de patients qui trouvent que c'est, d'une certaine façon, discriminatoire de se baser sur l'âge pour mettre une limite, bien qu'on leur a bien expliqué que... Il va falloir quand même mettre un nombre limite, si on ne se base pas sur l'âge. Mais moi, j'aimerais vous entendre parler de l'âge par rapport aux bénéfices versus les risques, chez des patientes, d'avoir une grossesse, là, après l'âge de 42 ans, 43 ans, là.

M. Dahdouh (Elias) : En fait, il y a deux volets ici, M. le ministre. Il y a un volet de couverture publique pour les coûts. Si on regarde tous les programmes publics au monde, incluant les programmes les plus populaires en Europe, que ça soit en France, que ça soit en Belgique, que ça soit en Angleterre, ils ont été obligés de mettre une limite d'âge, et ceci, pour parler du rapport coût-efficacité.

Il y a une étude récente qu'un de nos collègues à Montréal a publiée, en 2014, qui a regardé tous, en fait, les taux de naissance vivante des cycles qui ont été particulièrement réalisés au Québec entre l'année 2012 et 2014, puis c'était par groupe d'âge pour toutes les patientes après 40 ans. Ils ont trouvé des taux de naissance vivante, après l'âge de 41 ans, qui étaient moins que 6 %. Après 43 ans, c'était moins que 1 %, après 43 ans, 1,8 %. Pour arriver à un taux de 0 % pour à peu près... si ma mémoire est bonne, on parlait de 150 à 200 cycles qui ont été réalisés après l'âge de 44 ans, pour zéro taux de naissance vivante.

À part les risques pour la grossesse, il ne faut pas oublier les risques pour la stimulation ovarienne. Il y a plusieurs données qui parlent d'une augmentation de risque potentielle et importante, de risque de cancer de l'ovaire. C'est sûr, on parle de type borderline, qui est quand même un type qui n'est pas très agressif, et ceci, après trois ou plus stimulations ovariennes. Donc, moi, je considère qu'une stimulation ovarienne qui ne donne pas l'objectif qui est un taux de naissance vivante acceptable avec des risques augmentés, ça pourrait être vraiment très dangereux pour la population.

Deuxième point, si on parle de risque de la grossesse, peut-être la petite réflexion que je ferais, que c'est... On va permettre quand même à des patientes de 41 ans, 43 ans d'avoir des grossesses mais qui ne sont pas couvertes par le régime public. C'est sûr, ces patientes-là doivent avoir une évaluation importante avant de commencer un cycle de fécondation in vitro.

Mais, je vous dis, en gros, la question d'âge revient surtout au rapport coût-bénéfice pour peu de taux de grossesse et avec des risques qui sont augmentés à cause de la stimulation ovarienne. Je ne sais pas si Pascal veut ajouter quelque chose.

M. Desrosiers (Pascal) : Non, en ce qui me concerne, c'est essentiellement... C'est sûr que, d'un côté médical, Dr Dahdouh peut un petit peu plus en parler, mais c'est plus au niveau coût-bénéfice et efficacité, là, passé... à tout le moins, passé 41 ans, là, 42 ans.

M. Dahdouh (Elias) : Puis, M. le ministre, il ne faut pas oublier qu'une stimulation ovarienne peut engendrer des risques d'embolie pulmonaire, de thrombophlébite. C'est sûr, ils sont minimes. Quand même, il y a aussi une procédure

chirurgicale qui inclut un prélèvement d'ovule avec des risques qui peuvent être l'infection, le saignement, qui ne sont pas négligeables, donc... Puis tout traitement, médicalement, qui ne serait pas indiqué, c'est difficile de le justifier du point de vue médical et avec les risques qui sont pris pour faire ce traitement.

M. Carmant : D'accord. Une des parties importantes, pour nous, ça va être de faire le suivi du programme. Et on cherche des marqueurs d'efficacité ou de... qui vont mieux nous orienter pour le futur. Au niveau obstétrique et gynécologique, quels seraient, selon vous, là, comme, les cinq marqueurs qui seraient importants pour nous de suivre, évidemment dans une base de données mais également au niveau statistique et réévaluation du programme?

M. Dahdouh (Elias) : Si on parle d'efficacité du cycle de fécondation in vitro, c'est les taux de grossesse et les taux de naissance vivante. Si on parle du point de vue obstétrical, il est très important de voir c'est quoi, l'âge exceptionnel. Est-ce que c'est des prématurités? Ça, c'est un, donc, l'âge exceptionnel. Deux, le poids de naissance. Parce qu'il y a quand même beaucoup de données... en fait, quelques données qui disent que la procréation assistée pourrait engendrer des poids de naissance qui sont plus petits et, entre autres, de l'autre côté, des macrosomies avec la congélation des embryons. Donc, ça, c'est important. Et en plus toutes les complications qui pourraient être augmentées, aussi, avec le traitement de la procréation assistée, notamment la prééclampsie, l'hypertension artérielle et les anomalies du placenta, notamment le placenta praevia.

C'est essentiel de continuer, déjà, dans la pratique qu'on fait, au Québec, de transférer un seul embryon, parce que, si on imagine, il y a des risques qui sont légèrement augmentés avec la procréation assistée, et en plus on ajoute une grossesse gémellaire qui va tripler ou quadrupler le risque, donc, ça, ça va être une complication très grave. Actuellement, ce problème de grossesse multiple est très, très, très... Il est mis... Il est déjà très bas, au Québec, parce que les derniers chiffres parlent d'un taux de grossesse multiple qui est inférieur à 5 %. Puis je pourrais vraiment saluer tous les efforts et tout le grand travail qui a été fait par toutes les cliniques de PMA au Québec pour arriver à ce chiffre qui, de mon avis, est le plus bas au monde entier.

M. Carmant : D'accord avec vous. Puis d'ailleurs j'ai été surpris de voir qu'il y avait quand même une petite fenêtre d'opportunité, dans le projet, qui disait que, selon les lignes directrices, il y aurait possibilité d'implanter deux embryons. Qu'est-ce que vous pensez de ça? Pourquoi ça a été inséré dans le projet? Ça semble être l'avis des experts, là. J'étais un peu surpris.

M. Dahdouh (Elias) : Bien, en fait, idéalement, si on prend la majorité des patients, il faut juste parler... Quand on fait un transfert, il faut considérer plusieurs facteurs. Les deux facteurs les plus importants, c'est l'âge de la patiente et le stade embryonnaire avec la qualité de l'embryon dans lequel on va faire le transfert.

Je vous explique, pour ne pas compliquer les choses. Un transfert au jour 5, au stade de blastocyste, quand l'embryon est rendu à 200, 300 cellules, c'est un embryon qui a un taux d'implantation très élevé. On va favoriser, à ce moment-là, un transfert sélectif d'un seul embryon. Par contre, pour des raisons multiples, il y a quand même 10 %, 20 % des patients, des couples qui vont malheureusement ne jamais arriver à un stade de blastocyste pour des raisons... qualité d'ovule, même si elles sont jeunes, de raison de qualité du sperme, une anomalie cellulaire au niveau des paramètres du spermogramme, qui nous obligent souvent à faire des transferts au jour 2, jour 3, donc... Quand je parle jour 2, jour 3, c'est après le prélèvement d'ovule. À ce moment-là, même chez les patients de 37 ans et moins, il serait cliniquement et médicalement indiqué de transférer deux embryons et avec un taux de grossesse multiple qui, selon toute la littérature, ne va pas dépasser 2 % à 5 %, maximum.

Donc, on reste quand même dans un taux de grossesse multiple très faible, avec des taux d'efficacité qui pourraient être augmentés quand on transfère à un stade plus bas que le stade de blastocystes. C'est là où l'indication de mettre les deux embryons est très justifiée et très logique.

M. Carmant : ...pas d'inquiétude que tous les cliniciens vont suivre ces lignes directrices là? Parce qu'on sait que ça a été, comme vous l'avez dit, un problème important, là, les grossesses multiples, dans le passé.

M. Dahdouh (Elias) : Si je regarde, même entre... durant le temps de la couverture, entre 2010 et 2015, ces mesures étaient... ces nombres que vous parlez, même... ils ont été même à deux, trois embryons, puis, je pense, toutes les cliniques ont fait un effort colossal pour régler leur taux de grossesse multiple. Et, malgré les transferts, chez quelques patientes, de deux, trois embryons de façon sélective, si elles sont bien choisies, selon les mêmes recommandations et les lignes directrices du Collège des médecins, je suis convaincu qu'on va arriver à des taux de grossesse supérieurs avec des taux de grossesse multiple très bas.

M. Carmant : Un sujet complexe, mais, comme vous l'abordez de front, je ne peux pas l'éviter, le diagnostic préimplantatoire. Là, tout le monde nous dit : Maladie génétique sévère. Mais qu'est-ce que c'est, une maladie génétique sévère, là, quand on a deux parents qui sont en santé reproductive, là? Puis ce qui m'inquiète, dans un projet de loi, c'est tous les risques de dérive. Alors, moi, je trouve que c'est du dossier, plus, pour la RAMQ qu'un projet de loi, personnellement, là. Mais c'est quoi, votre opinion là-dessus, là? C'est quoi, une maladie génétique sévère chez deux parents sains au niveau reproductif?

• (17 h 30) •

M. Dahdouh (Elias) : Merci, M. le ministre, pour cette question très intéressante et très complexe en même temps. En fait, ici, localement, on a fait un comité, en 2014, comme je l'ai écrit dans le mémoire, pour regarder les

indications, pour vraiment, en fait, mettre la définition de «maladie sévère». Puis, comme vous le dites, c'est subjectif, mais cependant il faut... Nous on va vraiment limiter dans l'offre de service, c'est ce qu'on propose, d'ailleurs, limiter dans l'offre de service ces indications pour... les mêmes indications qu'on va avoir le diagnostic prénatal. On ne veut pas étendre une indication.

Donc, si les patients vont, dans tous les cas, avoir un diagnostic prénatal pour ces indications sévères... Puis quand je dis «sévères», si je peux me permettre, pour dire le risque de transmission minimum, 25 % à 50 % à la progéniture, donc maladies autosomales récessives, maladies autosomales dominantes, qui donnent 25 % à 50 %, où l'indication est déjà établie pour le diagnostic prénatal. Donc, ces couples-là vont, dans tous les cas, avoir un diagnostic prénatal. Si la grossesse est atteinte, ils vont devoir subir une interruption médicale de grossesse. C'est là que je trouve et on trouve... c'est-à-dire, l'indication du DPI pourrait être une option alternative à ces couples en particulier qui ont déjà recours au diagnostic prénatal.

Pour les indications, si je parle dans la littérature... les indications les plus controversées dans la littérature, où c'est dans la zone grise, et je peux me permettre de les citer, c'est les mutations génétiques qui prédisposent au cancer. Notamment, je vous cite la mutation de BRCA1, BRCA2, qui est quand même une indication qui peut être une indication de DPI, mais qui peut être très controversée. Parce qu'il y a des spécialistes, il y a des scientifiques qui vont dire quand même qu'il y a... on est déjà rendus en 2020, on a des bonnes méthodes de prévention, des mammographies, des colonoscopies qui peuvent, en fait, prévenir et même, donc, faire la détection des cancers à un stade très précoce. Donc, l'indication, dans ces cas-là, pourrait être vraiment très très controversée, et je suis tout à fait d'accord.

Nous, on va limiter... on propose de limiter les indications pour le DPI chez les patientes qui ont déjà un diagnostic prénatal et, éventuellement, une interruption médicale de grossesse. Localement, ici, le département d'obstétrique-gynéco, on a présenté, l'année dernière, une étude avec les résidentes pour regarder les complications qui sont issues des interruptions médicales de grossesse pour toutes les grossesses qui sont affectées par des maladies génétiques ou malformations congénitales. Juste le taux de rétention placentaire était à 46 %. Donc, une femme sur deux qui va avoir une grossesse affectée va avoir une interruption médicale de grossesse, va avoir besoin d'une salle d'opération pour aller faire, quand même, une opération qui peut être morbide. Il y a un risque d'infection, de saignement et, rarement, de perforation utérine, avec ces interventions. Donc, je trouve, le DPI a toutes... en fait, à toute la raison d'exister dans ces indications précises.

Puis pour aller... tout le monde me demande : Est-ce que vous pouvez nommer des maladies? Pour vous dire, M. le ministre, il y a des milliers et des milliers de maladies. Pour commencer... la liste va commencer, puis on ne va jamais capables de la terminer. Je pense qu'il faut évaluer cas par cas. C'est ce qu'on a proposé, avec le comité local qu'on a déjà fait, DPI, à Sainte-Justine. Il inclut, d'ailleurs, une éthicienne dans le comité, une spécialiste de la médecine foeto-maternelle, un spécialiste de la PMA, une psychologue et un hémato-oncologue, dans les cas où il y a des maladies à prédisposition hématologique. Et chaque cas va être évalué principalement. Puis on a évalué le volume, en 2014-2015, quand on était prêts à démarrer le programme de DPI, entre 100 et 150 indications maximales de maladie. Donc, c'est ça, ce que le volume anticipé... puis ça, c'est à la longueur de toute la province du Québec.

M. Carmant : Je vous remercie beaucoup. J'aimerais peut-être passer la parole à la députée de Roberval pour une dernière question.

Le Président (M. Provençal) : Mme la députée.

Mme Guillemette : Merci. Merci beaucoup d'être avec nous aujourd'hui. Donc, je viens d'une région, donc j'ai une préoccupation particulière pour la collaboration qu'il pourrait y avoir avec le CHU de Sainte-Justine et les régions. Comment on pourrait améliorer cette collaboration-là pour offrir un meilleur service, là, aux gens, à nos gens chez nous?

M. Dahdouh (Elias) : Je m'excuse, vous venez de quelle région, madame?

Mme Guillemette : Saguenay—Lac-Saint-Jean.

M. Dahdouh (Elias) : En fait, on a une très bonne entente qui fonctionne très bien avec l'Hôpital de Chicoutimi. D'ailleurs, les médecins qui sont spécialistes, là-bas, des obstétriciens-gynécologues, c'est sûr qu'il n'y a pas de laboratoire de fécondation in vitro, là-bas, mais ils sont déjà... ils font l'expertise d'offrir ce qu'on appelle les traitements de deuxième ligne. Puis ils ont l'appellation de ce qu'on appelle actuellement les centres 2B. Donc, ces patientes vont être stimulées, toutes les échographies vont être là-bas. Puis au moment opportun, avec une bonne collaboration soit avec nous soit avec une autre clinique à Québec, donc, quand il va y avoir le temps de faire le prélèvement d'ovules, ces patientes se déplacent à Montréal ou à Québec, ils vont avoir le prélèvement d'ovules et, trois ou cinq jours après, ils vont avoir le transfert d'embryon.

Pour dire, cette collaboration fonctionne très bien. Les résultats... on a même regardé les résultats, est-ce qu'il y a une différence dans les résultats quand on fait le contrôle qualité à distance en collaboration avec ces spécialistes ou c'est juste... il faut être tout dans un centre tertiaire de procréation assistée. On avait les mêmes résultats cliniques, donc des résultats, très bons, on était très satisfait de cette collaboration. D'ailleurs, on fait cette collaboration avec l'hôpital de Trois-Rivières et avec l'hôpital de... c'est ça.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup pour cette réponse, très apprécié. Avant de poursuivre avec la députée de Maurice-Richard, j'ai besoin de votre consentement pour que nous puissions déborder d'à peu près cinq minutes notre temps. Merci. Consentement. Alors, Mme la députée de Maurice-Richard, je vous cède la parole.

Mme Montpetit : Oui. Je vous remercie, M. le Président. Bonjour à vous deux. Merci d'être là avec nous aujourd'hui pour répondre à nos vastes questions sur... plus techniques, je dirais. Puis vous ne m'en voudrez pas, là, sur... je ne sais pas si... Puis je pense qu'on l'a mentionné tout à l'heure, nos enjeux techniques font qu'on n'entend pas toujours, on entend à 99,9 %. Donc, je ne voudrais pas que vous m'en vouliez si jamais vous avez déjà abordé cette question-là, mais 99,9 %, c'est déjà superbien, donc on saisit presque la totalité. Mais je voulais revenir à la question de l'âge, parce que vous l'avez abordée, au départ, avec le ministre, puis c'est une question que je n'ai pas nécessairement eu l'occasion de poser aux autres groupes qui étaient des représentants, justement, davantage, de patients.

Et là je voulais faire référence à votre expertise dans ce dossier-là. Est-ce qu'il n'y aurait pas un avantage à élargir le programme, qui, à l'heure actuelle, justement, se limite à 41 ans, mais à l'élargir, au moins, aux femmes qui sont en cours de processus pour le transfert d'embryon par exemple? On a vu l'Association des obstétriciens et gynécologues qui demande un élargissement pour celles qui ont débuté ce genre de démarche là. Je pense que les cliniques, également, spécialisées viendront nous rencontrer aussi faisaient état du fait, bon, qu'ils pouvaient, à la limite, expliquer le fait d'imposer une limite d'âge pour l'accès à du financement sur un cycle de FIV mais qui soutenaient le fait qu'une fois que l'embryon, dans le fond, est créé, il n'y avait pas de raison d'imposer un âge limite à 42 ans pour le transfert des embryons congelés. Donc, j'aimerais ça vous entendre sur ces questions-là.

M. Dahdouh (Elias) : Merci pour votre question. Quand je mentionnais les chiffres, tout à l'heure, pour les taux de grossesse, effectivement, comme vous le mentionnez, ça reflète l'âge de l'ovule, donc l'âge du prélèvement de l'ovule.

Je m'explique. Si une patiente a eu son prélèvement à l'âge de 38 ans puis elle a un embryon congelé, elle a eu sa grossesse et elle revient à l'âge de 42 ans pour faire un autre transfert d'embryons congelés, donc je peux confirmer que les taux de grossesse peuvent être celles d'une femme de 38 ans, avec les risques de trisomie 21 et les risques d'anomalie chromosomique. Cependant, il ne faut pas oublier que les seuls risques qui pourraient augmenter, malgré l'embryon qui est transféré ou prélevé, qui vient d'un ovule plus jeune, c'est les risques obstétricaux qui peuvent être prééclampsie, diabète, risque de césarienne augmenté. Entre 42 ans et 43 ans, il peut y avoir, vraiment, une zone grise, ou 44 ans. Ça dépend plus, je peux vous dire, des experts en médecine foetomaternelle, s'ils peuvent permettre des grossesses après l'âge de 42 ans.

Moi, personnellement, je peux dire que, si une femme est en bonne santé, elle a plus que 42 ans, si le programme... si elle a eu son prélèvement d'ovules avant l'âge de 41 ans, elle a déjà un embryon, elle pourrait, facilement, tout à fait, bénéficier d'un transfert d'embryons de façon sécuritaire, même après l'âge de 42 ans. Je ne sais pas, est-ce que c'est un peu clair, pour moi, ou...

• (17 h 40) •

Mme Montpetit : Oui, c'est clair, mais j'ajouterais... je veux juste, par curiosité, Dr Dahdouh... Vous, votre formation comme médecin, quelle est-elle? On n'a pas eu l'occasion de... J'essayais de voir, dans le mémoire, je ne le voyais pas.

M. Dahdouh (Elias) : Oui, en fait, je suis obstétricien-gynécologue. Je maintiens deux certificats de spécialité en obstétrique-gynéco, en endocrinologie de la reproduction et de l'infertilité. J'ai fait ma formation à Procrea en 2008-2009. J'ai suivi aussi une maîtrise en embryologie avancée et j'ai fait ma thèse sur le diagnostic préimplantatoire. Et je suis directeur médical et fondateur, depuis 2009, du Centre de procréation assistée au CHU de Sainte-Justine.

Mme Montpetit : OK. Donc, une connaissance bien pointue du sujet qui nous occupe aujourd'hui. Merci. Je voulais juste voir de quel côté du spectre, des fois, de la lunette, on analyse ce genre d'enjeu. Oui, ça répond bien à ma question. Peut-être juste une sous-question : Est-ce qu'il y aurait une limite d'âge supérieure auquel vous le recommanderiez? Par contre, quand vous dites : Une femme en forme... Pardon, excusez-moi. Est-ce que... Encore là, je voyais... je pense que... Puis certains faisaient référence à 42 à 45 ans, d'autres ne faisaient référence à aucune limite d'âge. Est-ce que vous avez une lecture sur cette question-là?

M. Dahdouh (Elias) : En fait, je vais aller aborder un peu le sujet des dons d'ovules. Si on parle d'efficacité et taux de grossesse, une patiente pourrait avoir toujours recours à un don d'ovules. Selon le guide du Collège des médecins du Québec, qui est un guide, en fait, excellent qui a été élaboré par un groupe de travail sur la procréation assistée — je salue ce travail, qui était exceptionnel, et la présidente du comité, d'ailleurs — à partir de l'âge de 45 ans, toute femme qui désire avoir une grossesse, même par don d'ovules, elle doit avoir des tests préliminaires, préalables pour s'assurer de la sécurité de ce transfert et la sécurité de grossesse. Ça inclut, minimum, une mammographie, pour être sûr... parce qu'on sait très bien que le risque de cancer du sein augmente avec l'âge, une évaluation médicale par son médecin de famille ou un médecin interniste pour s'assurer de sa condition médicale qui peut être favorable à la grossesse et aussi d'un électrocardiogramme pour être sûr qu'elle n'a pas de problème cardiaque. Ça, c'est le minimum requis pour accepter un don d'ovules de façon médicale après l'âge de 45 ans.

Donc, je peux vous dire, la fenêtre, pour permettre un éventuel programme, pourrait être entre 42 et 45 ans. J'ai de la difficulté à dire qu'après 45 ans ça peut être possible, surtout couvert. Parce que, médicalement, ça peut être toujours possible, vous savez, là, on s'entend que, si la patiente est en bonne santé, puis, selon le guide du Collège des médecins, elle a tous ses tests, puis elle est en bonne santé, son risque est estimé très faible, donc elle peut avoir toujours son transfert d'embryons congelés.

Mme Montpetit : C'est très instructif de faire cette nuance-là, justement, dans les questionnements qu'on a sur l'âge. M. le Président, j'aurais mon collègue qui aurait une question également.

Le Président (M. Provençal) : Alors, M. le député de Marquette, à vous la parole.

M. Ciccone : Merci beaucoup. Soit dit en passant, très intéressant d'avoir une conversation avec le ministre sur des aspects très, très scientifiques et médicaux, c'est vraiment impressionnant de voir ça et d'entendre ça.

Moi, je veux vous ramener sur, justement, vos conclusions. Au point 5, je veux vous entendre là-dessus : «Nous recommandons que la couverture publique pour les six inséminations intra-utérines proposée ne puisse être cumulative à celles déjà réalisées avant le programme actuel.» Je veux savoir pourquoi vous avez mis ça dans vos conclusions et si c'est sur une base médicale.

M. Dahdouh (Elias) : Merci pour cette question. En fait, actuellement, comme vous le savez, le régime public couvre jusqu'à neuf inséminations. Puis, quand on parle de couverture de neuf inséminations, ça ne veut pas dire : c'est neuf inséminations indiquées. Ça veut dire, quelqu'un qui a des problèmes d'infertilité, les études ont montré qu'après la quatrième insémination le taux de grossesse devient très bas, et, en fait, ça peut être futile.

Par contre, si vous dites : Pour telle patiente, ça pourrait être justifié d'aller jusqu'à six ou neuf inséminations, le seul exemple, je peux vous dire, c'est les femmes célibataires ou les couples femme-femme qui sont ensemble, qui ont recours aux inséminations intra-utérines pour avoir leur grossesse. Ces femmes-là, il ne faut pas oublier, elles ne sont pas infertiles, donc la seule période d'infertilité pourrait être une exposition à des cycles d'insémination après six fois.

Donc, pourquoi on a dit : Six inséminations pour la même femme qui a déjà eu six ou neuf inséminations dans l'ancien programme? Si le projet de loi est adopté comme tel, elle va avoir l'opportunité de faire six autres inséminations. C'est sûr, le médecin va avoir toujours une indication médicale. Mais, quand même, j'aimerais bien que ce soit mis dans un projet de loi parce qu'après les échecs antérieurs des inséminations six ou neuf, ajouter un autre six inséminations ce serait futile, médicalement non indiqué, et ça peut engendrer des coûts.

Je vous donne un exemple. Cette femme, probablement, aurait besoin d'un cycle de fécondation in vitro. En enlevant six inséminations supplémentaires, le système public va économiser entre 4 000 \$ et 6 000 \$, ça pourrait être le coût d'un cycle de fécondation in vitro complet. Donc, pour le coût et pour l'efficacité.

M. Ciccone : ...M. le Président. Merci beaucoup, docteur, pour votre explication. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Il reste un petit peu de temps. Ça va aller? Merci. Alors, je vais maintenant céder la parole à la députée de Sherbrooke.

Mme Labrie : Merci, M. le Président. J'attendais mon micro. On a rencontré quelques groupes qui nous ont parlé de la pertinence d'ajouter la couverture de suivi d'ordre psychologique pour les couples qui entament des procédures comme celles-là. Ça ne fait pas partie de votre mémoire, mais je voulais vous entendre quand même sur ce que vous pensez de cette suggestion-là.

M. Dahdouh (Elias) : Tout à fait, je l'appuie. Ça veut dire... C'était peut-être par omission, mais on appuie parfaitement cette recommandation, c'est sûr. Je peux vous dire, pas tous les couples vont avoir besoin d'une évaluation psychologique. Pour des conditions particulières, c'est-à-dire des couples qui ont vécu des échecs, qui ont difficulté à... ça veut dire à faire... à suivre ces traitements de fertilité, le diagnostic préimplantatoire, les préservations de fertilité, une évaluation psychologique est fortement recommandée. Dans l'ancien programme, cette évaluation était tout à fait couverte par le régime public, puis notre recommandation... On estime qu'elle devrait être, pour des cas particuliers... être couverte par le programme actuel du projet de loi n° 73, tout à fait.

Mme Labrie : ...comme d'une évaluation avant les traitements. Qu'est-ce que vous pensez de couvrir aussi du soutien pour les enjeux qui pourraient survenir pendant les traitements, par exemple, dépression, anxiété?

M. Dahdouh (Elias) : Bien, en fait, l'évaluation, ça peut être avant, ou durant, ou après, même, le traitement, selon l'indication clinique.

Mme Labrie : Parfait. Bien, je vous remercie.

Le Président (M. Provençal) : Ça va, Mme la députée?

Mme Labrie : Oui, ça va.

Le Président (M. Provençal) : Alors, nous allons terminer cet échange avec le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : Oui. Bonjour. Merci pour votre présentation. J'ai deux minutes, je vais aller directement au but. En fait, moi, ma préoccupation, c'est que le projet de loi cherche à rendre le programme accessible, mais pas trop. En fait, on sent une volonté de restreindre soit par l'âge ou par le nombre... par les cycles. On parle de 3 000 à 3 500 interventions par année, ce serait l'objectif.

Dans une clinique comme la vôtre, l'interruption de la subvention du programme précédent, est-ce que ça a eu un impact sur le nombre de personnes que vous avez pu accueillir? Et qu'est-ce que vous entrevoyez, qu'est-ce que vous anticipez, une fois qu'on va rétablir le programme, en termes de gestion de la demande?

M. Dahdouh (Elias) : En fait, je vais laisser mon chef d'unité parler de ça, c'est lui qui gère...

M. Desrosiers (Pascal) : C'est une excellente question. En fait, historiquement parlant, le CHU Sainte-Justine a démarré ses activités en 2013, puis on a eu à se faire connaître, parce que ce n'était pas naturel d'offrir des services de procréation assistée dans un...

M. Arseneau : Vous devez répondre en une minute, monsieur. Je ne veux pas vous presser, mais je n'ai pas de temps.

• (17 h 50) •

M. Desrosiers (Pascal) : Oui, tout à fait, excusez-moi. Je vais y aller droit au but. Donc, avec le retrait, en 2015, du financement public, nos activités ont réellement chuté de trois à quatre fois pour ce qui est des activités de fécondation in vitro. Ce qu'on anticipe, selon ce qui est annoncé présentement dans le nouveau projet de loi et par le ministre Carmant, c'est probablement une reprise de nos activités de ...(panne de son) ...quatre fois les activités que nous réalisons...

M. Arseneau : Malheureusement, on a manqué vos chiffres.

M. Dahdouh (Elias) : Et je peux vous dire, juste ajouter un point, que, quand le CPA du CHU Sainte-Justine a été construit et bâti, donc, on prévoyait être capables d'absorber entre 800 et 1 000 cycles de fécondation in vitro par année avec nos installations habituelles.

M. Arseneau : Ça va. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Alors, je vous remercie beaucoup de votre contribution à nos travaux, et la commission suspend ses travaux jusqu'à 19 h 30. Merci beaucoup de votre présence et merci d'avoir accepté.

M. Dahdouh (Elias) : Merci.

M. Desrosiers (Pascal) : Merci à vous.

(Suspension de la séance à 17 h 51)

(Reprise à 19 h 33)

Le Président (M. Provençal) : Bonsoir à tous. La Commission de la santé et des services sociaux reprend ses travaux. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs appareils électroniques.

La commission est réunie afin de poursuivre les consultations particulières et les auditions publiques sur le projet de loi n° 73, Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée.

Ce soir, nous entendrons par visioconférence les organismes suivants : la clinique Fertilys et la Clinique OVO.

Compte tenu qu'on a débuté quelques minutes en retard par rapport à notre horaire, je demande votre consentement pour qu'on puisse dépasser le temps prévu. Merci.

Je souhaite la bienvenue aux représentants de la clinique Fertilys. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter puis à commencer votre exposé. Je vous cède maintenant la parole.

Centre de procréation Fertilys

(Visioconférence)

M. Miron (Pierre) : Donc, bonjour. Pierre Miron. Donc, merci, M. le Président. M. le ministre délégué, Mmes, MM. les députés, merci de me recevoir aujourd'hui pour témoigner devant vous à cette commission en compagnie de Me Bellavance, avec ses connaissances, qui m'a aidé à produire ce mémoire que je dépose aujourd'hui devant vous.

J'aimerais tout d'abord féliciter et remercier le ministre délégué, Dr Carmant, merci. Merci à M. Legault, notre premier ministre, et son gouvernement de remplir enfin une promesse électorale qui va permettre de couvrir un cycle de fécondation in vitro chez nos patients.

Donc, je me présente brièvement. Je suis obstétricien-gynécologue, j'ai une spécialité en fertilité et obtenu ce diplôme-là en 1986 à une formation en Australie, à Melbourne. J'ai l'honneur d'avoir reçu le titre de fondateur du programme canadien d'endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité au collège royal du Canada. J'ai fondé plusieurs programmes de fécondation in vitro au Québec, autant en public qu'en privé : donc, d'abord, celui de l'Hôpital Maisonneuve en 1987, suivi de Procrea à Montréal en 1990 et de Procrea Québec en 1998. J'ai été le

seul médecin impliqué dès le début dans la fondation de l'Association de couples infertiles au Québec, d'abord Déméter dans les années 80, suivi, dans les années 90, de l'ACIQ, qui est devenu Association Infertilité Québec.

A part tous les enfants qui sont nés des centres que j'ai fondés au cours de ma carrière et qui continuent de l'être à cause de cette passion qui m'habite toujours, ma plus grande réussite professionnelle, l'aboutissement d'une carrière sur plus de 35 ans d'expérience et de vécu, des hauts et des bas, des barrières qui semblaient parfois insurmontables, c'est sans aucun doute d'avoir fondé Fertily, en janvier 2014, à mon avis le plus beau modèle de centre de procréation. Vous allez dire que je suis biaisé, mais je suis fier de ce centre-là.

Donc, nous sommes basés à Laval. Nous sommes seulement deux actionnaires, un médecin et un biologiste de la reproduction. Depuis la fondation, je ne me verse aucun salaire administratif ni dividende, nous réinvestissons constamment pour améliorer la qualité des soins chez nous. Donc, nos valeurs sont inscrites sur un mur à la réception, donc : l'excellence, la personnalisation, le respect, l'engagement, l'éthique et l'innovation.

Donc, Fertily, il faut que vous le sachiez, Fertily est aimé des patients. Il répond à un réel besoin, soit d'être à échelle humaine, d'avoir de bons médecins et des employés empathiques et aussi d'être à proximité des patients. Fertily est le centre qui a subi la plus forte croissance au Québec. Notre liste d'attente s'étale présentement jusqu'en juin 2021.

Toute ma carrière j'ai milité en faveur des couples infertiles et pour la couverture publique de l'aide médicale à la procréation. Ne cherchez pas, donc, d'autres raisons de ma présence aujourd'hui, il n'y en a pas d'autres. Le mémoire que j'ai déposé ce matin est là pour vous guider humblement sur la meilleure façon d'aider les couples infertiles québécois, d'éviter les erreurs et les pièges passés et surtout d'assurer la pérennité du programme que le gouvernement s'apprête à mettre sur pied.

La sagesse des années m'indique aussi que, pour réussir ce programme, on doit être raisonnable et tenir compte de l'état des finances publiques au Québec, tout particulièrement de celui de notre réseau de santé qui souffre encore plus sévèrement avec la pandémie. Je vous incite donc fortement à lire mon mémoire et le résumé de la page 3, puisque je ne pourrai malheureusement, en 10 minutes, vous faire part de tout ce qu'il contient.

Donc, voici donc certains de mes commentaires et recommandations qui se fondent sur l'objectif visé par le gouvernement, soit d'offrir des services de procréation 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.

D'abord, en ce qui concerne l'offre de services à la population, mon premier conseil, en fait, est une demande : Surtout, surtout, ne pas précipiter la mise en place du programme. La mise sur pied du premier programme public a nécessité plusieurs mois, et son démantèlement précipité, en 2015, a créé beaucoup de confusion et de difficultés. Mes patients ainsi que notre centre ont été particulièrement affectés par l'abolition du programme lors des mesures transitoires qui se sont faites dans la précipitation. Je ne blâme pas ici les fonctionnaires, ils ont suivi des directives.

Donc, couvrir un cycle de FIV, oui, donc, ça serait un réel soulagement pour de nombreux patients, j'en suis particulièrement heureux. Par équité, limiter la couverture des transferts d'embryons congelés, toutefois, ça, j'ai un point particulier là-dessus. En fait, par rapport à celles qui n'ont obtenu, par exemple, qu'un seul embryon, sans grossesse, sans embryon surnuméraire congelé, donc chez qui le cycle couvert de FIV est terminé, il serait inéquitable de permettre à celles qui ont un enfant et qui ont produit une quinzaine d'embryons congelés d'avoir toujours accès au programme gratuitement pour leur deuxième, troisième enfant. Donc, le gouvernement doit réfléchir, à mon avis, à une solution équitable de ce côté.

L'autre aspect, réduire le nombre d'inséminations couvertes à quatre, c'est ce qu'on recommande. Il est reconnu qu'au-delà de quatre, les taux de succès plafonnent et ne répondent plus aux critères d'efficacité, même ceux établis par le Commissaire à la santé dans son rapport.

Bien que cela ne fasse pas partie du projet de loi, il m'apparaît essentiel de bonifier et d'étendre le crédit d'impôt remboursable pour les traitements d'infertilité et de le ramener à ce qu'il était avant 2015. J'ai été personnellement l'instigateur du crédit d'impôt en le proposant, en 1999, à M. Bernard Landry, alors qu'il était ministre des Finances. Il avait été créé sur un principe fondamental d'équité, il faut le comprendre, ça, le parallèle que Bernard Landry faisait avec l'adoption. Bonifier le crédit d'impôt servira de soupape également pour ceux et celles qui, malheureusement, n'auront pas réussi à concevoir au premier et seul essai de FIV couvert par l'État.

• (19 h 40) •

En ce qui concerne l'objectif de favoriser la qualité, la sécurité et l'éthique des soins de procréation, j'aimerais d'abord rassurer les membres sur certains préjugés qui persistent sur les centres de procréation assistée dits privés, puisque nous en sommes un. Les couples infertiles ne souhaitent pas avoir des jumeaux, ils souhaitent avoir des enfants en bonne santé, comme nous tous, de même que les CPA privés dont je parle, et j'en suis convaincu, au nom de tous mes collègues fertologues qui pratiquent au Québec avec éthique et professionnalisme. Il est important d'insister sur la grande qualité des services de procréation assistée dispensés présentement au Québec. Dans son rapport global sur les soins de procréation assistée, diffusé cette année, le Collège des médecins fait état d'un bilan rassurant de la pratique puis de la médecine reproductive au Québec, qui répond aux recommandations. Nos taux de grossesses multiples sont faibles, et les complications sont peu fréquentes voire rares.

Bien que n'ayant pas eu l'opportunité de participer au comité d'experts, que j'avais moi-même proposé, je souhaite ardemment que le ministre... le ministère puisse saisir... va saisir l'opportunité de mettre en place une table de concertation entre le ministre et les directeurs des centres de procréation assistée. Nous souhaitons tous la réussite du programme. Elle requiert l'apport essentiel et la collaboration des CPA privés, où il est estimé, par le gouvernement lui-même, que plus de 65 % à 70 % des FIV y seront réalisées.

Pour réussir, il y a également la nécessité de fournir une main-d'oeuvre qualifiée aux centres privés. Il est ainsi indispensable, à mon avis, de faciliter et permettre le recrutement de médecins étrangers dans les CPA privés,

ce qui n'est pas le cas présentement. Pour planifier l'offre de service et les coûts, ne pas restreindre le marché, la saine compétition ne peut qu'être bonne.

Ce matin, on vous laissait entendre qu'il fallait massivement investir dans les CPA publics. Certains ont la mémoire bien courte, mais sûrement pas le ministère. Je vous réfère à la page 19 et 20 de mon mémoire. Le coût du projet de CPA de Québec était estimé à 35 millions de dollars, et ce projet fut heureusement arrêté à temps. Le programme public de FIV du CHUM a requis un investissement de fonds publics de 16 millions de dollars, en 2011, pour être finalement fermé en 2015. Le CPA de Sainte-Justine a profité, en 2013, d'un investissement de 7,7 millions de dollars d'un fonds public pour sa création. Or, ce centre réalise pourtant moins de cycles de FIV que Fertilyls qui, quant à lui, a requis un investissement privé de seulement 2,5 millions de dollars, sans aucune aide gouvernementale. 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.

Si vous portez attention au tableau de la page 19, vous noterez également que de réaliser une FIV chez Fertilyls coûte moins cher aux patients que ce qui est offert dans les CPA publics, malgré une qualité de soins pour le moins équivalente, sinon plus appréciée. Cherchez l'erreur.

Nous demandons donc au ministre, dans le cadre d'un programme public de FIV, de nous donner les moyens qui nous permettront, malgré l'augmentation des activités, de continuer à offrir et à maintenir des soins de qualité. Finalement, nous ne répéterons jamais suffisamment de ne pas précipiter la mise en application du programme avant que tous les éléments requis à sa mise en place n'aient été finalisés. Il faut s'asseoir avec les intervenants.

Donc, en conclusion, je souhaite que le nouveau programme public de procréation du gouvernement actuel soit un succès réel pour tous les Québécois. L'intérêt des couples infertiles est l'unique but de mon intervention aujourd'hui. Nous espérons sincèrement que nos commentaires aideront le gouvernement à parfaire sa réflexion sur ce nouveau programme de procréation et qu'ils encourageront à favoriser une pleine collaboration avec les CPA privés et les acteurs qui le composent.

Merci enfin à ma société de m'avoir permis de devenir médecin. J'ai cette chance de pratiquer dans un milieu rempli d'émotions, parfois de grandes peines, mais souvent de grands bonheurs. Depuis près de 40 ans, je continue d'être émerveillé à chaque jour par la beauté et le mystère de la vie. Être un parent est un don exceptionnel que l'on fait à notre société, il est donc juste d'aider nos couples infertiles à fonder une famille.

En terminant, ce mémoire, je le dédie à mon équipe, à mes collègues de travail, à celui qui a cofondé Fertilyls avec moi, à tous ceux et celles qui, chez nous, s'investissent corps et âme, qui rencontrent au quotidien autant le triomphe que la défaite, à mes héros discrets, à mes employés qui pensent à leurs patients même le soir et qui font en sorte que Fertilyls conserve ses valeurs humaines et reste à la hauteur des attentes des patientes qui nous consultent et qui nous font confiance. Voilà.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, Dr Miron, pour cette présentation. Nous allons maintenant débiter les échanges. Alors, je cède la parole à M. le ministre.

M. Carmant : Merci beaucoup, M. le Président. Merci beaucoup, Dr Miron, pour cette touchante allocution, clairement un visionnaire dans le domaine. Je suis un peu inquiet de vous entendre dire de faire attention à la mise en place du programme. Hors le développement d'une trajectoire de soins claire, quels sont les enjeux que vous voyez ou que vous semblez anticiper avec la mise en place du programme? Parce que, je veux dire, ce n'est pas comme si on partait de zéro, là, donc qu'est-ce que vous voyez que peut-être pourrait nous aider dans la planification?

M. Miron (Pierre) : En fait, comme je vous mentionnais, c'est qu'il y ait une table de concertation avec les gens qui sont impliqués, du milieu. Je pense que ça serait important qu'avant que le programme soit mis en place, que les tarifs soient établis, qu'on ait pris le temps de s'asseoir, d'en parler, comment va se faire le fonctionnement du programme. Parce que le projet de loi, bien, je dois le dire, Dr Carmant, je vois très bien la bonne foi. Je suis très heureux, en passant, de tous les efforts que vous avez faits puis je trouve que vous pouvez être fiers.

Donc, ce qu'on souhaite, c'est que ça se fasse de façon harmonieuse, que ça ne soit pas précipité, qu'on puisse s'asseoir... En fait, les gens en fertilité ont tous envie de pouvoir participer à la réflexion et de s'asseoir à une table de concertation pour regarder comment ça peut être mis en place, comment va se faire, par exemple, l'orientation des patients, comment... quel nombre de patients, quelle va être la limite, aussi, offerte, comment... les problèmes qu'on a vécus, aussi, dans le démantèlement du programme, qui nous a heurtés, je dois vous avouer, qui a été très, très difficile pour les patients. Donc, on aimerait ça que ça soit... que ça se fasse, que les gens soient préparés, que la RAMQ soit prête, que le registre... qu'il y en ait un qui soit uniforme au Québec, donc qu'on puisse y participer pour le monter.

Je pense que tout le monde est de bonne foi pour réussir. On souhaite, là, la réussite, tu sais. J'étais le premier à avoir beaucoup de tristesse de voir abolir le programme, donc, pour s'être battus depuis tant d'années, donc...

M. Carmant : D'accord, je suis... Merci, bien, ça, c'est clair que c'est des points importants. Je suis heureux de vous entendre dire, à propos du registre... Parce qu'on avait certaines inquiétudes, là, plusieurs nous disaient que Fertilyls ne participe pas au registre canadien. Est-ce qu'il y avait des enjeux particuliers? Parce que, nous, de notre côté, c'est sûr qu'on veut faire un suivi québécois, non seulement prénatal, mais postnatal, là.

M. Miron (Pierre) : Moi, j'en faisais un point d'honneur québécois, je vais vous dire. Je n'ai jamais compris que notre gouvernement n'était pas capable de monter un registre. Pour moi, c'est un point d'honneur de dire qu'on va avoir un registre, on fait... Nous, la juridiction... Je suis conscient que la santé, c'est de juridiction provinciale, donc

je trouvais ça anormal qu'on envoie des données dans un centre ailleurs du Québec qui utilise nos données, alors que moi, je m'adresse à un ministère, tu sais, et à mon Collège des médecins. Donc, j'ai toujours tenu ce point-là, donc je n'ai aucun problème de participer au registre. En fait, c'est surtout cet élément-là qui me heurtait, donc, je trouvais, que c'était de juridiction provinciale et c'est la responsabilité de l'État, finalement, de nous aider à entrer ces données-là, ce qui est exigeant, en passant, très exigeant, là, de... On fournit les données au ministère, on fournit les données au Collège des médecins, ce n'est jamais le même moment durant l'année, donc c'est demandant, beaucoup plus demandant que laissait entendre l'avis réglementaire, en passant, oui.

M. Carmant : On va essayer d'informatiser tout ça pour vous, là.

M. Miron (Pierre) : Très, très difficile d'avoir accès aux patients, seulement pour l'issue des naissances, je dois vous avouer, on n'a pas de retour, on appelle, on mobilise une personne plein temps et plus pour faire ça, parce que... sur le téléphone, puis c'est toujours un élément qui est difficile. Donc, c'est sûr que, pour parler du registre, j'aimerais ça que ça soit arrimé avec la RAMQ, avec les issues de naissance, ça serait bien, je suis en faveur de ça, oui, oui.

M. Carmant : Parfait, merci. Puis je sais que vous trouvez nos critères d'inclusion peut-être... d'admissibilité un peu conservateurs, mais, si on veut se limiter, là, à 3 000, 3 500 cycles par année, vous, qu'est-ce que vous verriez comme critères d'admissibilité?

M. Miron (Pierre) : Bien, honnêtement, j'ai vieilli, avec les années, j'ai appris des choses, j'ai compris plus, peut-être. Quand j'étais plus jeune, j'étais plus fringant, encore plus exigeant, je pense, pour la défense des couples infertiles. Mais je vois bien aussi que, du côté du système de santé public, il y a des grands drames, actuellement, puis il y a des besoins financiers importants. Donc, je crois que la mesure que vous avez prise, de couvrir un cycle, est vraiment honorable, je pense que c'est... La façon de donner une soupape aux couples, un petit peu, c'est de... comme je mentionnais, d'élargir ou d'améliorer le crédit d'impôt remboursable.

Pour les mesures restrictives, un des points qu'on sortait dans le document, c'était à propos... si une patiente québécoise est avec un conjoint qui n'est pas québécois, ça peut créer des problèmes, donc, parce que sa demande... Je crois comprendre, selon le projet de loi, que les deux doivent participer au régime d'assurance maladie. Je trouve que c'est un problème. Je pense que, du point de vue de ce qu'on vit cliniquement, sur le terrain, les couples recomposés... c'est un réel problème, ça. Je trouve ça injuste, profondément injuste, par exemple, qu'une... bien, qu'un couple qui est reconstitué, une femme qui tombe en amour avec quelqu'un qui a eu des enfants, qui a eu une vasectomie, qui, elle, n'a jamais eu d'enfants, soit pénalisé, et vice-versa. Donc, une femme qui a eu une ligature et que son conjoint, lui, n'a jamais eu d'enfants, donc, ça, ça m'a tout le temps... Dans les bureaux, je le vois, tu sais, à quel point c'est difficile pour les couples qui tombent en amour. Puis on tombe en amour, bien, on ne choisit pas toujours, tu sais, donc, je veux dire, ça se fait par amour. Donc, quelqu'un qui a eu une vasectomie, il ne devrait pas pénaliser sa femme qui n'a jamais eu d'enfant, donc elle devrait avoir accès au programme également.

Ça, c'est mon point de vue, donc je trouve que... D'autant plus que le gouvernement paie toujours pour les ligatures, les déligatures, les vasectomies, les vasovasostomies, donc je crois que c'est deux poids, deux mesures, là, il faudrait être conséquent. Je trouve que... cet élément-là, je pense que je peux comprendre, un couple qui a déjà eu des enfants, qui décide d'avoir une ligature, une vasectomie, qui reste ensemble, veut avoir d'autres enfants. Mais, pour les couples recomposés, je trouve que c'est profondément injuste. Bon...

• (19 h 50) •

M. Carmant : D'accord. C'est sûr qu'on attend toujours les travaux de l'Institut de la pertinence, là, mais... Au niveau des embryons, là, vous avez mentionné une injustice entre ceux qui n'ont qu'un seul embryon suite à la stimulation versus ceux qui en ont plusieurs. Mais il faut voir ça du côté peut-être un peu plus positif, où certains auront la chance de fonder une famille à l'intérieur d'un cycle de FIV... un plus grand nombre d'enfants, non? Tu sais, il y en a qui ont un, il y en a qui ont trois enfants, là, c'est la vie, ça, non?

M. Miron (Pierre) : Oui, mais on ne choisit pas nécessairement d'avoir un certain nombre d'ovules dans nos ovaires, même si on a 30 ans. Donc, il y a des patientes qu'on voit qui ont des réserves ovariennes sévèrement diminuées, ça ne veut pas dire qu'elles ont des mauvais ovules, c'est qu'il n'y en ont pas beaucoup. Puis elles ont une chance, quand on a un seul embryon, de devenir enceinte, mais, si ça ne fonctionne pas, elles se retrouvent avec rien. Donc, je comprends celles qui ont plusieurs embryons congelés. Si elles ont un enfant, je trouve ça équitable, par la suite, qu'elles aient à déboursier pour le transfert d'embryon congelé si... par équité.

Encore là, j'essaie de trouver un équilibre entre ceux ou celles qui vont faire une fécondation in vitro ou qui n'auront pas de transfert d'embryons congelés, elles vont se retrouver devant rien. Puis je pense que c'est là que le crédit d'impôt pourrait jouer un rôle de soupape, là, je trouve, puis de faire en sorte que, par contre, celles qui ont eu un enfant déjà, bien, on... Bon, il va toujours y avoir la possibilité d'avoir accès au transfert d'embryons congelés, de toute façon, sauf qu'ils vont peut-être devoir défrayer le frais. Mais ça, c'est mon point de vue, je trouve que c'est une question d'équité entre les patients. D'avoir trois, quatre enfants couverts, quand il y en a une qui n'a pas eu d'enfant ou qui a... donc je trouve ça un peu triste, honnêtement, oui.

M. Carmant : O.K. Puis vous êtes le deuxième aujourd'hui qui a soulevé le point, dans son mémoire, de vente de gamètes et puis la gestion des gamètes. Pouvez-vous m'expliquer un petit peu qu'est-ce que vous voyez, là... qu'est-ce que vous voulez dire par ça?

M. Miron (Pierre) : Bien, moi, j'ai toujours souhaité qu'au Québec on ait notre propre banque de sperme, au moins, d'accord? Je pense qu'Héma-Québec est l'organisme fantastique pour faire ça. Puis d'en faire un programme qui ne serait pas à but lucratif, donc, tu sais, une banque de gamètes, ça pourrait être juste des gamètes. C'est sûr qu'une banque d'ovules, c'est plus complexe, je dois vous avouer, mais Héma-Québec a tout ce qu'il faut, avec la banque de sang, avec tout ce qu'il supervise et les risques de transmission de maladies infectieuses, etc. J'avais parlé, d'ailleurs, au président d'Héma-Québec, à un moment donné, puis c'était... il y avait une certaine ouverture, à un moment donné, mais ça avait dû arrêter plus haut, là.

Mais je trouve que, présentement, le gouvernement va investir des sommes colossales pour payer des échantillons de sperme qui vont venir de banques américaines, qui vont transiter par l'Ontario, en passant, souvent, qui font leur cote, alors que le Québec pourrait saisir l'opportunité, mettre Héma-Québec en charge et dire : C'est parfait, on va avoir un programme public... (panne de son) ...une banque de sperme, je trouve. Parce que, dans le dernier programme, vous avez supporté des couples homosexuels, également, femmes, les lesbiennes, pour avoir accès. Donc, où vont être achetés ces échantillons-là? C'est relativement... c'est très cher en fait. Vous savez, il y a même une banque, pas plus tard que la semaine dernière, à Toronto, qui a fait faillite, là.

Donc, je pense que le Québec devrait être capable... Je trouve que... je suis fier des médecins qu'on a, tu sais, on a des scientifiques fantastiques au Québec, on peut être fiers de ce qu'il y a en santé, donc il y a moyen, avec nos outils, d'être autonomes. Voilà.

M. Carmant : Parfait. Puis on a parlé aussi d'un comité central d'éthique, que vous semblez applaudir aussi. Qui devrait le composer? Quelle est votre participation? Ou comment vous voyez que ça devrait s'organiser?

M. Miron (Pierre) : Moi, ça me fait... (panne de son) ...en passant. J'ai monté... le premier comité d'éthique, dans le centre de procréation, je l'ai monté à Procrea. À l'époque, on avait pris David Roy, qui était à l'Institut de recherches cliniques de Montréal, qui est un bioéthicien célèbre. Alors, on avait monté un comité d'éthique, dont la majorité des représentants étaient indépendants d'institutions. Donc, là, ce qu'on vise, comme centre, je dirais, bien ça, ça va faire du bien.

Moi, j'avais proposé, déjà, au Collège des médecins qu'il y ait un comité d'éthique pour nous aider, parce que, surtout, là, les centres de procréation à l'extérieur des centres hospitaliers, on n'a pas des ressources, on n'a pas des ressources, accès à des comités d'éthique, facilement, de comité d'éthique à la recherche également. Donc, moi, j'aurais pensé... Il y a un, semblerait-il, un comité d'éthique à la recherche, mais ça ne semble pas fonctionner, selon mes collègues qui ont déjà soumis des projets, c'est très compliqué.

Je pense, vous aviez un comité qui développe une expertise en procréation, particulièrement, qu'on puisse soumettre des projets. Parce que vous savez, la FIV, ce qui est fantastique d'aller dans ce domaine-là, ce n'est pas seulement, bien, qu'on aide des gens à avoir des enfants, mais c'est aussi que c'est fascinant, ce qui peut être amélioré comme technologie et ce qui peut permettre... Toute ma carrière, j'ai eu des développements, des percées majeures que j'ai publiées ou que j'ai pu connaître. Donc, il y en a d'autres à venir, à mon avis encore des majeures à venir. Donc, si vous aidez des centres à innover... Et ça n'a pas besoin d'être seulement des centres hospitalo-universitaires. Je pense que les centres comme Fertily, on travaille en collaboration, déjà, avec l'Institut Armand-Frappier, avec le CHUM, avec... on a des projets qu'on fait en collaboration, qu'on fait sur place, de façon autonome également, de façon éthique, avec des comités éthiques qui ont approuvé.

Donc, c'est sûr que ça faciliterait l'accès à des comités d'éthique, honnêtement, qui soient gratuits, parce qu'on souhaiterait d'être aidés. Parce que nous, on investit dans notre société à... J'ai une équipe de recherche et développement, je dois vous avouer que chez nous, on travaille sur l'immunologie de la reproduction, on développe des technologies qui pourraient améliorer l'implantation d'embryons, donc augmenter les chances de succès. Le gouvernement a intérêt à ce qu'on augmente les taux de succès, les taux de naissance en fécondation in vitro, par exemple. Voilà.

M. Carmant : Puis une autre chose aussi, c'est... quelle est votre collaboration avec les... ou en avez-vous une, avec les centres hors de la région métropolitaine, tu sais, comment... Parce que nous, on va essayer de centraliser le flux de patients, là. Est-ce que vous avez des références de l'extérieur? Comment ça se passe?

M. Miron (Pierre) : Oui, bien, juste pour M. Arseneau, qui est présent, juste lui annoncer qu'on peuple également les Îles-de-la-Madeleine. La semaine dernière, on a une patiente qui était enceinte, des Îles-de-la-Madeleine. Donc, on a des gens qui viennent de partout à travers le Québec. C'est sûr qu'on dessert principalement la région de Laval, Lanaudière, Laurentides, mais on est situés à Laval, il y avait un besoin réel.

Ce qui me peine, je dois vous avouer, c'est la tentative de certains centres de s'accaparer ces références-là, plutôt que ça soit la normale. Par exemple, tu sais, Trois-Rivières, les patients de Trois-Rivières, lorsqu'il y avait le programme public, ils étaient... il y avait une directive d'orienter ça dans un centre public. Nous, on est à Laval, près de la 440, en droit chemin, où il n'y a pas de trafic, donc je trouve ça un petit peu aberrant que les gens de Chicoutimi s'en aillent à un endroit, dans un centre public, ou que les gens de Chicoutimi refusent, des fois, de faire des échographies à nos patientes parce qu'ils ne font pas affaire avec un centre de procréation assistée public. Parce qu'on utilise le terme «public», puis je trouve ça un petit aberrant parce que, vous savez, ce sont tous des centres privés, comme vous le savez. Certains utilisent des installations publiques, sans payer de loyer. Nous, on n'utilise pas d'installations publiques puis on paie un gros loyer, je dois vous avouer.

Donc, c'est certain qu'on aimerait avoir cette collaboration-là, d'où l'importance que je trouvais important d'être sur le comité d'experts, puis on a refusé qu'on soit présent, malheureusement. Or, comment on peut connaître

comment se vit la vraie vie, au quotidien, dans des centres de procréation comme le nôtre, sans nous permettre de nous exprimer? Vous le permettez aujourd'hui, mais, au ministère, ça a été difficile, naturellement, parce qu'on est perçus «privé», et le terme «privé»... alors que tout le monde l'est, tu sais, pour la procréation, mais... Voilà.

M. Carmant : Je dois conclure que ça s'est bien passé avec les Îles-de-la-Madeleine. J'ai demandé à M. Arseneau, hein?

M. Miron (Pierre) : Oui. Non, non, effectivement, là... Dr Lajeunesse aux Îles-de-la-Madeleine... (panne de son) ...mais, il a été vraiment gentil. Mais, on a des gens de partout, je peux vous avouer, la Gaspésie, de Baie-Comeau, de... Vraiment, je vous dis, on est aimés des patients parce qu'on a un centre qui est à échelle humaine, tu sais? Je trouve que c'est la beauté.

J'avais proposé, dans les années 2000, au ministère, de créer des centres d'excellence comme ceux-là, O.K.? Je voulais en faire un exemple. J'avais dit à Gaétan Barrette : Regarde, là, je vais en faire un. Moi, j'ai recommencé à faire de la FIV, je dois vous avouer, parce que c'était couvert. Parce que j'ai vécu le privé, je ne voulais pas revivre ce que j'ai vécu, dans ma carrière, les moments difficiles face au privé, des fois. Mais je suis très heureux que ça m'ait permis de redémarrer dans le domaine de la fertilité, et c'est là que je me réalise. Mes patients sont heureux, mes employés sont heureux.

C'est exigeant, on vit beaucoup d'émotions avec nos patients, donc je pense que, si on avait cette aide-là, cette collaboration vraiment ouverte avec le ministère, ça serait grandement apprécié. Je pense, tous les centres... je parle pour tous les centres de procréation dits privés, entre guillemets.

M. Carmant : Parfait. M. le Président, je passerais la parole à la députée de Soulanges.

Le Président (M. Provençal) : Mme la députée de Soulanges, 50 secondes.

Mme Picard : Ah non! je voulais juste... Bonjour! Je voulais juste savoir... Vous m'avez apporté un questionnement. Vous dites que l'achat de spermatozoïdes, qui sont américains, coûte... c'est très dispendieux. Combien peut payer une... combien, en moyenne, les gens paient pour des traitements FIV ou juste insémination?

• (20 heures) •

Le Président (M. Provençal) : 30 secondes pour répondre.

M. Miron (Pierre) : Pour FIV ou insémination... (panne de son). Bien, ce que je peux vous dire, une FIV, chez nous, c'est moins cher que dans les centres publics, en passant, donc, vraiment. Ce qui est étonnant parce que... Mais on fait beaucoup d'efforts. Moi, je ne me fais pas de salaire administratif, depuis le début, tu sais, tout est investi pour que mes employés soient le plus possible heureux, qu'on ait des bons équipements. On n'a vraiment rien à envier. Les banques de sperme, le problème... Honnêtement, je vais vous avouer, je ne parle pas d'argent avec mes patients, j'en ai fait comme un devoir. Je dis à mes patients d'aller voir... on a quelqu'un qui s'occupe de référer les patients...

Le Président (M. Provençal) : Dr Miron, je suis obligé de vous interrompre, parce que le temps est terminé, malheureusement. Et je vais céder la parole à la députée de Maurice-Richard pour la suite des choses. Mme la députée.

Mme Montpetit : Je vous remercie, M. le Président. Bonjour, Dr Miron. Bonjour... bonsoir, je devrais dire, bonsoir, Me Bellavance. Merci de vous joindre à nous un peu tardivement, ce soir, mais c'est toujours très apprécié d'avoir des expertises comme la vôtre pour alimenter notre réflexion.

Je commencerais sur un des points que vous avez relevés dans votre mémoire, mais vous y avez fait mention aussi, sur une... Je ne veux pas mal vous citer, mais je pense que vous parlez d'injustice sur le fait qu'une citoyenne québécoise en couple avec un non-Québécois ne serait pas couverte par le programme. Puis vous faites bien de le soulever, là, je pense qu'effectivement c'est certainement quelque chose auquel on doit s'attarder, s'assurer qu'il y a une équité envers tous les citoyens, dans le fond, tous les contribuables du Québec. Vous parlez que ça entraînerait des impacts négatifs.

Mais je veux juste, peut-être... juste ma question... Dr Miron, je vous laisse répondre, si vous le souhaitez, mais j'imagine aussi que Me Bellavance a peut-être quelque chose à nous dire, je ne sais pas, s'il y a des enjeux juridiques, justement, par rapport au fait qu'ils soient... qu'une Québécoise pourrait être exclue, là, dans ce contexte.

M. Miron (Pierre) : Je te laisse parler, Sylvain.

M. Bellavance (Sylvain) : Ah! non, moi, je ne le vois pas au point de vue juridique et je ne peux pas vous dire qu'on a regardé des enjeux à ce point de vue là. Je crois que c'est plutôt... le point de Dr Miron est plutôt de voir le programme comme une mesure sociale, également, et, dans son expérience, il y a souvent des couples reconstitués ou il y a souvent des couples qui sont formés ou qui sont en formation, disons, ou dans une période où un n'est pas nécessairement avec l'autre, au Québec. Donc, ces périodes de transition là peuvent causer des problèmes. À terme, c'est sûr qu'une famille va se regrouper et va être ensemble, et on aura deux résidents québécois ou, sinon, la personne aura quitté, mais ce n'est pas toujours le cas au départ, que ce soit en raison de différentes choses. Alors, c'est plus à ce niveau-là qu'au point de vue juridique.

M. Miron (Pierre) : Oui, souvent, un point, tu sais, parce que c'est évident qu'il y a des... Ce n'est pas tout le monde qui obtiennent la Régie de l'assurance maladie en arrivant ou qui sont... On a beaucoup d'immigrants maintenant au Québec, donc il y a... Tu sais, on voyait souvent... ils veulent fonder une famille assez tôt, donc. Je pense, Me Bellavance a bien soulevé les points, donc.

Mme Montpetit : Parfait. Donc, c'est ça, c'est vraiment d'un point de vue social, là. C'est parce que vous notez des impacts négatifs, mais vous ne les explicitez pas davantage dans le mémoire. Donc, je voulais juste être sûre qu'on ait la bonne compréhension, dans le fond, de ce que vous portez à notre attention, comme vous l'avez mentionné aussi comme un enjeu, une des recommandations ou... un des enjeux que vous soulevez, là, par rapport au projet de loi, là.

M. Miron (Pierre) : Bon, là, je vais juste me... au point que vous êtes, je vais peut-être retrouver à la page...

M. Bellavance (Sylvain) : En fait, le développement de ce point-là, comme étant déjà un long mémoire, n'est peut-être pas complet, mais il se retrouve aussi pour des notions éthiques. Et, une des choses qui inquiétaient Dr Miron ou qui peut inquiéter d'autres, c'est de s'assurer que des gens ne fassent pas de déclarations, finalement, parce qu'ils seraient dans une position qui leur empêcherait de profiter du programme. Alors, on sait qu'une personne seule peut en profiter, mais voilà, je suis avec un conjoint qui, peut-être, momentanément, est à l'extérieur, donc est-ce que je vais devoir jouer la carte de la personne seule? Ce sont des critères et des exigences, au niveau éthique, qui, effectivement, peuvent occasionner certaines problématiques.

M. Miron (Pierre) : Mais on en avait aussi beaucoup, de questionnements sur la définition du projet de procréation assistée. Ça soulevait plusieurs questions. À quel point la loi pourrait être améliorée, le projet de loi, pour clarifier cet aspect-là, tu sais? C'est quoi, un projet de procréation assistée? On se posait toutes sortes de questions. Une patiente qui a été traitée par insémination avec succès a un enfant, par exemple, à la suite d'une troisième insémination. Est-ce qu'elle va avoir accès gratuitement, pour un deuxième enfant, à trois autres inséminations puis, s'il y a échec, à une fécondation in vitro? Est-ce qu'une patiente qui a reçu initialement un service de FIV avec son conjoint... aurait-elle accès, par la suite, aux six inséminations non utilisées, bien que la FIV ait pu mener à une naissance? Si une patiente a eu six cycles d'insémination avec un ex-conjoint, donc, c'est quoi, le projet? Elle a eu un projet avec un ex-conjoint, maintenant un nouveau projet avec un nouveau conjoint; est-ce que c'est toujours le même projet? Est-ce que ça va lui permettre d'avoir accès à des soins? Donc...

Mme Montpetit : Vous devancez, Dr Miron, ma prochaine question et vous y répondez, parce que c'est exactement là-dessus que je voulais voir... j'allais, sur le point que vous souleviez, sur la définition, qui est ambiguë. Et c'est sûr que, de mon point de vue, ça soulève quand même plusieurs questions de vous entendre, vous, comme expert, qui allez, je ne sais pas si... utiliser le bon mot, mais certainement vous référer à ce projet de loi là pour vous gouverner dans votre travail professionnel, de soulever le fait qu'un projet de procréation, qui est quand même central au projet de loi, n'est pas clair. Donc, ça soulève quand même beaucoup de questionnements pour les équipes, probablement, juridiques du ministre. Puis on pourra y revenir sur l'étude détaillée, mais vous soulevez plusieurs questions très pertinentes, là.

M. Miron (Pierre) : ...malheureusement, on survit par le paiement des services, tu sais? Donc, tu sais, si on fait un traitement à un couple, puis que nécessairement il ne se qualifie par la suite, puis que, là, la régie nous revienne par la suite puis ils nous déduisent ce montant-là, bien, on a fait le service, quand même, donc... Puis ça, ça a été un réel problème aussi, dans la phase de transition, là, on a dû sortir nous-mêmes une centaine de dossiers patients pour prouver à la RAMQ que, oui, on avait suivi les mesures de transition adéquatement pour les patients. Donc les montants nous étaient enlevés. Donc, on a vécu ça assez difficilement financièrement. Donc, on ne veut pas revivre ça. On veut s'assurer que le programme, quand il va être établi, ça va être clair, que le projet va être clair, qu'on peut... C'est peut-être moi qui comprends mal, là, tu sais, je ne suis pas un avocat, je ne suis pas... Mais on essaie de comprendre. Et, je pense, ça serait bien, si on a de la difficulté à comprendre ce que c'est réellement, le projet de procréation assistée... ça serait bien que ça soit clarifié, en tout cas.

Mme Montpetit : Je pense qu'il est toujours important... et c'est à ça que servent nos consultations et c'est la raison pour laquelle on reçoit des experts qui vont utiliser le projet de loi. Donc, si ce n'est pas clair pour vous, on clarifiera l'intention du législateur quand on sera à l'étude détaillée. C'est certainement des questions, vous posez, qui sont légitimes. Si vous vous les posez, il y en a d'autres qui se les poseront en temps et lieu. Donc, quand on fera l'étude détaillée, je suis certaine que le ministre aura des réponses, des clarifications, est-ce que c'est des enjeux d'interprétation, effectivement. Mais le principe d'un projet de loi, à la base, c'est qu'il faut qu'il soit clair et interprété aisément, que l'intention du législateur soit facile à comprendre aussi pour les gens qui y feront référence, là.

M. le Président, j'aurais mon collègue de Marquette qui avait une question également. Je sais que le temps va toujours très rapidement, là.

Le Président (M. Provençal) : Alors, M. le député de Marquette, vous avez la parole.

M. Ciccone : La parole? Merci beaucoup. Bonjour, Dr Miron. Bonjour, Me Bellavance. Moi, je veux vous référer à la page 18 de votre mémoire, n° 1 : *Ne pas restreindre le marché*. Je veux vous entendre un peu là-dessus parce que je lis le paragraphe puis j'ai de la difficulté un peu à me situer dans ça. Vous dites que « nous sommes inquiets de la discrétion conférée au ministre de donner des permis en fonction des besoins d'une région. » Quand vous parlez de besoins, est-ce que vous parlez, justement, des établissements...

La députée de Roberval parlait, un peu plus tôt, avec le CHUM, le groupe qui vous a... qui était avant vous, parlait justement d'une belle complicité avec l'Hôpital de Chicoutimi, alors que, bien, il n'y a pas de clinique là-bas pour vraiment donner le service clé en main, si je peux dire ainsi, là, aux gens qui veulent faire affaire à ce service-là. Quand vous parlez des besoins, est-ce que vous parlez, justement, du service qui est offert ou qui n'est pas offert?

• (20 h 10) •

M. Miron (Pierre) : Oui. Bien, je pense, la compétition, c'est sain, d'accord? Personnellement, je pense que c'est sain. Nous, quand on a démarré Fertilys puis que le programme a été aboli, les gens disaient qu'on ne survivrait jamais, tu sais? Pourtant, on offre un service qui est de super qualité, qui est aimé profondément des patients. Je vais vous dire, si vous allez sur Google, vous allez voir comment on est coté, on est bien coté, on prend soin de nos patients.

Donc, quand on posait... quand vous parlez de Chicoutimi, par exemple, je trouve ça aberrant que des patients décident de venir nous voir, donc, et quand ils sont de chez Chicoutimi, mais que là-bas les collègues ne peuvent pas faire d'échographie et de suivi, le folliculogramme, qu'on appelle, ou les suivis échographiques, parce qu'on est considérés comme un centre privé et non un centre public. Vous voyez, donc, ça pénalise même les patients des régions qui décident de choisir librement un centre.

Ça, pour moi, c'est un élément essentiel, je pense, ça va avec la loi sur... pour ne pas me tromper, Me Bellavance, sur la santé, mais que les patients devraient avoir le libre choix de choisir leur centre, O.K., de choisir leur médecin, en fait, je vais vous dire. Je pense qu'on stimule... oui, on est un centre qui est aimé, qui stimule la compétitivité des autres. Bien, au Québec, ce n'est pas mauvais. Quand j'étais jeune, j'avais peur de ça, la compétition, je dois vous avouer, tu sais, mais plus maintenant. Je me dis : Chacun fait sa propre affaire, essaie de faire de son mieux. Je pense que ça doit seulement être équitable dans l'attribution des fonds.

Si, moi, à Fertilys, je veux pouvoir offrir un bon service puis les patients veulent venir chez nous, bien, il faut que le gouvernement m'aide, m'aide à payer de façon aussi équitable qu'il paie les centres publics. Oui. Puis ça, ce n'est pas ce qui se passe présentement, tu sais? Puis c'est anormal que des patients soient orientés, qu'un groupe décide d'orienter une patiente à un tel endroit plutôt qu'un autre. Mais, quand les patientes veulent être aidées puis elles viennent chez nous, elles n'ont pas cette aide-là en région, c'est...

M. Ciccone : O.K. M. Miron, je ne veux pas vous couper, mais il me reste une minute. Je veux vous... Au point n° 3, *Éviter un processus trop lourd et coûteux de vérification de l'admissibilité*, vous voulez que ce soit plus facile. En 40 secondes, expliquez-moi qu'est-ce que vous voulez de plus facile? Parce que c'est quand même une procédure qui est quand même assez délicate, là. Pourquoi il faut la facilité?

M. Miron (Pierre) : Bien, on ne sait pas ce qui va se produire, comment ça va être géré. C'est pour ça que je pense qu'il faut s'asseoir avec le ministère, tu sais? Comment vont être orientées les patientes? Comment... Est-ce qu'on va se faire dire, à un moment donné : Il y a un certain nombre de... on est rendu au millième patient puis on arrête, tu sais, ça devient privé? Tu sais, quels vont être les quotas gérés par centre? Est-ce qu'il va y en avoir?

Je voudrais bien répondre adéquatement à votre question, mais... Tu sais, on craint, par exemple : Est-ce qu'une patiente qui veut commencer une FIV le mois prochain... est-ce que la Régie de l'assurance maladie, quand j'appelle, va me répondre, tu sais? Est-ce qu'elle va me répondre rapidement? Les inséminations, ça va être pareil, parce que, si on considère que ce mécanisme-là va être établi... Ça veut dire : Est-ce qu'à chaque mois je vais prendre le téléphone...

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, Dr Miron. Merci. Je vais céder maintenant la parole, pour la suite des choses, à la députée de Sherbrooke.

Mme Labrie : Merci, M. le Président. M. Miron, je vais vous challenger un peu sur la question du public, du privé. On a entendu ce matin, par exemple, des médecins qui nous disaient qu'on devrait inverser la proportion pour que ça soit plutôt... qu'on tende à ce que ça soit 70 % des traitements qui soient faits au public. J'entends bien de votre présentation que ce n'est pas votre position, que vous... Vous nommez même qu'il y a des enjeux, là, de compétition déloyale, je vais dire ça comme ça, vous me reprendrez si ce n'est pas les bons mots, là, entre les centres qui seraient un peu semi-publics par rapport au vôtre. Ça ne serait pas normal, si on veut financer ce service avec l'argent public, de le développer dans le réseau public? Ça ne serait pas ça, le scénario idéal?

M. Miron (Pierre) : Non, même je vais vous donner mon expérience. Moi, j'ai fondé à Maisonneuve-Rosemont en 1987. C'est le directeur général qui m'a demandé de sortir le programme puis de fonder... À ce moment-là, j'ai fondé Procrea. Donc, ces centres-là, ils peuvent être autonomes. Mais je pense que le modèle qu'on a, nous, il est petit. Donc, petit, bien, on peut faire jusqu'à 800, 1 000 tentatives, probablement. Mais, tu sais, je ne veux pas atteindre ça, honnêtement, parce que je me dis que ça ne sera plus humain du point de vue de la qualité des soins, tu sais? Mais je pense que c'est... les modèles de centres de procréation, à mon avis, devraient être autonomes à l'extérieur des centres hospitaliers, pour plusieurs raisons, là, mais, entre autres...

Mme Labrie : ...le service n'est pas couvert par le public. Je peux comprendre que ce soit un service qui est offert au privé, mais, dans la mesure où on veut le couvrir et qu'on veut le payer avec des fonds publics, ce service-là, n'est-ce pas normal de dire : On va l'offrir dans le réseau public, comme les autres soins de santé qui sont couverts par la RAMQ?

M. Bellavance (Sylvain) : Bien, tous les services qui sont donnés en cabinet privé, aujourd'hui, ce sont des services publics aussi. Le fait que le service soit payé par la RAMQ ne signifie pas qu'il ne doit pas être donné dans un cabinet privé et...

Mme Labrie : Pas du tout, mais ces gens-là ne réclament pas davantage d'aide du gouvernement pour offrir des services concurrents au privé par rapport au réseau public.

M. Bellavance (Sylvain) : Pas mal, oui.

M. Miron (Pierre) : J'ai manqué votre point, je m'excuse. Ça, je ne l'ai pas compris. Est-ce que vous pouvez répéter?

Mme Labrie : Bien, c'est-à-dire qu'effectivement il y a des services qui sont offerts au public, qui sont aussi offerts dans des cliniques privées, de toutes sortes d'autres services de santé, là, on ne parle pas de procréation. Mais, à ma connaissance, ces cliniques-là ne demandent pas du soutien gouvernemental pour offrir des services qui sont en compétition avec des services publics. Là, je sous-entends que, vous, c'est ce que vous voulez quand même, vous voulez être soutenus pour l'offrir dans vos cliniques?

Le Président (M. Provençal) : 20 secondes.

M. Miron (Pierre) : Bien, je pense que les modèles comme celui qu'on a, c'est des modèles parfaits, par expérience, pour en avoir eu dans un centre public... Vous savez, la pandémie a affecté plusieurs centres. Le premier centre qui a fermé, en pandémie, c'est Sainte-Justine, alors que nous, on aurait pu continuer nos activités tout en protégeant la population, parce qu'ils étaient dans un hôpital. Je pense qu'il y a des avantages où l'administration est autonome, également, que les décisions peuvent se prendre rapidement. Il y a plein, plein d'avantages d'avoir un programme qui est autonome avec l'administration, avec tout le personnel sur place. On n'a pas besoin du type d'infrastructure...

Le Président (M. Provençal) : Dr Miron, je dois vous interrompre puis je vous remercie, parce que le temps est écoulé avec la députée de Sherbrooke. Alors, je vais y aller maintenant avec le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : ...petit deux minutes. Bonsoir, Dr Miron et Me Bellavance. Je vais continuer, mais très, très brièvement. C'est que j'essaie de réconcilier ce qu'on vient d'entendre, comme discussion sur le public versus le privé, avec la déclaration que vous avez faite tout à l'heure, en disant : On est tous des centres privés, mais certains sont situés dans les lieux... dans des hôpitaux. Est-ce que vous pouvez m'éclairer là-dessus? C'est privé, ou c'est public, ou c'est les deux?

M. Miron (Pierre) : Non. Bien, quand que le gouvernement va payer un cycle de FIV, le deuxième, troisième cycle, ça va demeurer privé, il y a plein d'actes qui vont rester privés. Donc, les centres, qu'ils soient situés dans des centres hospitaliers ou à l'extérieur, ils vont toujours avoir cet aspect-là privé. Je crois... à moins que l'État, un jour, dise qu'on couvre tous les FIV par le... Puis je pense que...

Vous savez, il y a peut-être 65... je crois comprendre, là, puis Dr Carmant pourra me confirmer, mais 65 %, 70 % des cas vont être faits dans les centres hors hospitaliers. J'aime plus le terme «hors hospitalier». Parce que moi, j'aurais bien aimé qu'on me paie... que je n'aie pas à m'exposer comme risque, personnellement, de payer un centre qui serait public, mais hors hospitalier, du modèle de Fertily. Je pense, c'est le plus beau modèle, c'est le plus fonctionnel. Il y a une dynamique interne qui est facile. On connaît nos coûts. Quand vous demandez les coûts, dans Sainte-Justine, c'est dilué dans tout l'hôpital. Quand vous demandez au CUSM, c'est la même chose. Donc... de ne pas connaître les coûts réels d'une fécondation in vitro.

Mais, ceci dit, les patients aiment moins aller à l'hôpital. Le patient infertile, c'est une maladie, mais il préfère se retrouver dans des centres comme Fertily, je pense, en tout cas, sincèrement, parce que, bien, il ne se sent pas malade nécessairement, là, tu sais, entre guillemets, il n'a pas de problème physique.

M. Arseneau : J'aimerais, rapidement, parce qu'on a peu de temps... Mais merci pour la réponse. Je ne sais pas si j'ai le temps pour une deuxième question. J'ai peut-être une minute. Vous semblez préoccupé, là, par l'implantation du programme puis vous avez mentionné tout à l'heure que vous aviez déjà des listes d'attente. Est-ce que vous attendez... Bien, d'une part, est-ce qu'on ne devrait pas accélérer la mise en place parce qu'il y a des attentes? Et, d'autre part, comment on va gérer les listes d'attente, s'il y a un programme qui est nouvellement offert?

M. Miron (Pierre) : Bien, vous savez, nous, on est plafonnés, hein, les médecins dans les centres hors hospitaliers, ce qui n'est pas le cas dans les hospitaliers universitaires, il n'y a aucun plafond salarial, de revenu,

devrais-je dire, d'accord? Nous, on a ça, donc nous, on pourrait être limités rapidement de pouvoir offrir ce service, dès qu'on atteint ce plafonnement-là qui est assez limite. Ça, on retrouve ça uniquement dans les centres hors hospitaliers, les cabinets privés. Alors, ça, c'est une problématique, une réelle problématique. Quelle va être notre décision? Est-ce qu'on arrête de desservir la population parce qu'on ne peut plus l'offrir, on ne peut plus avoir accès à la RAMQ? Est-ce que... Il y avait un autre élément que je voulais vous dire là-dessus...

Le Président (M. Provençal) : Malheureusement, le temps est écoulé, Dr Miron. Je m'excuse, je dois faire mon rôle comme gestionnaire du temps.

M. Miron (Pierre) : C'est correct...

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie, Dr Miron et Me Bellavance, pour votre contribution aux travaux de la commission.

Je suspends les travaux quelques instants afin que l'on puisse accueillir par visioconférence le prochain groupe. Je vous souhaite une excellente soirée à vous deux. Merci.

(Suspension de la séance à 20 h 18)

(Reprise à 20 h 22)

Le Président (M. Provençal) : Je souhaite maintenant la bienvenue aux représentants de la Clinique OVO.

Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter puis à débiter votre exposé. Je vous cède maintenant la parole.

Clinique OVO inc.

(Visioconférence)

M. Bissonnette (François) : Bonsoir, M. le Président. M. le ministre, et vous, les... (panne de son) ...de venir échanger avec vous dans le but... (panne de son) ...cette loi. Je suis le directeur médical de la Clinique OVO...

(Interruption)

Le Président (M. Provençal) : Vous pouvez continuer...

M. Bissonnette (François) : Ça va?

Le Président (M. Provençal) : Oui. Le son est un petit peu défaillant. Alors, je me demande si vous devez garder votre caméra... puis que le son serait peut-être meilleur dans ce cas-là. On pourrait faire un petit test, s'il vous plaît, puis je ne vous enlèverai pas le temps de votre exposé.

M. Bissonnette (François) : O.K. Est-ce que ça va mieux comme ça?

Le Président (M. Provençal) : Oui, ça va mieux.

M. Bissonnette (François) : O.K. Alors, je suis le directeur de la Clinique OVO qui... (panne de son). Je vous épargne aussi mon... (panne de son) ...mais laissez-moi vous mentionner que nous sommes l'une des plus grosses cliniques de fertilité au Canada, nous aidons les couples infertiles québécois depuis 17 ans et que nous sommes reconnus au niveau national et international, autant pour... (panne de son) ...de nos résultats que pour notre mission académique et de recherche.

Premièrement, nous voulons souligner le courage du gouvernement d'aller de l'avant avec ce projet de loi et de respecter sa promesse faite aux couples infertiles, malgré un contexte économique...

Le Président (M. Provençal) : Dr Bissonnette, on va suspendre quelques minutes juste pour faire un ajustement parce que ça devient difficile pour les gens dans la salle de bien vous entendre.

Alors, je suspends les travaux quelques minutes. Merci, puis je vous reviens rapidement.

(Suspension de la séance à 20 h 24)

(Reprise à 20 h 27)

Le Président (M. Provençal) : Alors, Dr Bissonnette, je vais vous inviter à poursuivre votre présentation, s'il vous plaît.

M. Bissonnette (Français) : Alors, premièrement, nous voulons souligner le courage du gouvernement d'aller de l'avant avec ce projet de loi et de respecter sa promesse faite aux couples infertiles, malgré un contexte économique difficile. Merci au nom des couples infertiles du Québec, qui pourront dorénavant compter sur un certain appui dans leurs démarches pour réaliser leur projet parental, incluant le financement d'un cycle de fécondation in vitro. Il s'agit d'une étape importante pour s'assurer que tous les Québécois auront un accès juste et égal à tous les soins gynécologiques et obstétricaux, y compris le traitement de l'infertilité.

Bravo aussi pour la mise en place d'un comité d'éthique clinique qui nous permettra d'avoir un support pour répondre à la multitude des situations qui se posent... qui posent une problématique sur le plan de l'éthique! Il fallait souvent avoir recours à des spécialistes éthiciens externes, dans le passé. En tant que spécialistes expérimentés dans un domaine complexe en évolution constante, nous vous offrons toute notre aide à ce nouveau comité.

Nous sommes aussi en accord avec les restrictions apportées pour exclure du programme les couples qui ont eu une stérilisation volontaire. Il était difficile de justifier que l'État paie pour des chirurgies de réanastomose après une ligature tubaire ou une vasectomie, pour les couples qui changent d'idée, mais qu'il n'y ait aucun financement pour les femmes qui n'ont pas de trompe fonctionnelle à cause de maladies.

Nous soulignons positivement l'assouplissement des règles pour inclure d'autres conditions que le cancer pour les services de procréation requis à des fins de préservation de fertilité à des personnes assurées avant tout traitement gonadotoxique.

• (20 h 30) •

Dans l'objectif de s'assurer de l'implantation rapide d'un programme structuré, équitable et juste, nous tenons à attirer votre attention à certaines constatations ou questionnements dans le but de bien guider nos patients et nos collègues. Nous réaffirmons notre support envers l'objectif que le gouvernement s'est fixé d'assurer une pratique de qualité sécuritaire, éthique et juste en matière de procréation assistée envers notre société et nos patients.

Pour nous assurer de la pérennité du programme, il est important que les fonds soient dédiés aux traitements des couples infertiles, séparés, entre autres, des autres enveloppes budgétaires. Il faut aussi distinguer les paiements des frais techniques qui seront versés aux centres de PMA, des honoraires médicaux versés aux médecins, comme cela se passe dans d'autres domaines de la médecine. Ceci évitera une surestimation des revenus médicaux et des controverses qui peuvent en découler.

Nous recevons avec beaucoup d'enthousiasme la mise en place d'un organisme responsable de vérifier l'admissibilité des couples au programme, mais il faut que ce soit fait de façon transparente et rapide. On peut facilement envisager la mise en place de tels guichets pour vérifier l'éligibilité à la fécondation in vitro, mais cet exercice peut devenir lourd et laborieux pour les six cycles d'insémination. Il faut éviter une lourdeur administrative qui retarderait l'accès au traitement, surtout que l'âge de la patiente infertile est le facteur le plus important pour l'obtention d'une grossesse suite au traitement de PMA.

Il faut, entre autres, préciser les règles dans la période de transition. Un couple qui avait fait, par exemple, neuf inséminations dans le programme, ne pourrait pas, ne devrait pas pouvoir repartir à zéro et repartir avec des inséminations. On reconnaît l'effort qui est fait pour corriger les injustices du passé qui permettaient aux couples femme-femme de profiter chacune de cycles couverts de fécondation in vitro. Il faudrait trouver un moyen pour que les deux noms du couple qui profite du traitement soient enregistrés pour le cycle de fécondation in vitro et les six inséminations.

Avant de débiter ce programme, il est impératif que tous les éléments opérationnels soient en place. Le financement, le fonctionnement, la réglementation, les règles d'application et les tarifs devront être et avoir été négociés et acceptés par tous. On ne doit pas précipiter l'annonce d'un début de programme avant d'être fin prêts et de s'être assurés d'avoir toutes les structures nécessaires à son bon fonctionnement.

Nous comprenons les motifs pour imposer une limite d'âge à l'accès du financement d'un cycle de fécondation in vitro, mais, une fois que l'embryon est créé, il n'y a pas de raison d'imposer une limite d'âge à 42 ans pour le transfert d'embryons congelés. Pourquoi une femme de 40 ans et 11 mois n'aurait que 12 mois pour faire son transfert, et celle de 35 ans, six ans pour faire le sien? La limite d'âge généralement acceptée pour un transfert d'embryons congelés, dans le cas d'un don d'ovule, si la patiente est en bonne santé, est l'âge moyen de la ménopause, soit 52,4 ans. On se questionne sur le fait que le don de sperme sera financé pour six inséminations artificielles avec le sperme de donneur, mais on oublie complètement le don d'ovules.

En conclusion, nous sommes très heureux pour le support que le gouvernement s'apprête à offrir aux couples infertiles dans le contexte. Et dans le contexte des progrès technologiques rapides que nous connaissons et l'amélioration constante des moyens dont on dispose, il faut, par exemple, s'assurer de ne pas restreindre, pour ceux qui acceptent d'en assumer les frais, l'accès à ces techniques novatrices.

Nous tenons à remercier les représentants du gouvernement de nous avoir donné cette opportunité de communiquer nos préoccupations et nous réitérons notre ouverture à la collaboration et au partenariat en tant que spécialistes qui fournissent les services en matière de procréation assistée au Québec. Nous réaffirmons notre support pour l'objectif que le gouvernement s'est fixé de s'assurer d'une pratique de qualité, juste, équitable et éthique à tous les Québécois.

Je m'aperçois que j'ai, dans la confusion initiale du début, oublié de présenter ma collaboratrice et collègue, Dre Coralie Beauchamp, qui est responsable du don de gamètes ici, à OVO. Alors, merci encore une fois pour cette opportunité.

Le Président (M. Provençal) : Bien, c'est moi qui vous remercie pour votre exposé. Nous allons maintenant débiter les échanges avec M. le ministre. Alors, je vous cède la parole, M. le ministre.

M. Carmant : Oui. Bonjour... Bonsoir, M. Bissonnette... Dr Bissonnette, Dre Beauchamp. Vous êtes le deuxième de suite, là, qui nous parle de certaines craintes de démarrer de façon précipitée. Je dois vous dire qu'il y a à tous les jours des familles qui m'écrivent pour me demander quand est-ce qu'on va démarrer, et qui sont en attente depuis quelques années. Quelles sont les craintes que vous voyez ou quelles sont les choses à éviter, en démarrage, qui vous font craindre un dérapage initial?

M. Bissonnette (François) : Comme je suis au Québec depuis le premier bébé fécondation in vitro créé au Québec, j'ai eu l'expérience du passé, et un des gros problèmes, dans le passé, c'était justement que le programme avait été mis en place, et les structures, tant au niveau de la RAMQ qu'au niveau des structures de support, n'avaient pas été finalisées. Et ça, ça crée un élément de confusion pour les couples qui se retrouvent avec des conditions qui ne sont pas claires, qui... Je sais que vous, Dr Carmant, je sais que vous faites des gros efforts pour clarifier l'éligibilité au programme, et tout ça. Mais, moi, ce que je vous dis, c'est qu'on a l'occasion et l'opportunité de faire un programme bien structuré, soyons sûrs que la structure, elle est bien en place quand on va commencer.

M. Carmant : Merci. Puis parlons de clarté, là. Je vois que, clairement, vous n'êtes pas le premier à soulever le point, mais on nous a parlé beaucoup de ces fameuses six inséminations, mais nous, on voyait ça d'un certain côté positif, où, si jamais le clinicien n'en voyait pas l'obligation ou si jamais il y avait eu des essais faits auparavant, ce n'était pas nécessaire de traverser ces six cycles-là, tandis que pour d'autres qui pouvaient avoir des grossesses après une ou deux inséminations, ça leur donnait la chance d'avoir plus d'un enfant. Donc, clairement, vous, ça semblait, quand vous avez lu le projet, être un passage obligatoire, si je comprends bien, selon vos commentaires?

M. Bissonnette (François) : Non, non. La problématique, encore une fois, avec l'expérience antérieure, c'est que les gens arrivent avec : J'ai le droit à mes six cycles, je veux les avoir. J'ai le droit à mon cycle de fécondation in vitro, je veux l'avoir. Et c'est là que ça pose problème. Et les gens arrivent avec des attentes, et c'est pour ça qu'il faut clarifier, dans l'intention du gouvernement, que ce n'est pas de donner tout d'un coup six cycles et, tu sais...

On vit actuellement avec neuf cycles, et je n'ai aucune évidence pour justifier neuf cycles. Et c'est vrai qu'on dit : Après six cycles, vous n'avez pas d'intérêt à continuer, mais les gens disent : On a le droit, on veut, il faut. Et puis qu'est-ce que vous voulez qu'on leur réponde? C'est dans ce carcan-là qu'on... Oui, je comprends qu'est-ce que vous voulez qu'on leur réponde. Mais moi, je vous dis : Si le gouvernement... si on peut préciser l'intention du programme, je pense que ça va aider, et c'est ce que je souhaite actuellement.

M. Carmant : D'accord, d'accord, bien entendu. On entend bien. Un autre point, ça aussi, on l'a entendu, au niveau de l'âge pour le transfert d'embryons, nous, on avait quand même des inquiétudes au niveau des complications obstétricales puis de la grossesse. À partir de quel âge, vous, vous leveriez un drapeau rouge pour l'implantation des embryons?

M. Bissonnette (François) : À tout âge, on fait une évaluation au niveau de l'état de la femme. La grossesse, c'est très demandant et pour une femme de 40 ans comme pour une femme, des fois, de 35 ans. Et donc, nous, pour une femme... Dans notre programme de don d'ovules, par exemple, les femmes de 40 ans et plus vont avoir une évaluation médicale particulière pour, justement, ces choses-là. Peut-être que, Coralie, tu pourrais rajouter quelque chose sur le don, mais c'est clair qu'on est là et très sensibles à cette préoccupation au niveau de l'état de santé.

• (20 h 40) •

Mme Beauchamp (Coralie) : Oui. En fait, pour faire suite à l'âge des femmes, en fait, vous savez, il y a des femmes de 32 ans qui sont dans un très mauvais état de santé et qui ont beaucoup plus de complications qu'une femme de 41 ans qui est en très bonne forme. Mais, on se donne une obligation de les évaluer pour s'assurer qu'elles sont en bonne santé puis aptes à avoir une grossesse avec un risque minimal.

D'ailleurs, moi je voulais vous apporter un commentaire, en fait, sur votre projet de loi, parce que j'ai un intérêt particulier pour les dons de gamètes, et j'ai lu, en fait, avec grand enthousiasme votre projet de loi qui reconnaît le besoin de don de gamètes dans les problèmes de fertilité, entre autres, les dons de pillettes de sperme. Toutefois, je n'ai pas pu lire, dans votre projet de loi, la même offre pour le don d'ovules. Et, vous le savez, en fertilité, il est évident qu'on a besoin d'un spermatozoïde et d'un ovule pour créer un embryon. Et donc le besoin du don d'ovules est là, et on aimerait, pour avoir un projet équitable, qu'on se penche sur ce besoin de don d'ovules.

À tort, on croit que le don d'ovules, c'est pour les femmes plus âgées, justement, de 42, 43, 44, qui ont moins de chances de grossesse, et vous avez raison, mais le besoin du don d'ovules est aussi important pour les femmes plus jeunes. Elles peuvent avoir une ménopause précoce, une incidence ovarienne prématurée, et nous aimerions voir cette même offre là pour le don d'ovules, comme pour le don de sperme, vis-à-vis... dans le projet de loi.

M. Bissonnette (François) : Et, j'aurais à vous suggérer, M. le ministre, de vous pencher sur une solution juste, équitable et moins coûteuse pour l'État au niveau de ces dons de gamètes, et c'est ce qu'on appelle le don dirigé. Le don dirigé, c'est de plus en plus populaire pour le sperme. C'est-à-dire que, là, les couples vont avoir identifié un donneur qui accepte de donner son sperme dans le cadre de la banque, qui est reconnue maintenant par les... Santé Canada, et qui va passer tous les tests, et qui va donner son sperme. Ce don-là est moins dispendieux pour l'État que les pilles de sperme qu'on achète aux banques étrangères.

D'un autre côté, on pourrait aussi offrir aux couples qui ont besoin d'ovules, un don dirigé d'ovules. Si vous arrivez avec une solution comme ça, où est-ce que vous dites : Le don dirigé, il est couvert par le programme, autant

pour les ovules que pour le sperme, un cycle de fécondation in vitro avec un don dirigé d'ovules, six inséminations avec le sperme d'un donneur désigné, bien, je pense que là vous arrivez avec une solution équitable, juste, moins coûteuse et définitivement qui répond aux demandes auxquelles vous vous êtes engagés avec les moyens de l'État.

Alors, je vous demande tout simplement de réfléchir à cette alternative qui, nécessairement, va demander plus de travail pour les cliniques, mais qui me semble être une solution qui est juste et équitable.

M. Carmant : Et la gestion de cette banque-là, vous la verriez à quel niveau?

M. Bissonnette (François) : Bien, ce n'est pas... c'est des gestions... En fait, les gens qui sont habitués de gérer des banques, le don d'ovules et le don de sperme, on a la gestion du don dirigé. Et donc cette structure-là, elle existe. C'est sûr que je ne vous cacherai pas que c'est beaucoup d'ouvrage, mais, si on regarde, encore une fois, à utiliser les deniers de l'État à bon escient, je pense qu'en utilisant ce don dirigé là on répond à la demande et on ne crée pas de dichotomie entre les ovules et le sperme. Et, en tout cas, je vous demanderais d'y réfléchir.

M. Carmant : D'accord, le point est bien pris. Un autre enjeu qu'on a, c'est au niveau des cliniques hors centre hospitalier, c'est la collaboration avec les différentes régions. Pour vous, comment ça se passe, votre expérience, et ce qu'il faudrait améliorer dans un programme où tout le monde collabore ensemble?

M. Bissonnette (François) : Bien, je vous dirais que ça a toujours été ma préoccupation d'offrir justement à tout le Québec l'accès aux soins. Et vous n'êtes peut-être pas sans ignorer que nous avons joint un consortium qui est maintenant pancanadien et qui va nous permettre de servir le couple québécois partout sur la géographie du Québec. Nous allons disposer à l'intérieur du consortium du centre à Québec. Et nous avons un satellite, à Gatineau, que l'on souhaite éventuellement développer pour pouvoir avoir, là aussi, notre laboratoire pleinement fonctionnel de fécondation in vitro.

Avec ces trois postes-là et notre satellite sur la Rive-Sud, je crois qu'on est en mesure d'offrir un service de qualité à tout le Québec. Nous avons déjà des partenariats avec des cliniciens à Val-d'Or, à Rimouski, qui fonctionnent très, très bien, et surtout avec la télé-médecine qui fonctionne vraiment à merveille. Puis on a vu un petit «glitch», ce soir, mais normalement ça fonctionne très, très, très bien. Et ça nous ouvre vraiment des nouveaux horizons qui nous permettent de vraiment visionner un service entier pour toute la population québécoise.

M. Carmant : Parfait. Un des points qui nous tiennent vraiment à coeur, c'est le comité d'éthique clinique central. En voyez-vous également le besoin? Ça semble que oui. Et comment devrait-il être organisé, selon vous?

M. Bissonnette (François) : Absolument. Absolument. Bien, je pense que, tu sais, le comité d'éthique, par définition, n'arrive pas avec des réponses, oui ou non, mais il permet d'évoluer dans notre réflexion et il nous permet de progresser, de toujours profiter de la réflexion qu'on a faite pour l'appliquer plus tard à d'autres problèmes. Et je vous dirais que ça fait trop longtemps que je suis dans le domaine, je pense toujours que j'ai tout vu, puis on n'arrête pas de me surprendre. Et c'est définitif qu'on n'est pas qualifiés, en fait, on a besoin d'éthiciens compétents pour vraiment compléter cette réflexion.

Et c'était le souhait que je faisais, quand on a établi, par exemple, le comité pour la recherche au niveau québécois, je souhaitais que le comité puisse avoir une division sur laquelle on pourrait, justement, adresser des questions de cliniques. Et là je reçois avec beaucoup, beaucoup, beaucoup d'intérêt, justement, votre initiative d'avoir un comité d'éthique national auquel on va pouvoir se pencher et qui va nous permettre de collaborer entre les cliniques dans la réflexion d'éthique.

M. Carmant : Super. Peut-être passer la parole au Dr Beauchamp. J'aimerais peut-être que vous m'élaboriez un petit peu plus sur votre banque de gamètes et pour me dire comment ça se passe puis comment c'est géré.

Mme Beauchamp (Coralie) : En fait, c'est géré, donc, à l'interne, à travers notre clinique. Depuis février 2020, Santé Canada a émis des lignes directrices par rapport à régir les dons de sperme dirigés et les dons d'ovules dirigés. Et comme disait Dr Bissonnette, mon collègue, il y a certaines cliniques, au Québec, qui ne se sont pas aventurées là-dedans parce que c'est assez lourd comme suivi et structure. Il faut avoir beaucoup de personnel dédié à ça. On a cette chance-là, à notre clinique, d'avoir beaucoup de personnel et donc de pouvoir dédier une équipe aux dons dirigés exclusivement.

Donc, si on pouvait... les autres cliniques du Québec pouvaient avoir la marche à suivre et pouvoir le mettre en branle, eux aussi, de façon pratico-pratique, ça permettrait à chaque clinique d'être autonome dans leur recrutement puis sélection de patients et d'offrir ce service-là dirigé à leur couple. C'est-à-dire que, si on a un couple receveur qui vient et qui a sa propre donneuse, on a maintenant une marche à suivre par Santé Canada. Et ça pourrait, justement, faire partie de votre projet de loi de pouvoir offrir aussi des ovules comme on offre les paillettes de sperme.

Ce serait important, par contre, de clarifier, dans votre projet de loi, ce cycle offert, là, par la RAMQ, va compter sur le cycle offert à qui... Actuellement, lorsqu'on lit votre projet de loi, on a une impression que, finalement, c'est la donneuse qui va se voir imputer son cycle de fécondation in vitro, si elle fait un don dirigé. Ce n'est pas clair, en fait, dans votre projet de loi, ou peut-être que nous ne l'avons pas bien compris. Mais ce n'est pas clair, actuellement, est-ce que c'est le couple receveur qui va être imputé de ce cycle-là ou la donneuse d'ovules. Parce que, sinon, on pourrait voir un couple receveur qui va avoir — bien, en effet, vous voyez, je vous vois réagir — ...qui pourrait avoir une donneuse, ça ne fonctionne pas, une deuxième donneuse et toujours sur le gouvernement.

Donc, ça, c'est quelque chose quand même important à bien spécifier dans votre projet de loi, parce que ce n'était pas clair pour nous, à la lecture.

M. Carmant : Et, par ce système-là, vous êtes capables d'offrir des services à quel pourcentage de votre clientèle, par ce système dirigé là de don dirigé?

Mme Beauchamp (Coralie) : Bien, écoutez, à notre clinique, on fait 900 cycles de fécondation in vitro par année et on a 160 cycles de don d'ovules. Et, dans ces 160 cycles là, moitié-moitié viennent de dons dirigés, donc à peu près 80, 100 cycles de dons dirigés, et l'autre partie, c'est à travers des banques d'ovules. Il faut savoir qu'il y a à peu près, au Canada, 2 500 cycles de don d'ovule, donc ce n'est pas un besoin.

• (20 h 50) •

M. Carmant : D'accord. Et vous insistez sur... que la meilleure façon de gérer, ce serait local. Une gestion centralisée serait peut-être trop compliquée?

Mme Beauchamp (Coralie) : On croit qu'en effet il y aurait une complexité dans une gestion centralisée, pour ce qui est des protocoles, mais une fois que les protocoles sont partagés et connus aux autres cliniques, bien, le service pourrait être offert dans la plupart des cliniques. Parce que nous avons établi tout ce protocole-là, et ça a pris beaucoup de temps, quand même, mais...

M. Carmant : Parce que, vous savez, nous, on a une inquiétude avec les professionnels en soins, au niveau de l'obstétrique-gynécologie, là, à travers la nation, là, donc toujours un petit peu inquiet d'un drain de professionnels. Donc, c'est pour ça que je me demandais si ce ne serait pas plus... quelque chose qui serait faisable, du moins, au départ, sur une base plutôt centralisée, là. Vous mentionniez que vous aviez la chance d'avoir le personnel pour ça.

Le Président (M. Provençal) : Dre Beauchamp...

Mme Beauchamp (Coralie) : Bien, en fait, une fois que le...

Le Président (M. Provençal) : Je m'excuse...

M. Carmant : Ah! désolé, j'ai dépassé mon temps.

Le Président (M. Provençal) : ...malheureusement, vous ne pourrez pas formuler la question. On demandera au docteur... au ministre, excusez-moi, de communiquer directement avec vous s'il veut avoir la suite des événements. Maintenant, je cède la parole à la députée de Maurice-Richard. À vous.

Mme Montpetit : Je vous remercie, M. le Président. Bonjour... Bonsoir, Dr Bissonnette. Bonsoir, Dre Beauchamp. Dre Beauchamp, si vous voulez faire une courte réponse à la question du ministre, il n'y a pas de souci si vous souhaitez compléter, là.

Mme Beauchamp (Coralie) : En fait, il est tout à fait faisable, pour une clinique de fertilité, avec les ressources que les cliniques de fertilité ont à l'intérieur de leurs cliniques, de mettre en place ce protocole-là de don dirigé. Il a été bien établi par Santé Canada, il faut juste l'instaurer, et, une fois instauré, il est tout à fait faisable, pas besoin d'autre personnel.

Mme Montpetit : Bon, il en manquait peu pour compléter la question. C'était dommage de se priver de la suite. Merci beaucoup à vous deux d'être là avec nous ce soir, toujours très instructif d'entendre des experts du domaine. Quelques questions pour vous, mais vous avez déjà répondu à beaucoup de questions dans les échanges qui ont été faits avec le ministre délégué. Je commencerais par la question de l'âge, deux volets.

Vous faites référence... Puis je vous pose la question, je la poserai à l'ensemble des groupes qui viennent de toute façon, mais je pense que vous, vous avez une expertise encore plus pointue sur ces questions-là. Vous mentionnez dans votre mémoire que vous comprenez les motifs pour imposer une limite d'âge. Puis là je veux juste bien comprendre. C'est sûr qu'il y a des motifs qui sont certainement gouvernés, entre autres, par des contraintes financières, mais je veux juste être sûre de bien comprendre. On l'a posée aussi à d'autres experts qui sont venus aujourd'hui, il y a d'autres juridictions qui ont fait le choix de limiter à un âge plus élevé que 41 ou 42 ans ou de ne pas mettre de limite d'âge et de se référer au jugement professionnel du médecin, entre autres évaluer la réserve ovarienne de la femme sur différents critères, là.

Puis là vous n'avez pas élaboré, dans votre mémoire, sur cette question-là. Vous avez élaboré sur le transfert des embryons, puis j'y reviendrai parce que j'avais encore une question, même suite à votre échange, mais, sur cet aspect-là spécifiquement j'aurais souhaité vous entendre.

M. Bissonnette (François) : D'accord. Peut-être que je vais répondre, parce qu'on a... Et on nous a demandé, dans le passé, de revoir à la baisse l'enveloppe budgétaire pour un programme de fécondation in vitro. Et, dans notre analyse, on a conclu — d'ailleurs, on l'a publiée — que, justement, en limitant l'âge, l'État, la société en avait plus pour son argent.

Par exemple, le coût d'un enfant né de fécondation in vitro à 42 ans est équivalent à à peu près trois enfants nés par fécondation in vitro à 35 ans. Donc, si l'État regarde l'efficacité et les résultats, et il y a un montant relativement limité, bien, ce n'est pas mauvais de penser qu'il faut s'imposer une limite d'âge pour l'accès à ces services, pour desservir une majorité de la population et avoir... créer un plus grand nombre de familles.

Mme Montpetit : J'entends bien ma réponse, mais, dans le fond, je m'adresse vraiment au médecin en vous. Est-ce qu'il y a des complications? Est-ce qu'il y a des... ou est-ce qu'il y a des données probantes qui nous indiqueraient que 41 ans, 42 ans doit encore être l'âge qu'on doit prioriser quand on parle de santé de la femme et de santé du bébé, dans le fond? Si on tient compte vraiment de ces deux variables-là, est-ce que c'est... l'âge qui devrait être fixé est bien celui dans le projet de loi ou on pourrait penser le reculer ou l'avancer... le reculer de quelques années, là?

C'est cette perspective-là. Je sais que vous en voyez tous les jours, depuis de nombreuses années, donc je suis certaine que vous êtes capable de nous instruire là-dessus, là.

M. Bissonnette (François) : Je pense que, dans nos mains, une patiente de 45 ans peut avoir une grossesse bien suivie avec des risques très raisonnables par rapport à sa santé. Et on ne la laissera pas s'imposer des risques, justement, on est plus sévères, et il faut rechercher des choses, au niveau de la santé, qu'on ne recherche pas chez la jeune de 20 ans. Mais dire que c'est contre-indiqué d'offrir un traitement juste basé sur l'âge, non, mais c'est peut-être que, si on a un amont... une enveloppe budgétaire restreinte, peut-être qu'on devrait, un peu comme ce que j'ai compris du ministre, réfléchir et investir là où on a un meilleur retour, en tant que société, sur l'investissement.

Mme Montpetit : J'entends bien, je comprends que, là, il y a comme... J'entends que votre recommandation comme médecin, comme docteur, c'est qu'il n'y a pas de contrainte, dans la mesure où le jugement du médecin s'applique. Il peut y avoir des femmes de 43, 44, 45 ans qui vont...

M. Bissonnette (François) : Voilà.

Mme Montpetit : Bon, voilà. Parfait. C'est ce que je voulais savoir. Je voulais vraiment avoir votre opinion médicale pour se retrouver à travers tout ça. En ce qui concerne le transfert d'embryons, vous l'avez mentionné, vous n'êtes pas le premier à y faire référence aujourd'hui, puis c'est assez intéressant, mais je trouvais... Vous avez commencé en nous disant : Pourquoi une femme de 41 ans aurait seulement une année, dans le fond, pour transférer un embryon, par rapport à une femme de 35 ou 38 ans? Est-ce qu'au-delà de l'équité... est-ce que ça ne crée pas une certaine pression aussi, encore là, d'un point de vue médical? Est-ce que vous suggérez, dans le fond, de relever cet âge-là? Jusqu'à quel âge? Et qu'est-ce que vous voyez comme contrainte que ça pourrait apporter de le fixer à 42 ans?

M. Bissonnette (François) : Moi, encore une fois, c'est une question de justice. En pratique-pratique, on sait très bien que la majorité des femmes vont avoir leur transfert en dedans des 12 mois. Ce n'est pas ça qui est le problème. Donc, je n'ai pas besoin d'une loi pour me le dire. Mais, si la loi spécifie 12 mois parce que tu as 41 ans et 11 mois, je m'excuse, mais, pour moi, ce n'est pas juste. Et c'est là que je voulais amener la réflexion.

C'est-à-dire, une loi, pour moi, doit être juste et équitable, et il ne doit pas y avoir de discrimination basée sur l'âge, purement juste basée sur l'âge. Et autant j'ai une justification pour limiter l'âge d'accès à la procréation assistée, autant je n'ai pas de justification pour imposer un tel délai. Si vous voulez avoir un 12 mois, imposez-le à tout le monde, ça, c'est correct, je n'ai pas de problème. Vous dites : O.K., le programme va couvrir pour un transfert d'embryons en dedans de 12 mois. Parfait. C'est logique, c'est juste, c'est équitable, il n'y a personne qui ne peut dire rien. Mais, quand vous ciblez la patiente qui est à la limite d'âge et que vous lui dites : Bon, toi, toi, ça va être 12 mois, ça, j'ai un problème.

Mme Montpetit : Je vous remercie. C'est très, très clair. M. le Président, combien il reste de temps? Ça file toujours très vite, hein? Je vais laisser la parole à mon collègue de Marquette. Alors, merci. Merci beaucoup.

Le Président (M. Provençal) : M. le député, allez-y.

M. Ciccone : Merci beaucoup, M. le Président. Bonjour... Bien, bonsoir, Dre Beauchamp et Dr Bissonnette. Rapidement, je vous réfère à votre exposé, mémoire, la deuxième page : «On reconnaît l'effort qui est fait pour corriger les injustices du passé qui permettaient aux couples femme-femme de profiter, chacune, [des] cycles couverts» par la fécondation in vitro. Je l'ai lu, relu et relu, je veux des précisions : Qu'est-ce que vous voulez dire dans ça? Est-ce que vous êtes pour, justement? Est-ce qu'un couple homosexuel de femmes puisse avoir... recourir à la fécondation in vitro avec le projet de loi ci-contre?

• (21 heures) •

M. Bissonnette (François) : Un couple homosexuel femme, un couple hétérosexuel ou un couple homosexuel homme devrait avoir le droit et l'accès au traitement de fécondation in vitro. Ce qui était l'injustice, c'est que, dans un couple de lesbiennes, les deux avaient le droit parce que le cycle était attaché à la femme. Là, dans le projet de loi actuel, la correction, c'est que c'est maintenant le couple qui se voit imputer le cycle de fécondation in vitro comme les six inséminations. Et ça, bravo! Je trouve que c'est vraiment corriger une injustice par rapport à ce que c'était dans le passé.

M. Ciccone : Bien, merci beaucoup. J'ai juste de la difficulté avec le mot «injustice», là, parce qu'on parle de, quand même, une femme qui veut avoir un enfant, là. Je comprends qu'à un moment donné il faut peut-être tirer la barre, mais, en même temps, moi, d'associer le mot «injustice» avec une femme qui veut avoir un enfant, que ce soit un couple homosexuel, moi, j'ai tendance à penser que peut-être on pourrait le faire de façon individuelle. Mais, bon, j'ai votre... au moins j'ai compris ce que vous voulez dire.

«Il faudrait trouver un moyen pour que les deux noms du couple soient enregistrés pour le cycle de fécondation in vitro et les 6 inséminations.» Là, vous voulez dire quoi, là-dessus? C'est la même chose.

M. Bissonnette (François) : Encore une fois, moi, l'injustice, ce n'est pas au niveau de la femme. Bien non, absolument pas, je n'ai rien... bien au contraire, on supporte les femmes lesbiennes. Ce n'est pas ça. L'injustice, c'est au niveau du couple, O.K.? C'est qu'un couple hétérosexuel il a droit à un cycle. Bien, le couple homosexuel devrait avoir le droit à un cycle. C'est aussi simple que ça.

M. Ciccone : O.K. Merci beaucoup. Je vais arrêter là-dessus. Merci beaucoup.

Le Président (M. Provençal) : Il reste 40 secondes. Ça va?

M. Ciccone : Oui, ça va, ça va.

Le Président (M. Provençal) : O.K. Merci beaucoup. Alors, nous allons maintenant avec la députée de Sherbrooke pour la suite de l'échange. Mme la députée.

Mme Labrie : Merci, M. le Président. On a discuté beaucoup aujourd'hui avec les groupes de la question de la limite d'âge, mais, en même temps, je n'ai pas la connaissance de quel volume de demandes ça représente. Vous, vous recevez beaucoup de couples à chaque année. Pouvez-vous me dire la proportion des couples ou des gens qui font des démarches auprès de vous qui ont au-delà de 42 ans?

M. Bissonnette (François) : Le tiers.

Mme Labrie : Le tiers, hein? O.K., quand même. Puis... O.K., c'est plus que je pensais. Votre suggestion, là, j'essaie de la comprendre. Dans le fond, vous voudriez qu'on retire l'interdiction d'avoir... tu sais, de transplanter l'embryon après 42 ans, dans le fond, vous voudriez que ça soit permis de le transplanter après 42 ans, jusqu'à l'âge de la ménopause. Ça, ça serait un accommodement qui serait raisonnable, pour vous, ça serait donc la seule manipulation qui serait permise?

M. Bissonnette (François) : Non, je dis... Non, mon point, c'est que, si on est pour imposer une règle, on la fait juste et équitable pour tout le monde. À partir du moment où l'embryon est congelé, bien, il n'y a plus de question d'âge. Et donc, si on impose une... au niveau du transfert d'embryon congelé, bien, il devrait être exactement identifié. On dit deux ans. On dit : Tout ça, c'est deux ans pour tout le monde, la patiente de 35 ans comme patiente de 42 ans ou 41 ans.

Mme Labrie : Vous aimeriez mieux qu'on fixe une limite comme ça, en termes de nombre de mois ou d'année après que l'embryon soit congelé, que de le laisser lousse, disons, pour toutes les plus jeunes femmes puis de permettre que ça dépasse 42 ans. Vous aimeriez mieux une limite qui serait... Quelle limite, par exemple, vous proposez?

M. Bissonnette (François) : Bien, personnellement, personnellement, encore une fois, peut-être que j'interprète, j'ai une notion de justice qui n'est pas la même que tout le monde, mais, pour moi, c'est discriminer sur la base de l'âge, sous aucune base scientifique qui le justifie. Alors, c'est pour ça que, pour moi...

Mme Labrie : Mais donc ce serait... est-ce que ce serait 12 mois, votre proposition pour remédier à ça? Est-ce que vous préféreriez qu'on inclue dans la loi que c'est 12 mois, ou ce serait 24 mois, ou... Ce serait quoi, la durée idéale?

M. Bissonnette (François) : Bien, si on veut inclure un délai pour des raisons, justement, de ne pas maintenir une banque d'embryons qui vont être transférés puis qui restent dans le congélateur, bien, c'est correct, je n'ai aucun problème avec ça. Mais fixons le délai, juste et équitable, et le même pour tout le monde. Alors, que ce soit 12 mois, 24 mois, je vis très, très, très bien avec ça, mais je ne veux pas que... en tout cas, je ne souhaite pas que la femme plus âgée se retrouve, elle, coincée dans un délai raccourci, alors qu'on laisse à la jeune toute la marge de manoeuvre. Ça, je ne trouve pas ça correct.

Mme Labrie : Je comprends. C'est juste, moi, je n'ai pas...

Le Président (M. Provençal) : Merci. Malheureusement, votre temps est terminé. La parole appartient maintenant au député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : Merci beaucoup. Alors, bien, je vais continuer un petit peu sur le même thème, parce que c'est quand même intéressant. Là, vous parlez de la question d'équité puis du délai, mais ce qu'on a entendu beaucoup aujourd'hui, c'était sur le pourcentage de réussite anticipé. Est-ce que vous y faites référence aussi? Parce que vous parliez tout à l'heure du coût, puis la raison pour laquelle on justifiait de fixer une limite d'âge, c'était parce que les chances que ça réussisse sont moindres.

M. Bissonnette (François) : Bien, c'est là qu'on parle du coût. Quand on parle de coût, c'est le coût par bébé, donc les chances de réussite.

M. Arseneau : D'accord, c'est ça. Mais vous, ce que vous dites... par exemple, vous dites : jusqu'à 45 ans et même davantage, de... ça peut réussir?

M. Bissonnette (François) : Bien, une fois que l'embryon est congelé...

M. Arseneau : Ou ça devait être accessible, mais les chances de réussite sont moindres... Pardon?

M. Bissonnette (François) : Juste pour être simple, pour être clair, une fois que l'embryon est congelé, là, la question de l'âge de la Mme, de la receveuse, n'est absolument plus...

M. Arseneau : Un facteur? D'accord.

M. Bissonnette (François) : ...tenue en compte. Ce n'est plus un facteur. Qu'elle ait 35 ans... Si l'embryon était congelé à 40 ans, bien, c'est la même chose, à 40 ans, que si on le transfère à 42 ans, 43 ans, 44 ans. Si la personne est en bonne santé, il n'y a pas de différence.

M. Arseneau : D'accord. C'est pour ça que vous parliez tout à l'heure des risques potentiels pour la femme, que vous devez mesurer avant le transfert d'embryons?

M. Bissonnette (François) : Oui, voilà, voilà. Voilà.

M. Arseneau : Parfait. Pour ce qui est... vous dites, essentiellement, le contraire d'une autre firme qui est passée tout à l'heure, quand il est question d'exclure ou non les couples qui auraient, par exemple... dont un des conjoints aurait subi une stérilisation médicale. Parce qu'eux faisaient référence au fait que les couples peuvent se séparer et se reconstituer. Est-ce que ça, ce n'est pas une problématique qui vous est soumise, parfois?

M. Bissonnette (François) : Encore une fois, si on a des moyens illimités, c'est correct, mais, si on a des moyens limités... On a vécu durant des années où la chirurgie de réanastomose était couverte par l'assurance maladie du Québec et la fécondation in vitro ne l'était pas. C'est quand même des arguments qui ont convaincu un gouvernement antérieur de financer, justement, la fécondation in vitro. Alors, encore une fois, moi, c'est une question de justice, encore une fois, juste d'être justes et équitables.

M. Arseneau : D'accord. Peut-être... Non? Oui?

Une voix : ...

M. Arseneau : Non? C'est bon. Merci beaucoup. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Je remercie les Drs Beauchamp et Bissonnette pour leur contribution à nos travaux. Je tiens à remercier aussi les gens du soutien technique, parce que vous avez fait un travail remarquable aujourd'hui pour nous aider dans nos travaux.

La commission ajourne ses travaux jusqu'à mercredi 9 novembre 2020, après les affaires courantes, où elle poursuivra son mandat. Merci beaucoup, et bonne fin de soirée.

(Fin de la séance à 21 h 08)