



ASSOCIATION DES  
OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES  
DU QUÉBEC

CSSS - 011M  
C.P. - P.L. 20  
Accès services  
de médecine  
VERSION RÉVISÉE

# MÉMOIRE

**Présenté à la Commission de la santé  
et des services sociaux**

**Projet de loi n°20** : Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée

Le 24 février 2015

## **L'ASSOCIATION DES OBSTÉTRICIEUS ET GYNÉCOLOGUES DU QUÉBEC**

L'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ) est une organisation syndicale qui regroupe plus de 500 médecins spécialistes en obstétrique et gynécologie. Elle vise l'amélioration constante de la qualité des soins préventifs et curatifs destinés aux femmes du Québec en favorisant le développement professionnel continu de ses membres et celui des différents professionnels de la santé qui partagent cette mission.

D'entrée de jeu, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec tient à souligner aux membres de la Commission qu'elle partage sans réserve la position de la Fédération des médecins spécialistes du Québec qui sera entendue le 17 mars prochain, en ce qui a trait aux dispositions de la partie I du projet de loi. Notre Association laissera le soin à la Fédération, qui regroupe 35 associations représentant 53 spécialités médicales, dont la nôtre, de vous faire part de ses observations et commentaires lorsqu'elle se présentera devant vous.

Nos commentaires porteront donc strictement sur la partie II du projet de loi 20 qui vise la modification profonde du programme public de procréation médicalement assistée.

## LES FAITS

Avant même d'entrer dans le cœur du volet touchant la procréation médicalement assistée du projet de loi 20, l'AOGQ souhaite porter à l'attention des parlementaires un certain nombre de faits documentés afin de jeter les bases d'une réflexion constructive.

- **L'infertilité est une condition médicale reconnue** par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et qui se définit comme l'incapacité relative ou absolue pour un couple de concevoir ou de mener une grossesse à un stade viable. Selon les organismes internationaux, une durée d'exposition de douze à vingt-quatre mois est requise pour remplir cette condition.
- L'infertilité touche au moins **10 % des femmes** en âge de procréer.
- C'est en reconnaissance de ces faits que le gouvernement libéral a implanté le **programme de procréation médicalement assistée (PMA)** en août 2010.
- Le programme québécois fait aujourd'hui office de **référence mondiale** quant à la qualité des soins, en pouvant se baser sur la pratique médicale scientifique plutôt que sur la capacité de payer des contribuables.
- Les retombées immédiates du programme se sont traduites par une **plus grande sécurité** dans les soins des couples et des femmes infertiles (diminution des chirurgies peu utiles, diminution des grossesses multiples) ainsi qu'une **réduction significative des conséquences néfastes** pour les enfants à naître, comme la prématurité et le retard de croissance.
- La plus grande réussite du programme consiste en la **diminution importante des grossesses multiples**. Par l'implantation d'un embryon unique, le taux de grossesses multiples est passé de 26 % en 2009, avant l'implantation du programme à 6,4 % en 2013.
- Actuellement le Québec détient le **taux de grossesses multiples en FIV le plus bas au Canada** et possiblement dans le monde. Cette diminution a un impact non négligeable sur le coût des soins en obstétrique et en néonatalogie et un impact social sur la réduction de la prématurité dans notre population. Les enfants nés prématurément représentent un énorme coût à la société (troubles de santé et de développement).

- Il est notable que le nombre total de grossesses multiples n'ait cependant pas diminué autant. Si l'on considère la provenance actuelle des ces grossesses, elles sont soit spontanées ou principalement secondaires à des stimulations ovariennes avec ou sans insémination intra-utérine. C'est justement **cette partie du service de PMA qui demeure assurée.**
- En infertilité inexplicée, plusieurs études ont documenté que les meilleurs taux de grossesse - et à un coût moindre - étaient obtenus avec un **accès rapide à la fertilisation in vitro** plutôt que de nombreux cycles d'insémination intra-utérine, qui ont peu de succès dans ces cas et qui augmentent nettement le nombre de grossesses multiples, accroissant ainsi le risque pour la mère et les bébés. La FIV bien encadrée n'est pas dangereuse. Le danger est de ne pas contrôler la FIV.
- Le programme dans sa forme actuelle a été un succès reconnu mondialement, mais des aberrations en matière d'éthique ou de coûts globaux demeurent préoccupantes. Or, cela était évitable. De fait, dès son lancement, cet état des choses avait été prévu et décrié par la FMSQ ainsi que l'AOGQ.
  - Un registre des naissances et un système de surveillance devaient être instaurés. **Rien n'a été fait.**
  - Les cliniques privées devaient servir de tremplin lors de l'implantation en attendant que les centres publics universitaires voient le jour et deviennent fonctionnels. **Ce volet est loin d'être achevé.**
  - Le Collège des médecins a été mandaté par le ministère pour produire des lignes directrices, de façon à contrôler le cheminement des personnes infertiles dans le système, basées sur la science et la sécurité de la population. **Ces lignes étaient sur le point d'être publiées lors du dépôt du projet de loi 20.**

## En résumé

- Le gouvernement du Québec a lancé le programme trop rapidement avant de l'avoir bien défini et encadré, il y a eu des dérapages.
- Alors que la poussière retombe et que les systèmes de contrôle s'organisent, que les centres publics actuels arrivent à maturité et peuvent ainsi prendre la relève, on lance à nouveau tout en l'air et on repart à zéro.
- Le sort des centres universitaires n'est pas défini, deux des universités québécoises sont dotées de surspécialistes en fertilité sans centre de fertilité et les cliniques privées gardent le monopole des services offerts à la population.
- Puisque l'infertilité est une condition médicale reconnue, le gouvernement doit rembourser les traitements qui en découlent, d'autant plus que la Loi sur l'assurance maladie rembourse la réanastomose tubaire ou la vaso-vasostomie, deux conditions émanant d'un choix volontaire d'une personne de subir une stérilisation chirurgicale et donc de créer un état d'infertilité dit volontaire. Il y a là un problème d'équité criant.

## **Avoir un enfant après 42 ans : illégal** **UNE ATTEINTE À L'AUTONOMIE DES FEMMES**

### **Encadrer l'accessibilité sur la base de critères médicaux**

Dans tous les pays où il existe un programme de soutien à la fertilité incluant la FIV, les gouvernements se sont dotés d'une politique en limitant l'accessibilité. Ils se basent le plus souvent sur l'indication médicale et les chances de succès des traitements. Pour cette raison, ces programmes comportent une limite d'âge basée sur les taux de grossesse. Il nous apparaît logique de ne pas assurer la FIV chez toute personne qui présenterait de faibles chances de succès. Nous sommes d'accord qu'il faille imposer une limite en lien avec notre capacité de payer en tant que société et selon nos valeurs. Ces limitations devraient être basées sur l'indication médicale et les taux de succès attendus. C'est d'ailleurs ce qu'a répertorié l'INESSS dans sa *Note informative sur les critères médicaux d'admissibilité aux traitements financés publiquement et innocuité de la réitération dans les cycles de fécondation in vitro.*

### **Rendre illégale la FIV pour une femme de 42 ans : un non-sens**

Il existe des interventions potentielles permettant d'obtenir des taux de grossesse comparables dans la population des femmes de 42 ans et plus. Il nous apparaît aberrant de penser que le gouvernement ose rendre illégale la recherche de fertilité par une politique discriminatoire basée uniquement sur l'âge. Que le gouvernement choisisse de ne pas assurer les traitements de FIV pour une femme de 42 ans, c'est une chose, mais qu'il rende illégal tout traitement au privé et pire qu'il rende passible de sanctions pénales un médecin qui réfère une patiente à un centre privé ici ou ailleurs dans le monde relève d'un non-sens et n'est ni plus ni moins qu'une atteinte grave au droit des femmes de donner la vie.

Cette discrimination est d'autant plus préjudiciable que la littérature actuelle démontre clairement qu'avec un dépistage préimplantatoire ou un don d'ovule, les taux de grossesse sont comparables à ce qui peut être obtenu chez des femmes plus jeunes. De plus, les femmes de plus de 40 ans qui accouchent au Québec représentent plus de 5 % des naissances vivantes.

Au surplus, alors qu'il rend illégale la FIV, le projet de loi permettrait aux femmes de plus de 42 ans d'avoir recours à l'insémination artificielle alors que les taux de succès associés à celle-ci chez cette population sont naturellement bas.

### **Un paradoxe à éclaircir**

Tel qu'il est articulé, le programme permettrait à une femme de 35 ans obèse, sédentaire, pré diabétique et hypertendue d'avoir accès à des traitements de FIV. Un tel portrait médical diminue les chances de succès d'un traitement FIV que le gouvernement remboursera néanmoins, sans compter les risques de complications obstétricales et néonatales.

De l'autre côté, une femme de 42 ans, en excellente santé dont la condition a fait l'objet d'une investigation physique avancée n'aura non seulement pas droit à la FIV, mais le traitement devient en soi illégal. Or, une femme de 42 ans peut être en bien meilleure forme physique qu'une femme de 35 ans. Les décisions de procéder à un traitement de fertilisation in vitro ou un don d'ovules ne sont pas prises à la légère par les patientes ou leur médecin qui doivent procéder à de nombreuses investigations avant de donner leur accord à un tel projet.

Puisque seule l'insémination artificielle demeure couverte en vertu de la Loi sur l'assurance maladie pour une femme de 42 ans, les couples se tourneront vers des inséminations répétées avec peu de chance de succès, alors que la FIV devrait être priorisée. Cette option devient impossible parce que le projet de loi la rend illégale.

L'AOGQ est d'accord avec le gouvernement de ne pas couvrir la FIV pour le groupe d'âge identifié dans le projet de loi, mais estime que de rendre illégal tout traitement de FIV va trop loin. Il est absolument possible d'obtenir des traitements efficaces et sécuritaires, tant pour la mère et l'enfant, pour une femme de 42 ans.

## **Milieus universitaires**

### **La recherche ne peut être tributaire de règles administratives**

Les centres en milieu universitaire opèrent déjà depuis plusieurs années, surtout le Centre de Reproduction de McGill. Ce centre est un pilier de recherche internationale en infertilité, reconnu mondialement et apportant un rayonnement scientifique important. Deux centres universitaires se sont ajoutés depuis la mise en place du programme public, soit le Centre de fertilité du CHU Ste-Justine et la Clinique de procréation assistée du CHUM. Ces centres de l'Université de Montréal sont maintenant fonctionnels et ont déjà débuté leurs activités de recherche.

D'ailleurs, le gouvernement pourrait considérer ouvrir de tels centres à l'Université Laval et l'Université de Sherbrooke, de façon à uniformiser la formation médicale et offrir une accessibilité régionale à toute la population québécoise.

### **Des centres de formation et de recherche : des indispensables**

Ces trois centres académiques forment aussi des surspécialistes en infertilité qui viennent de partout dans le monde tant la réputation du programme public est bonne. De plus, pour les gynécologues-obstétriciens du Québec, qui offrent les soins de base en infertilité dans les bureaux privés, de façon locale, ces centres sont le lieu de formation non seulement idéal, mais nécessaire.

Nous considérons que ces trois centres universitaires devraient continuer d'offrir des services complets et gratuits de l'investigation jusqu'aux traitements de fertilisation in vitro et ainsi maintenir leur rôle de formateurs des médecins spécialistes et surspécialistes du Québec. La recherche fondamentale et clinique est essentielle pour le développement de traitements de pointe.

Sur le plan strictement éthique, la recherche ne doit pas devenir une façon détournée d'obtenir des soins remboursés. En nommant un comité d'éthique, le gouvernement vient encadrer les programmes de recherche qui seront déployés au Québec. Avec un tel encadrement, il n'y a aucune raison que les traitements prodigués dans le cadre de programmes de recherche ne soient pas couverts.

Les avancées importantes notées depuis l'implantation du programme de PMA nous prouvent combien le fait d'offrir des soins basés sur la science plutôt que la capacité de payer des individus réduit le nombre de complications et améliore les résultats globaux. Or, le projet de loi ne garantit pas que les milieux universitaires pourront continuer d'effectuer des programmes de recherche en FIV et que ces traitements seront couverts pour les patientes.



### **Confier la conception de lignes directrices aux milieux experts**

Les milieux universitaires disposent d'une expertise et sont par conséquent le site par excellence pour émettre les lignes directrices en infertilité. Ils doivent être mis à contribution, avec le Collège des médecins, pour développer l'algorithme de cheminement en procréation assistée afin qu'il devienne la référence en matière de pratique médicale. De fait, lors de l'implantation du programme public de procréation médicalement assistée, de telles lignes directrices devaient être développées justement pour encadrer le cheminement clinique des patientes. Or, le réseau public n'avait ni les infrastructures ni les ressources financières et humaines nécessaires pour répondre à cette commande.

Depuis ce temps, le Collège des médecins a développé des lignes directrices qui sont sur le point d'être publiées. La qualité de ce travail est indéniable et viendra baliser d'une manière rigoureuse la pratique médicale. C'est sur ces lignes directrices que doit s'appuyer le gouvernement.

## **Capacité de payer des patients**

### **Ce qui est médicalement requis n'est pas ce qui est assuré**

Malgré le fait que la FIV sera rendue accessible grâce à des reçus d'impôt, les couples devront néanmoins avancer des sommes importantes pour obtenir ces traitements. Au surplus, les critères pour avoir accès au crédit d'impôt sont nettement trop stricts. Le risque que les couples favorisent des traitements couverts par l'assurance maladie au détriment de la FIV, qui pourrait être la meilleure option médicalement requise, est bien réel.

Citons en exemple le cas d'une jeune femme de 27 ans, qui a déjà un enfant, mais qui est aujourd'hui aux prises avec une endométriose sévère. De fait, 25 % des femmes avec une problématique d'infertilité ont de l'endométriose. Cette femme, parce qu'elle a déjà eu un enfant, n'aura pas droit au crédit d'impôt pour la FIV.

La littérature indique que la chirurgie pour endométriose est efficace dans le traitement de la douleur, mais qu'elle peut avoir des effets néfastes sur la fertilité. Une seule chirurgie comporte un coût potentiellement équivalent à un cycle de FIV, sans donner de résultats probants, et exposant la femme à des risques chirurgicaux réels. Dans notre exemple, faute de soutien financier, cette patiente aura tendance à opter pour la chirurgie qui est couverte par la RAMQ.

#### **Des économies cosmétiques**

L'AOGQ craint que la réduction des dépenses escomptées liée au changement de la loi soit diluée dans les coûts généraux de soins de santé, et qu'au bout du compte, les dépenses en santé pour la fertilité restent les mêmes, mais moins visibles et impossibles à calculer.

Il n'y a pas si longtemps, quelques années seulement, la laparoscopie diagnostique faisait partie intégrante des investigations avant d'aller de l'avant avec un traitement de fécondation in vitro. Ces laparoscopies permettent de diagnostiquer (et traiter) l'endométriose asymptomatique ainsi que les trompes de Fallope obstruées qui empêchent la progression du sperme. Ces chirurgies ne sont pas sans risque et leurs bénéfices, même s'ils existent, sont loin d'être équivalents à un traitement de fertilisation in vitro. Les risques reliés à la fertilisation in vitro sont généralement moindres que ceux d'une chirurgie. De plus, les experts s'entendent pour dire que 48 laparoscopies diagnostiques seront nécessaires pour arriver à une seule grossesse lorsque l'infertilité s'avère secondaire à une endométriose asymptomatique. Ces laparoscopies diagnostiques auront un coût important pour la société. Pourquoi donc ne pas offrir aux femmes atteintes d'endométriose et qui ont déjà eu un enfant, un accès à la FIV?

Avec la FIV, on obtient un contrôle presque parfait du nombre de grossesses multiples, grâce à la politique du transfert embryonnaire unique. Le fait de contraindre l'accessibilité à la FIV avec le crédit d'impôt va entraîner des conséquences néfastes sur les femmes. Cette politique prise par le gouvernement constitue un retour en arrière vers des alternatives non optimales, avec plus de risques pour la santé et la conséquence ultime d'une augmentation des grossesses multiples et de leur lot de complications foetales et néonatales.

Au final, il y aura apparence de gains, mais les coûts seront probablement semblables. En plus, la femme devra s'exposer à plus de risques physiques et de complications à long terme sans augmenter ses chances d'obtenir une grossesse.

## CONCLUSION

### Nos recommandations

#### **Recommandation no 1 :**

Modifier l'article 10 et les suivants afin de confier au Collège des médecins, en collaboration avec les milieux universitaires et les sociétés savantes, le mandat d'élaborer et de mettre à jour un **algorithme de cheminement en procréation assistée** (lignes directrices) basé sur les critères médicalement requis.

De fait, alors que la science évolue, l'inclusion de critères d'utilisation des services de PMA dans la loi est au contraire statique. Ces critères risquent de devenir rapidement caducs et comme une loi ne se modifie pas facilement, s'en trouvera un décalage entre les données de la science et la pratique médicale sur le terrain.

Le gouvernement devrait se concentrer à énoncer clairement ce qui est couvert et laisser les sociétés savantes définir l'application des soins de PMA.

L'AOGQ recommande de retirer les articles qui viennent présumer des critères de cet algorithme de cheminement comme l'âge, le nombre d'inséminations artificielles ou le nombre de relations sexuelles requises précédant la FIV et référer plutôt nommément à l'algorithme de cheminement.

#### **Recommandation no 2 :**

Modifier l'article 10.6 du projet de loi, lequel interdit à quiconque oeuvrant dans le secteur de la santé de diriger une personne vers une clinique de procréation assistée hors Québec pour recevoir des soins qui ne seraient pas conformes aux normes prévues du projet de loi. Or, puisque le gouvernement interdit la FIV chez une femme de plus de 42 ans, une telle référence vers un centre de fertilité serait illégale et passible de sanctions alors qu'il pourrait être médicalement requis pour cette femme d'avoir accès à la FIV.

L'AOGQ recommande de modifier l'article 10.6. ainsi : « Il est interdit à quiconque oeuvrant dans le secteur de la santé ou des services sociaux de diriger une personne vers une clinique de procréation assistée située hors Québec afin que cette personne y reçoive des services de procréation assistée qui ne sont pas **médicalement requis et conformes aux lignes directrices en matière de procréation assistée.** »

**Recommandation no 3 :**

Pour des raisons d'équité, l'AOGQ recommande de préciser clairement dans le projet de loi que tous les traitements des patients seront couverts par l'assurance maladie lorsqu'ils sont effectués dans le cadre d'activités de recherche.

**Recommandation no 4 :**

L'AOGQ recommande d'inclure nommément dans le projet de loi la création d'un registre des naissances issues de la procréation médicalement assistée et d'un système de surveillance. Ce registre devait être créé en 2010 et rien n'a été fait alors qu'il était réclamé par tous, incluant le ministre Barrette.

L'AOGQ est d'avis que les quelques ratés du programme de PMA sont en grande partie dus à la vitesse d'implantation, à l'absence de suivi des résultats, comme la création d'un registre. Le ministre s'est pourtant vu servir de nombreux documents soutenant la continuité du programme actuel, mais à l'intérieur d'un meilleur encadrement. Le Rapport Salois est d'ailleurs éloquent à ce sujet.

Plutôt que d'écouter ces experts, le gouvernement modifie en profondeur le programme, rendant économiquement plus difficile l'accès à la FIV, alors que ce programme a somme toute prouvé ses nombreux bienfaits. Au surplus, il rend illégale la FIV pour une femme de 42 ans lui retirant ainsi son droit à donner la vie. Le gouvernement va trop loin.

## RÉFÉRENCES

« *Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists* », The American College of Obstetricians and Gynecologists, Number 114, July 2010.

BOURASSA FORCIER, Mélanie et Anne-Marie SAVARD. « *Programme québécois de procréation médicalement assistée – perspective de droit comparé et de droits de la personne : Projet de rapport présenté au Commissaire à la santé et au bien-être* », Groupe de recherche en droit et politique de la santé, Université de Sherbrooke, 30 août 2013. 62 p.

Canadian Fertility and Andrology Society. « *Canadian Assisted Reproductive Technologies Register Plus (CARTR Plus)* », 60th Annual Meeting, September 11-14, 2014.

GUNDY, Joanne, M. Sc. « *Assisted reproductive technologies (ART) in Canada : 2012 results from the Canadian ART Register* » [http://www.cfas.ca/images/stories/pdf/CARTR\\_2012.pdf](http://www.cfas.ca/images/stories/pdf/CARTR_2012.pdf), consulté le 22 février 2015.

INESSS. « *Note informative sur les critères médicaux d'admissibilité aux traitements financés publiquement et innocuité de la réitération dans les cycles de fécondation in vitro* », 20 février 2015, 65p.

Institut de la statistique du Québec. « *Le bilan démographique du Québec* », Ste-Foy, 2014, 163 p.

MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC. « *Revue de l'aide fiscale accordée aux personnes ayant recours à la voie médicale pour devenir parents* », Bulletin d'information, 28 novembre 2014, p 2-14.

REINDOLLAR, RH., MM. REGAN, PJ. NEWMAN, BS. LEVINE, KL. THORNTON, MM. ALPER, MB. GOLDMAN. « *A randomized clinical trial to evaluate optimal treatment for unexplained infertility: the fast track and standard treatment (FASTT) trial* », PubMed, August 2010.

SALOIS, Robert et al. « *Avis détaillé sur les activités de procréation assistée au Québec* », Commissaire à la santé et au bien-être, 2014, 386 p.