



Canadian Fertility and Andrology Society
Société canadienne de fertilité et d'andrologie

CSSS - 030M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

**Assemblée nationale du Québec
Commission parlementaire de la santé et des services sociaux**

*Auditions sur le 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*

Mémoire présenté par la
Société Québécoise de Fertilité et d'Andrologie

Présenté par
Dr François Bissonnette
Dre Belina Carranza Mamane
Me Karine Joizil
Dr Neal Mahutte

en hommage à Mme Carole Rhéaume

Québec
Le 13 mars 2015



« Ne nous contentons pas d'être de simples spectateurs, faisons plutôt partie de la solution »

Carole Rhéaume (1968 – 2015)

Table des matières

Objectifs du programme québécois de procréation assistée	5
Portée du programme québécois de procréation assistée	5
Portées potentielles du projet de loi 20.....	6
Couvrir la suroovulation et les inséminations mais non la FIV	6
Le délai pour recevoir un traitement	9
Limite d'âge imposée pour recevoir des traitements.....	10
Interdiction aux médecins de référer les couples	13
Aspect juridique et principe directeur	15
Aspect économique et pistes de solutions	17
Aspect pharmaco-économique.....	20
Équité et principe d'universalité des soins	20
Accessibilité des soins fortement compromise	21
Les crédits d'impôt.....	21
Enjeux éthiques et légaux.....	23
Harmonisation des pratiques et gouvernance	23
Évaluation psychologique.....	25
Inadéquation idéologique du projet de loi n° 20	26
Conclusion.....	27
Annexe 1 : liste des recommandations	28

Introduction

La Société Québécoise de Fertilité et d'Andrologie (SQFA) est la branche québécoise de la Société Canadienne de Fertilité et d'Andrologie (CFAS). La SQFA regroupe la communauté d'experts impliqués en procréation assistée au Québec (médecins fertologues, urologues, endocrinologues de la reproduction, généticiens de la reproduction, embryologistes, chercheurs, psychologues, infirmières, etc.).

La SQFA a pour mission de promouvoir l'excellence et le maintien d'une pratique qui rencontre les plus hauts standards de qualité pour les couples québécois ayant recours à la procréation médicalement assistée (PMA).

En 2011, lors de sa première conférence, la SQFA était fière d'accueillir le ministre de la Santé, Dr Yves Bolduc, à titre de présentateur principal. Les conférenciers de la journée étaient, entre autres, le secrétaire du collège des médecins du Québec, le sous-ministre responsable du programme de PMA, la présidente de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec et le président de l'Association des couples infertiles du Québec.

La SQFA est consciente des enjeux et des défis que doivent relever tant le gouvernement du Québec que les professionnels de la santé dans l'application du programme de procréation assistée. Cependant, c'est avec consternation que les membres de la SQFA ont pris connaissance du 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*, déposé le 28 novembre dernier par le ministre de la Santé du Québec.

Par ce projet de loi, le ministre entend mettre fin au programme de procréation assistée en retirant la couverture de la fécondation *in vitro* (FIV) par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Seules les inséminations intra-utérines (IIU) et la préservation de la fertilité dans un contexte de pré chimiothérapie resteraient assurées par le régime public¹. De plus, la loi, si elle est adoptée, interdirait à toute femme de plus de 42 ans de faire un traitement de FIV, même par don d'ovocytes.

Il est troublant de constater qu'avec son projet de loi, le gouvernement semble balayer du revers de la main la principale recommandation du rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (le Commissaire à la santé et au bien-être, 2014) qui est de maintenir le programme québécois de procréation assistée, tout en assurant son acceptabilité sociale.

Avec le projet de loi n° 20, le gouvernement et son ministre de la Santé mettraient fin à un programme qui est une fierté scientifique pour le Québec. Il mettrait fin à un programme qui a reçu une reconnaissance internationale en raison de son succès quant à son objectif principal : limiter le taux de grossesses multiples issues des traitements de procréation assistée.

¹ 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*, articles 13 et 14

Objectifs du programme québécois de procréation assistée

Les objectifs principaux établis par le gouvernement pour le programme québécois de procréation assistée étaient de reconnaître l'infertilité comme une condition médicale, de faciliter l'accès à la FIV et de diminuer le nombre de grossesses multiples issues de la FIV à moins de 10 %.

La réduction du nombre de grossesses multiples et d'accouchements prématurés devait permettre de réduire les coûts de santé élevés associés à leur prise en charge. Cette économie devait alors financer une partie importante du programme québécois de procréation assistée.

En mars 2010, le ministre de la Santé estimait que le coût du programme lors sa la première année d'existence serait de 32 millions de dollars. Il estimait aussi que, dans les années suivantes, le coût annuel du programme augmenterait à 80 millions de dollars et qu'il y aurait approximativement 10 000 cycles de FIV réalisés annuellement au Québec.

Les résultats ont été probants². L'introduction du programme de PMA a permis un accès universel aux traitements de fertilité³. Selon le gouvernement, le coût du programme en 2013 était d'environ 70 millions de dollars. Par ailleurs, le risque de grossesses multiples associées aux traitements de FIV est passé de plus de 29 % à moins de 7 % (CFAS, 2013). **Ce taux de grossesses multiples est le plus bas en Amérique du Nord et l'un des plus bas dans le monde.** Les économies en termes de l'amélioration des issues obstétricales (grossesses uniques plutôt que multiples) ne sont jamais mentionnés dans l'équation ou présentés pour analyse.

Fort de cette prouesse unique,
le programme québécois de procréation assistée
s'est vu rapidement cité comme un modèle à suivre par les sociétés savantes américaines
et européennes.

Portée du programme québécois de procréation assistée

Comme le démontre le **tableau 1** ci-après, le programme québécois de PMA implique huit centres tertiaires offrant des services ultra spécialisés regroupant plus de 500 employés et consultants professionnels.

De plus, le programme accueille à travers les RUIS de l'Université de Montréal et de l'université McGill plusieurs stages de résidence en gynécologie obstétrique, en urologie, en endocrinologie et en génétique.

² Bissonnette F, Phillips SJ, Gunby J, Holzer H, Mahutte N, St-Michel P, Kadoch IJ. Working to eliminate multiple pregnancies: a success story in Québec. Reprod Biomed Online. 2011 Oct; 23(4):500-4.

³ Tulandi T, King L, Zelkowitz P. Public funding of and access to in vitro fertilization. N Engl J Med. 2013 May 16;368(20):1948-9.

Le programme de PMA a également permis aux programmes de *fellowship* tels que l'endocrinologie gynécologique de la reproduction et infertilité, andrologie et endocrinologie d'offrir une formation post doctorale reconnue par les universités du monde entier. **La fin du programme de PMA au Québec constituera un recul considérable pour nos universités québécoises.**

TABLEAU 1 :
Portée du programme de procréation assistée (sommaire)

Centres tertiaires de PMA	8
Médecins fertologues	49
Autres médecins (urologues, généticiens, endocrinologues, médecine interne, infectiologues)	23
Employés et autres consultants	492
Cycles de FIV*	22 000
Enfants nés à la suite d'une FIV*	3 363

* Données du 5 août 2010 au 31 décembre 2012

Source: *BORN Ontario, CARTR Database, 2010-2012*

RECOMMANDATION 1 :

Maintenir le programme québécois de procréation assistée tout en instaurant des balises simples et basées sur une expertise médicale tel que recommandé par le commissaire à la santé et au bien-être.

Portées potentielles du projet de loi 20

Couvrir la suroovulation et les inséminations mais non la FIV

Le projet de loi n° 20 a été écrit sans l'apport scientifique de médecins œuvrant dans le domaine. Il contient donc des recommandations basées sur des conceptions erronées.

Par exemple, bien que la stimulation ovarienne et l'insémination intra-utérine (IIU) aient leur place dans des situations particulières, le choix de traitement dépend de la situation clinique. Aucune société savante ne prône que l'on revienne à ces traitements à outrance. Il est démontré que leur utilisation est principalement menée par le fardeau économique que la FIV représente pour beaucoup de couples. Dans les années 90, il a été démontré scientifiquement que la suroovulation (usuellement accompagnée d'inséminations intra-utérines) pouvait être responsable

d'un taux de grossesses multiples inacceptable de 30 %⁴. Par ailleurs, il a aussi été démontré que même avec des critères de surveillance élevés, les risques de la suroovulation demeurent élevés et ne peuvent pas être justifiés médicalement lorsque la FIV est disponible.⁵

Par ailleurs, recommander la suroovulation et l'insémination intra-utérine à outrance s'inscrit clairement à contre-courant des données scientifiques probantes récentes. L'étude FASTT⁶ a démontré que la suroovulation et l'insémination intra-utérine (IIU) chez les femmes âgées de 21 à 39 ans étaient associées à un faible taux de grossesse, à un haut taux de grossesses multiples et à un coût significativement augmenté par naissance vivante en plus d'entraîner un délai à l'obtention d'une grossesse par rapport à la FIV. De plus, l'étude FORT-T⁷ a démontré que la suroovulation et l'insémination intra-utérine avec citrate de clomiphène ou gonadotrophines étaient beaucoup moins efficaces chez les femmes âgées de 38 à 42 ans que d'aller directement en FIV.

Restreindre l'accès à la FIV au bénéfice de techniques moins invasives et moins coûteuses aura l'effet pervers d'augmenter les coûts puisque la stimulation ovarienne mène plus fréquemment que la FIV à des grossesses multiples, avec les risques et les coûts que cela comporte, ce qui va à l'encontre des objectifs d'un programme public.

De plus, de ne financer que les inséminations⁸ entraînera indéniablement l'utilisation de ce traitement pour de longues périodes chez les couples qui n'auront pas les moyens de faire de la FIV. Ceci coûtera cher à la société sans avoir l'avantage de la naissance d'un futur contribuable. Il est démontré que d'un point de vue économique, c'est un non-sens de financer uniquement les inséminations.

Par ailleurs, il est important de réaliser que dans certains cas, la seule option pour traiter l'infertilité est la FIV, par exemple pour l'obstruction tubaire, l'insuffisance ovarienne prématurée, l'azoospermie et l'oligoasthénospermie sévère. Dans certaines situations, comme un facteur mâle sévère ou un âge maternel avancé, les IIU sont inefficaces. Par ailleurs, dans le cas de facteur tubaire (incluant l'endométriome sévère et l'hydrosalpinx), le traitement par IIU serait même dangereux en augmentant le risque de grossesse ectopique. Il existe donc des indications médicales claires pour la FIV. **Le projet de loi n° 20, en mandatant la stimulation ovarienne et l'insémination intra-utérine pour ces patientes, impose donc des traitements qui sont médicalement inappropriés et, dans certains cas, risqués.**

⁴ Guzick DS, Carson SA, Coutifaris C, Overstreet JW, Factor-Litvak P, Steinkampf MP, Hill JA, Mastroianni L, Buster JE, Nakajima ST, Vogel DL, Canfield RE. Efficacy of superovulation and intrauterine insemination in the treatment of infertility. National Cooperative Reproductive Medicine Network. N Engl J Med. 1999 Jan 21;340(3):177-83.

⁵ Gleicher N, Oleske DM, Tur-Kaspa I, Vidali A, Karande V. Reducing the risk of high-order multiple pregnancy after ovarian stimulation with gonadotropins. N Engl J Med. 2000 Jul 6;343(1):2-7

⁶ Reindollar RH, Regan MM, Neumann PJ, Levine BS, Thornton KL, Alper MM, Goldman MB. A randomized clinical trial to evaluate optimal treatment for unexplained infertility: the fast track and standard treatment (FASTT) trial. Fertil Steril. 2010 Aug;94(3):888-99.

⁷ Goldman MB, Thornton KL, Ryley D, Alper MM, Fung JL, Hornstein MD, Reindollar RH. A randomized clinical trial to determine optimal infertility treatment in older couples: the Forty and Over Treatment Trial (FORT-T).

Fertil Steril. 2014 Jun;101(6):1574-81.e1-2. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.03.012. Epub 2014 Apr 30.

⁸ Projet de loi no 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 article 13

Le nombre d'embryons transférés⁹

Les objectifs ministériels fixés au début du programme de PMA étaient, en autres, de réduire les taux de grossesses multiples à moins de 10 %. **Les objectifs de diminution des grossesses multiples associées à la FIV visés par le programme ont été surpassés.**

Il est important de souligner que les statistiques sur les grossesses multiples colligées dans le rapport Salois ne dissocient pas les grossesses issues de la FIV de celles résultant des inséminations artificielles ou de la stimulation ovarienne. On peut penser que le taux de grossesses multiples de 17,2 % rapporté par le Commissaire était plus élevé que le taux réel simplement parce que ce dernier a inclus les grossesses post inséminations.

Par ailleurs, quand le programme de PMA a été déployé, le gouvernement n'a jamais mis en place un registre québécois pour faire le suivi des grossesses issues de la PMA. Depuis plus de 15 ans, les centres de procréation médicalement assistée du Québec et du reste du Canada rapportent tous les résultats et les détails des cycles de FIV à un registre pancanadien. Ce registre (CARTR-BORN) permet un suivi rigoureux des résultats incluant les taux exacts de grossesses multiples.

Lors du congrès de la SQFA le 28 novembre 2014, Mme Ingeborg Blancquaert, principale auteure du rapport Salois, a présenté les statistiques du rapport sur les taux de grossesses multiples. Cette présentation a permis de mieux comprendre la discordance entre les taux du rapport Salois et ceux du registre canadien de procréation assistée (CARTR/BORN).

Le taux de grossesses multiples de 17,2 % cité par le rapport Salois représente en réalité « la proportion de nouveau-nés post-FIV issus de grossesses multiples ». Cette approche augmente faussement le taux de grossesses multiples. En effet, la définition utilisée partout dans le monde définit le taux de grossesses multiples comme le pourcentage de grossesses ayant plus qu'un fœtus. Par exemple, si neuf femmes accouchent des bébés (une femme accouchant de jumeaux et huit accouchant d'un seul bébé), le taux de grossesses multiples selon la méthode utilisée par le rapport Salois serait de 20 % (deux bébés jumeaux sur un total de 10 bébés nouveaux nés) plutôt que de 11 % (une grossesse multiple sur neuf grossesses).

L'objectif ministériel était de diminuer
le taux de grossesses multiples issues de la FIV à moins de 10 %.
Cet objectif a été atteint avec les règles actuelles.
Le taux de grossesses multiples est maintenant de 7 %.

L'objectif de tous les médecins oeuvrant en reproduction assistée est clair : une grossesse unique, un bébé et une mère en santé. Le nombre d'embryons que nous transférons par âge ou par nombre d'échecs de FIV est basé sur nos statistiques dans le but de réduire le risque de grossesses multiples.

⁹ Projet de loi no 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, article 3 en référence à l'ajout d'un article 10.4 à la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*

Étant donné que nous avons déjà réussi à atteindre l'un des plus bas taux de grossesses multiples au monde et que nous avons atteint les objectifs du gouvernement, comment justifier ce changement proposé dans le projet de loi n° 20 à l'effet de restreindre davantage le nombre d'embryons transférés? Quel nouvel objectif le ministère souhaite-t-il atteindre pour justifier de telles mesures? Quel sera l'impact de ces nouvelles règles sur les taux de grossesses alors que le gouvernement cherche à retirer son support financier aux couples infertiles?

Il n'y a aucune justification pour interdire le transfert de deux embryons à une femme de moins de 37 ans lorsque l'historique médical ou la qualité des embryons le justifie. Si une telle mesure venait à être adoptée, elle ne ferait qu'encourager, à juste titre, le tourisme procréatif. Un couple québécois ayant une indication médicale de transférer plus d'un embryon aurait tout intérêt à se faire traiter à l'extérieur du Québec pour augmenter ses chances d'avoir un bébé.

RECOMMANDATION 2 :

Maintenir les règles existantes quant au nombre d'embryons pouvant être transférés.

Le délai pour recevoir un traitement

Le projet de loi n° 20 impose un délai de relations sexuelles et un certain nombre de cycles d'inséminations intra-utérines avant de pouvoir procéder à une FIV¹⁰.

Le FASTT *trial* a démontré que, pour les femmes âgées de moins de 40 ans avec une infertilité inexplicquée, une prise en charge rapide vers la FIV augmente de 40 % les taux de grossesse avec, au total, moins de cycles de traitements et un coût moindre. **Il a été clairement démontré dans cette étude que plus de trois inséminations intra-utérines avant de faire une FIV ne sont pas efficaces**¹¹. Cette pratique ne fera qu'augmenter le délai avant d'avoir une naissance vivante.

Le FORTT *trial* a démontré que le recours rapide à la FIV est une stratégie plus efficace pour les femmes plus âgées (> 38 ans) que les traitements d'insémination intra-utérine. Dans cette étude prospective randomisée, **84,2 % de toutes les naissances vivantes sont survenues chez les femmes ayant eu recours à la FIV**.

Ces dispositions du projet de loi n° 20 n'ont aucun sens du point de vue médical et confronte le médecin à enfreindre l'article 47 de son code de déontologie qui stipule : « Le médecin doit s'abstenir de faire des omissions, des manœuvres ou des actes intempestifs ou contraires aux données actuelles de la science médicale »¹².

Dans l'arrêt *R. c. Morgentaler*¹³, la Cour suprême du Canada s'est d'ailleurs fondée sur les conséquences des délais pour conclure que la procédure alors prévue par l'article 251 du Code

¹⁰ Projet de loi no 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, article 3 en référence à l'ajout d'un article 10.3 à la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*

¹¹ Kaser DJ, Goldman MB, Fung JL, Alper MM, Reindollar RH. When is clomiphene or gonadotropin intrauterine insemination futile? Results of the Fast Track and Standard Treatment Trial and the Forty and Over Treatment Trial, two prospective randomized controlled trials. Fertil Steril. 2014 Nov;102(5):1331-1337.

¹² *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., 1981 c. M-9, r.17 9 (« C.d.M. »), articles. 3 et 47

¹³ [1988] 1 R.C.S. 30

criminel (relativement aux interruptions de grossesse) mettait en jeu le droit à la sécurité de la personne. La Cour s'est dite d'avis que le délai créait un risque additionnel pour la santé et constituait une violation du droit à la sécurité de la personne. « Une loi qui crée un risque pour la santé en empêchant l'accès à des soins porte atteinte au droit à la sécurité de la personne. »¹⁴

De plus, pour le gouvernement de régler la bonne pratique médicale est de l'ingérence politique. Le Collège des médecins du Québec est là pour maintenir les standards de pratique médicale élevés au Québec et ce genre de recommandation doit être appuyé d'une littérature médicale basée sur les évidences.

RECOMMANDATION 3 :

Permettre le recours rapide à la FIV lorsque médicalement indiqué.

Limite d'âge imposée pour recevoir des traitements

L'interdiction d'accès au traitement médical fondé sur l'âge est discriminatoire. Il est vrai que la fertilité diminue avec l'âge. Toutefois, interdire les traitements de fertilité après l'âge de 42 ans est une violation des droits fondamentaux des femmes¹⁵.

Tant la *Charte des droits et libertés de la personne*¹⁶ du Québec que la *Charte canadienne des droits et libertés*¹⁷ protègent le droit à l'égalité.

La Charte québécoise contient, à son article 10, une clause antidiscriminatoire qui en définitive prévoit « le droit de ne pas faire l'objet de distinctions non raisonnables, fondées sur un des motifs énumérés »¹⁸. L'article 10 de la Charte québécoise se lit ainsi :

10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit.

¹⁴ *Procureur général du Canada c. PHS Community Services Society*, 2011 CSC 44 au par. 93

¹⁵ Projet de loi no 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, article 3 en référence à l'ajout d'un article 10.1 à la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*

¹⁶ *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q. c.C-12 (« Charte québécoise »)

¹⁷ *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (1982, R.-U, c. 11)] (« Charte canadienne »)

¹⁸ Henri BRUN et Guy Tremblay, *Droit constitutionnel*, 4^{ème} édition, Éditions Yvon Blais, Cowansville 2002, 1425 p., à la p.1109

Le paragraphe 15(1) de la Charte canadienne énonce :

15. (1) *La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.*

Le paragraphe 15(1) de la Charte canadienne s'applique à tous les actes de l'appareil gouvernemental. Est discriminatoire aux termes du paragraphe 15(1) de la Charte canadienne, une distinction qui est source d'un préjudice ou d'un désavantage pour le groupe auquel appartient la personne qui invoque le droit à l'égalité¹⁹.

Selon le *Journal Médical Britannique*²⁰, le Québec, avec ce projet de loi n° 20, serait le seul endroit au monde à imposer une limite d'âge absolue sur les traitements de FIV. **Il y a une grande différence entre refuser de payer pour des traitements de PMA et interdire l'accès à ces traitements.**

Selon la *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM), les traitements de fertilité sont considérés futiles quand les taux de succès sont moins de 1 %. En Amérique du Nord, le taux de naissance vivante par cycle de FIV pour les femmes âgées de 43 ans est de 4 à 5 % si elles utilisent leurs propres ovules et de 40 à 60 % si elles utilisent les ovules d'une donneuse. **Avec les ovules de donneuses, le taux de succès de 40 à 60 % reste le même indépendamment de l'âge de la patiente.** C'est pour cette raison que le don d'ovule est normalement offert jusqu'à l'âge naturel de la ménopause (51 à 52 ans).

Des études maternelles ont démontré que les complications reliées à une grossesse chez une femme d'âge maternel avancé, par exemple le diabète de grossesse ou l'hypertension artérielle, ne sont pas suffisamment sévères pour compromettre la santé à long terme d'une femme et son aptitude à prendre soin d'un enfant (ASRM, *Fertility & Sterility*, 2013).

Une étude sur plus de 20 000 grossesses, publiée dans le *Journal de Médecine Périnatale* en 2010, a démontré que les risques de complications de grossesse chez les femmes de plus de 40 ans ne sont pas davantage augmentés chez les femmes de plus de 45 ans²¹.

En 2012, une autre étude dans le *Journal Américain de Pérenatalité* a démontré que les femmes de plus que 50 ans qui ont eu recours au don d'ovule avaient le même taux de complications périnatales que les femmes de moins de 42 ans ayant eu recours au don d'ovule²².

Finalement, il y a des études qui démontrent que les parents d'âge maternel avancé peuvent avoir un avantage en termes de ressources financières et de stabilité émotionnelle et peuvent être d'excellents parents²³.

¹⁹ *Id.* p.1102

²⁰ Quebec proposes to ban women over 42 from having IVF. *BMJ*, 349:g7724.

²¹ Shrim A, Levin I, Mallozzi A, Brown R, Salama K, Gamzu R, Almog B. Does very advanced maternal age, with or without egg donation, really increase obstetric risk in a large tertiary center? *J Perinat Med*. 2010 Nov;38(6):645-50.

²² Kort DH, Gosselin J, Choi JM, Thornton MH, Cleary-Goldman J, Sauer MV. Pregnancy after age 50: defining risks for mother and child. *Am J Perinatol*. 2012 Apr;29(4):245-50.

²³ Steiner AZ, Paulson RJ. Motherhood after age 50: an evaluation of parenting stress and physical functioning. *Fertil Steril*. 2007 Jun;87(6):1327-32

Notre droit protège depuis longtemps l'autonomie du patient dans la prise de décisions d'ordre médical. Dans *A.C. c. Manitoba*²⁴, la Cour suprême du Canada a reconnu la « solide pertinence qui, dans notre système juridique, caractérise le principe selon lequel les personnes mentalement capables peuvent — et doivent pouvoir — prendre en toute liberté des décisions concernant leur intégrité corporelle »²⁵. Ce droit de « décider de son propre sort » permet aux adultes de dicter le cours de leur propre traitement médical²⁶. C'est ce principe qui sous-tend la notion de « consentement éclairé » et qui est protégé par la garantie de liberté et de sécurité de la personne figurant à l'article 7²⁷. La Cour suprême rappelle que les risques ou les conséquences graves, y compris la mort, que peut entraîner la décision du patient ne permettent aucunement de porter atteinte au libre choix en matière médicale²⁸.

Le projet de loi n° 20 vise à interdire l'accès aux traitements de FIV aux femmes âgées de plus de 42 ans. La question se pose : l'État québécois peut-il empêcher des Québécoises d'avoir accès à des soins de santé qui sont par ailleurs accessibles? Se pose également la question de savoir si l'État québécois peut interdire à ces femmes l'accès à des traitements alors même qu'elles seraient prêtes à déboursier les frais qui y sont associés.

De telles prohibitions, selon nous, portent atteinte à l'intégrité de la personne et à la liberté de sa personne garanties par la *Charte des droits et libertés de la personne* et ne sont pas justifiées par le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public en général ou par le bien-être général des citoyens du Québec²⁹.

Au Québec, la Charte québécoise se distingue des lois ordinaires par son objet qui est d'assurer le respect de l'être humain. Les lois québécoises y sont assujetties et doivent être conformes aux règles qui y sont énoncées.

L'article 1 de la Charte québécoise énonce :

1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.

Dans l'arrêt *Chaoulli c. Procureur général du Québec*³⁰, la Cour suprême du Canada conclut que l'accessibilité limitée aux soins de santé est susceptible de porter atteinte à l'intégrité de la personne.

Il est depuis longtemps reconnu au Québec que l'intégrité de la personne inclut tant l'intégrité physique que morale ou psychologique.³¹

²⁴ *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, [2009] 2 R.C.S. 181

²⁵ *Id.*, par. 39

²⁶ *Id.*, par. 40

²⁷ *Id.* par 100

²⁸ C'est ce même principe qui s'applique dans les affaires relatives au droit de refuser de consentir à un traitement médical ou d'en exiger le retrait ou l'interruption. Voir p. ex., *Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 R.C.S. 119; *Malette c. Shulman* (1990), 72 O.R. (2d) 417 (C.A.); *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.).

²⁹ Charte québécoise, précitée note 16, art. 9.1

³⁰ *Chaoulli c. Procureur général du Québec*, [2005] 1 R.C.S. 791

³¹ *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*, [1996] 3 R.C.S. 211 par. 95

Par ailleurs, l'article 7 de la Charte canadienne énonce :

7. Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne, il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

On retient des enseignements de la Cour suprême du Canada que « la notion de sécurité de la personne comprend l'autonomie personnelle, du moins en ce qui concerne le droit de faire des choix concernant sa propre personne le contrôle sur sa propre intégrité physique et mentale et la dignité humaine fondamentale, tout au moins l'absence de prohibitions pénales qui y fassent obstacle »³².

Récemment, dans l'arrêt *Carter c. Canada*³³, la Cour suprême rappelle que la liberté protège « le droit de faire des choix personnels fondamentaux sans intervention de l'État ». Dans cet arrêt, la Cour suprême du Canada affirme partager l'opinion de la juge de première instance qui a conclu que la prohibition de l'aide à mourir limitait le droit à la liberté et à la sécurité de la personne reconnu par l'article 7 de la Charte canadienne en entravant la « prise de décisions d'ordre médical fondamentalement importantes et personnelles », en lui causant de la douleur et un stress psychologique et en la privant de la maîtrise de son intégrité corporelle. De l'avis de la Cour, la réaction d'une personne à des problèmes de santé graves et irrémédiables est primordiale pour sa dignité et son autonomie. Nous vous soumettons que les enseignements de la Cour suprême du Canada doivent guider le législateur québécois avant l'adoption d'amendements à la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*.

Il appartient au procureur général du Québec d'établir qu'une interdiction totale de traitements de FIV aux femmes âgées de plus de 42 ans est justifiée. Sans entreprendre un tel exercice de justification, la mesure choisie, soit l'interdiction totale de traitements, ne nous apparaît pas satisfaire au critère de l'atteinte minimale dans la mesure où les spécialistes en fertilité assurent que des traitements de qualité sont disponibles pour les patientes âgées de plus de 42 ans.

RECOMMANDATION 4 :

Retirer l'interdiction discriminatoire basée sur l'âge de la patiente.

Interdiction aux médecins de référer les couples

Le projet de loi va même jusqu'à prévoir l'interdiction aux médecins de référer les couples pour qu'ils puissent recevoir les meilleurs traitements qui ne seraient plus disponibles au Québec³⁴. Cette mesure est intenable puisqu'elle place le médecin en contravention avec son propre code de déontologie.

³² *Rodriguez c. Procureur général de la Colombie-Britannique* [1993] 3 R.C.S. 519 à la page 588

³³ 2015 CSC 5 par. 64

³⁴ Projet de loi no 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, article 3 en référence à l'ajout d'un article 10.6 à la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*

En effet, le *Code de déontologie des médecins* prévoit :

Article 26 : Le médecin doit reconnaître le droit du patient de consulter un confrère, un autre professionnel ou une autre personne compétente. Il ne doit en aucune façon porter atteinte au libre choix exercé par le patient.

Article 35 : Le médecin qui ne peut plus assumer le suivi médical requis chez un patient doit, avant de cesser de le faire, s'assurer que celui-ci peut continuer à obtenir les services professionnels requis et y contribuer dans la mesure nécessaire.

Article 42 : Le médecin doit, dans l'exercice de sa profession, tenir compte de ses capacités, de ses limites ainsi que des moyens dont il dispose. Il doit, si l'intérêt du patient l'exige, consulter un confrère, un autre professionnel ou toute personne compétente ou le diriger vers l'une de ces personnes.

Au plan déontologique, les médecins québécois ont l'obligation de fournir des soins médicaux aux patients qui se sont rendus à l'étranger pour y recevoir des soins. La nature des soins offerts par le médecin du Québec doit être basée sur son expérience, son jugement clinique, les évidences scientifiques et les règles de bonne pratique en vigueur au Québec, dans le but d'agir dans le meilleur intérêt du patient.

Le médecin est tenu d'offrir tous les traitements requis par l'état de santé de son patient et reconnus par la profession médicale : ceux qu'offrirait tout médecin compétent dans les mêmes circonstances³⁵. Un patient peut toujours envisager ou choisir de recevoir un traitement non reconnu. Dans de telles circonstances, le premier devoir du médecin est d'informer le patient en lui fournissant toute l'information dont il dispose pour que le patient soit en mesure de faire un choix éclairé³⁶. Lorsqu'un patient décide de recevoir un traitement non reconnu à l'étranger, l'obligation du médecin consiste à lui prodiguer les soins nécessaires conformes aux normes d'ici. Les médecins peuvent, dans leur domaine d'expertise, reconnaître que des traitements offerts à l'étranger sont sécuritaires et efficaces, mais il est possible qu'ils ne soient pas en mesure d'évaluer la qualité du travail ou l'expérience d'un médecin en particulier ou de l'établissement prodiguant le service. Selon l'Association canadienne de protection médicale (« ACPM »), si les médecins croient qu'ils n'ont pas les connaissances requises pour fournir une opinion sur un traitement en particulier, ainsi que sur les risques et les avantages éventuels, ils devraient en informer le patient et consigner une note à cet effet dans le dossier médical. « Informer le patient que de tels établissements existent mais qu'il n'a pas suffisamment d'information pour les recommander ou les endosser serait une approche raisonnable pour un médecin. Le patient pourra alors se renseigner et entreprendre les démarches de traitement³⁷. »

Le projet de loi n° 20 nous apparaît contraire aux prescriptions des obligations déontologiques qui incombent aux médecins. L'ACPM rappelle que le devoir de diligence du médecin envers son patient n'est pas annulé en raison de la décision de ce dernier de faire du tourisme médical. Contrairement aux dispositions envisagées dans le projet de modification du règlement, l'ACPM

³⁵ C.d.M., art. 6, 44, 47; Collège des médecins du Québec, *Le médecin et les traitements non reconnus*, Énoncé de position, mars 2006.

³⁶ C.d.m., art. 49; Collège des médecins du Québec, *Le médecin et les traitements non reconnus*, Énoncé de position, mars 2006.

³⁷ Association canadienne de protection médicale, *L'impact du tourisme médical sur les médecins canadiens*, avril 2012.

suggère qu'un médecin devrait coopérer avec le médecin traitant qui prend la relève pour assurer la continuité des soins. Le défaut de coordonner les soins d'un patient, de veiller au transfert approprié des soins ou d'assurer une bonne communication entre les professionnels de la santé pourrait exposer le médecin à une action en justice ou une plainte déontologique.

Lorsqu'un patient se demande s'il devrait envisager d'obtenir des soins médicaux à l'étranger et qu'il demande conseil à un médecin, ce dernier doit amener le patient à soupeser les risques et les avantages. Si le patient choisit d'aller de l'avant avec les traitements à l'étranger, de son propre chef ou avec une demande de consultation d'un médecin canadien, il est acceptable d'aider le patient en acquiesçant à la demande de fournir les renseignements pertinents provenant du dossier médical du médecin et en les transmettant à la personne ou à l'entreprise concernée.

Les médecins devraient tenter de garder les voies de communication ouvertes dans la mesure du possible tout en gardant à l'esprit le principe de l'autonomie du patient, soit le droit des patients de prendre des décisions au sujet de leur santé personnelle en se fondant sur des renseignements précis.

Il est pour le moins hasardeux que le législateur tente de limiter, ou pire, d'empêcher le médecin d'agir dans le meilleur intérêt d'un patient qui fait des choix par ailleurs éclairés.

Il est assez ironique de constater que dans l'arrêt *Chaoulli*³⁸, la majorité affirme que la possibilité pour les Québécois de se faire traiter à l'extérieur du Québec (lorsque des soins ne sont pas disponibles au Québec) n'est certes pas une solution aux maux du système.

« [...] La preuve n'a mis en lumière aucun mécanisme administratif permettant d'obtenir des soins à l'étranger lorsque les Québécois souffrent par suite des délais d'attente. Le recours aux soins à l'étranger est ponctuel et limité à des situations de crise. »

Ainsi, de l'avis de la Cour suprême, l'absence de véhicules permettant d'assurer que les Québécois puissent avoir accès à l'extérieur du Québec à des soins de santé qui ne sont pas disponibles au Québec est répréhensible. Or, non seulement le projet de loi n° 20 ne prévoit pas de tels mécanismes, mais il en prohibe l'existence.

RECOMMANDATION 5 :

Retirer l'interdiction de référer un couple pour traitements dans une clinique en dehors du Québec.

Aspect juridique et principe directeur

Le projet de loi contient des éléments très préoccupants du point de vue des libertés et des droits fondamentaux. L'interdiction d'accès au traitement médical fondé sur l'âge et la condition sociale est discriminatoire. Les cliniques ont suggéré une limite d'âge pour la FIV basée sur les mauvais résultats obtenus chez les femmes âgées de plus de 43 ans avec leurs propres ovules. Cependant,

³⁸ Précité, note 30, par. 44

la science progresse rapidement et certains développements récents comme l'analyse chromosomique complète (ACC) permettent d'offrir des solutions intéressantes à cette population particulière. Le rajeunissement ovarien est aussi une thématique de plus en plus présente dans les congrès de notre spécialité. Ce qui est remis en cause, c'est le droit de certaines patientes de recevoir les meilleurs traitements disponibles pour leur condition médicale. Que le gouvernement ne finance pas un traitement avec des taux de succès moindres est raisonnable, mais qu'il interdise tout accès sans justification valable est inacceptable.

Principe directeur : les coûts des traitements de procréation médicalement assistée requis d'un point de vue médical doivent être assumés par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Si le projet de loi est adopté, désormais en vertu de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*³⁹, seul le coût des services de planification familiale spécifiquement énumérés au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*⁴⁰ et les services d'insémination artificielle seraient assumés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Toutefois le coût des services médicalement requis que rendent les médecins est également assumé par la RAMQ. Or, le législateur n'a pas défini ce que constitue « un service requis au point de vue médical ». Dans un avis émis en 1995, le Conseil médical du Québec, l'organisme chargé de donner des avis sur les questions relatives à « l'assurabilité » des services médicaux au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*, formule une définition de l'expression « requis au point de vue médical ». Selon le Conseil médical du Québec, la notion de « requis au point de vue médical » fait référence aux services requis pour conserver ou rétablir le plus possible la capacité d'accomplir une activité de la vie quotidienne, dont notamment la reproduction⁴¹.

Faut-il le rappeler, que depuis 1993, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec déclare que l'infertilité est une « maladie » et que les actes effectués pour la corriger, incluant la fécondation *in vitro*, sont des actes médicaux⁴²?

Dans le cadre du renvoi devant la Cour d'appel du Québec⁴³ relativement à la constitutionnalité de la *Loi sur la procréation assistée* adoptée par le parlement fédéral, le gouvernement du Québec a, au soutien de ses prétentions, produit l'expertise du Dr François Bissonnette, qui affirme que dans de nombreux cas l'infécondité est attribuable à des anomalies anatomiques ou fonctionnelles chez l'un ou l'autre des conjoints et qualifie l'infertilité de « pathologie », la considérant comme un état qui affecte la santé.

Le législateur québécois reconnaît que l'infertilité est un problème de santé et que les activités de procréation assistée qui visent à le régler peuvent être médicalement requises. En effet, l'article 1 de la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée* énonce :

³⁹ *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q. c. A-29

⁴⁰ *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, R.R.Q., 1981, c. A-29, r.5

⁴¹ Conseil médical du Québec, *Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés*, décembre 1995, p. 10 et 11

⁴² Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, *Politique de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec concernant l'infertilité et la fécondation in vitro*, adoptée le 29 octobre 1993

⁴³ Renvoi fait par le gouvernement du Québec en vertu de la *Loi sur les renvois à la Cour d'appel*, L.R.Q., c. R-23, relativement à la constitutionnalité des articles 8 à 19, 40 à 53, 60, 61 et 68 de la *Loi sur la procréation assistée*, L.C. 2004 c. 2, [2008] R.J.Q. 1551 (C.A.)

1. La présente loi, tout en reconnaissant la nécessité de prévenir l'infertilité et de promouvoir la santé reproductive, vise à protéger la santé des personnes et plus particulièrement celle des femmes ayant recours à des activités de procréation assistée qui peuvent être médicalement requises et celle des enfants qui en sont issus, dont la filiation est alors établie en vertu des dispositions du Code civil. [...] »

La Cour d'appel du Québec, la Cour supérieure et la section des affaires sociales du Tribunal administratif du Québec (TAQ) se sont prononcées sur la signification de l'expression « requis au point de vue médical »⁴⁴.

Il ressort de cette jurisprudence que, pour qu'un service soit couvert, il doit s'agir d'un service :

- rendu par un médecin;
- requis pour la conservation et le rétablissement de la santé de l'homme;
- dont l'efficacité thérapeutique est bien établie;
- reconnu par la communauté médicale;
- qui ne soit pas au stade de l'expérimentation.

Les traitements de FIV respectent ces critères.

Les traitements de FIV n'étant pas spécifiquement mentionnés comme ne constituant pas des services assurés, il appartiendra à la section des affaires sociales du TAQ de déterminer au cas par cas si les traitements reçus étaient requis au point de vue médical au sens du paragraphe a) de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*. Tel ne peut être l'objectif poursuivi par le gouvernement.

Comme le rappelle la Cour d'appel du Québec dans le cadre du Renvoi fait par le gouvernement du Québec en vertu de la *Loi sur les renvois* à la Cour d'appel relativement à la disposition de la constitutionnalité des articles 8 à 19, 40 à 53, 40, 61 et 68 de la *Loi sur la procréation assistée*, la procréation assistée n'est pas un « mal », mais une activité souhaitée dont la pratique est, au pire, encadrée au même titre que toutes les autres activités médicales délicates ou dangereuses, soit par des lois spéciales, soit dans le cadre de lois générales portant sur la santé et la pratique médicale⁴⁵.

Aspect économique et pistes de solutions

Le coût exact du programme de PMA n'a jamais été rendu public par le gouvernement. Dans son édition du 28 février 2013, dans un article intitulé : *La procréation assistée coûte plus cher que prévu*, le quotidien *Le Devoir* rapportait que les coûts du programme de PMA augmentaient beaucoup plus vite que prévu, suscitant ainsi des questions sur les coûts réels de ce dernier. Selon cet article, le budget annuel prévu était de 63 millions de dollars et devait financer 7 000 cycles de FIV frais en 2013-2014. Tel que mentionné précédemment, **en mars 2010, lors de la conférence de presse annonçant le début du programme de PMA, le ministre de la Santé de l'époque avait mentionné que le coût annuel du programme de PMA atteindrait 80 millions de dollars en quelques années. Il est donc difficile d'accepter qu'aujourd'hui le gouvernement parle de dépassement des coûts.**

⁴⁴ *Roy c. Machabee*, J.E. 85-700 (C.A.); *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (Procureur général)* 2006 QCCS 4694;

⁴⁵ Renvoi fait par le gouvernement du Québec en vertu de la *Loi sur les renvois* à la Cour d'appel relativement à la disposition de la constitutionnalité des articles 8 à 19, 40 à 53, 40, 61 et 68 de la *Loi sur la procréation assistée*, L.C. 2004 c. 2, précité note 43, par. 134

Selon les données de CARTR-BORN, en 2013, 8 000 cycles de FIV frais et 2 400 cycles congelés ont été faits. Utilisant les remboursements actuels de la RAMQ pour la stimulation, la collecte d'ovules et le transfert d'embryons et reconnaissant le fait que 5 % des stimulations sont annulées avant une collecte d'ovules et que 18,5 % des collectes n'ont pas d'embryons à transférer, le coût direct lié à ces 10 400 cycles était de 36,8 millions de dollars. Cela signifie que toutes les autres activités de PMA (consultations, induction de l'ovulation, inséminations intra-utérines, médicaments, etc.) sont responsables de la différence.

Une analyse effectuée par la SCFA à partir des données CARTR/BORN démontre une différence significative du coût moyen pour les naissances vivantes pour les cycles initiés par tranche d'âge.

Août 2010 – Déc 2012	Total	Âge < 35	Âge 35-39	Âge 40	Âge 41	Âge 42	Âge 43
# Cycles entrepris	14,248	5,503	5,060	1,049	1,005	944	488
# Collectes d'ovules	13,483	5,316	4,782	972	922	865	447
# Transferts d'embryons	10,987	4,383	3,923	770	722	692	356
# Naissances vivantes	2,318	1,304	768	105	69	51	20
Taux de naissance vivante par transfert embryon	21.1 %	29.8 %	19.6 %	13.6 %	9.6 %	7.4 %	5.6 %
Coût par naissance vivante	\$25,629	\$17,919	\$27,493	\$43,153	\$62,290	\$79,100	\$103,994

Afin de trouver des pistes de solutions pour réduire les coûts du programme de PMA, il serait intéressant d'isoler le coût des soins par rapport aux services connexes.

Par exemple, le rapport du Commissaire démontre que la RAMQ a déboursé 3,7 millions de dollars pour des paillettes de sperme de donneurs importées de banques canadiennes et québécoises. Il faudra ajouter à ces débours de la RAMQ les frais d'entreposage des gamètes et des embryons qui feront partie du prochain bilan. Il est important de noter qu'il n'était pas prévu, au démarrage du programme, de payer pour les paillettes de sperme. Le Commissaire suggère qu'une contribution des patients pourrait être envisagée. Une contribution à ce niveau serait acceptable et favoriserait l'engagement des patients à, entre autres, communiquer annuellement leur intention à leur clinique de préserver ou non le matériel congelé. D'ailleurs, le fait que l'État assume les frais d'entreposage à la place des patients pourrait avoir un effet de déresponsabilisation de ces derniers dans certains cas. **Comme des restrictions budgétaires sont inévitables, il est préférable de préserver en premier lieu l'accès aux soins.**

Dans un but de réduire les coûts du programme de PMA, nous avançons les suggestions suivantes :

1. Le ministre de la Santé pourrait autoriser trois cycles de FIV à vie et ne pas permettre la prise en charge d'un autre groupe de trois essais dans le cas d'une naissance vivante comme c'est le cas actuellement.
2. Un cycle d'essai pourrait être défini comme un prélèvement d'ovule plutôt que comme un transfert d'embryon.
3. Les cas où la patiente a eu une ligature tubaire ou le conjoint une vasectomie ne seraient pas couverts par la RAMQ.
4. Les patientes de plus de 40 ans pourraient avoir accès aux traitements, mais à leurs propres frais.
5. La congélation de sperme ne devrait pas être assurée en dehors d'une indication médicale. Actuellement la RAMQ confirme qu'il n'y a pas de critère précisant cet aspect. Par exemple, des hommes font congeler du sperme en prévision de la FIV, car ils seront non disponibles le jour du prélèvement ovocytaire.
6. Par ailleurs, pour une donneuse québécoise titulaire d'une carte RAMQ, les services reliés à son don d'ovocytes sont couverts sans égard au fait qu'elle donne à un couple du Québec ou non. Cette situation confirmée par le ministère nous semble abusive.
7. La préservation de la fertilité pour les cas de cancers devrait être couverte de façon illimitée que le couple décide de congeler des ovules ou des embryons. On devrait aussi couvrir les frais de transport et de congélation du tissu ovarien.
8. Les frais annuels d'entreposage de gamètes et d'embryons devaient être assumés par les patients.

En utilisant les données de CART+/BORN 2012 on peut voir l'effet de certaines balises sur le programme :

Balises	# cycles FIV (%)	# TEC (%)	# BB cycles frais (%)	# BB TEC (%)
Age ♀ ≥ 42 ans	604 (8 %)	152 (7 %)	36 (2 %)	22 (1 %)
Age ♀ ≥ 41 ans <42 ans	473 (6 %)	97 (4 %)	32 (2 %)	17 (1 %)
Age ♀ ≥ 40 ans <41 ans	463 (6 %)	122 (5 %)	56 (3 %)	14 (1 %)
Total : Age ♀ > 40 ans (39.11)	1540/7340 (21 %)	371/2271 (16 %)	124/1660 (7 %)	53/1660 (3 %)
maximum de 3 cycles	40/7340 (1 %)		20/1660 (1 %)	
3 cycles PO	954/7340 (13 %)*		110/1660 (7 %)*	
Chirurgies stérilisantes	587/7340 (8 %)*		176/1660 (11 %)*	

*estimation

Par exemple, si le nouveau programme imposait les balises suivantes :

- *Limite d'âge de 40 ans pour les femmes;*
- *Exclure les cas où il y a eu une procédure de stérilisation sur un des partenaires;*
- *Se limiter à 3 cycles à vie;*
- *Définir un cycle comme un prélèvement d'ovule;*

il y aurait eu en 2013, 3227 cycles frais (42%) de moins pris en charge par le programme mais 138 (11 %) bébés de moins de issus du programme.

On peut affirmer qu'avec de nouvelles balises, le programme pourrait être maintenu avec un budget d'opération inférieur à 20 millions de dollars par année.

RECOMMANDATION 6 :

Impliquer la SQFA, les acteurs détenant l'expertise médicale appropriée, dans la gestion du programme québécois de procréation assistée.

Aspect pharmaco-économique

Les entreprises pharmaceutiques ont vu leur chiffre d'affaires en provenance du Québec hausser en flèche à la suite de l'implantation du programme québécois de PMA. **En revanche, aucune négociation n'a été effectuée avec les trois principaux acteurs pharmaceutiques afin de réduire les coûts des médicaments**, justifiés par l'augmentation des volumes. Il est question de gratuité, mais il reste qu'une importante partie des coûts est liée aux médicaments que le patient doit absorber.

Les assurances, pour la plupart, ne remboursent pas la totalité des frais liés aux médicaments et le patient peut devoir assumer des frais qui peuvent se situer entre 300 \$ et 800 \$ par cycle de FIV, selon la couverture de leur régime. De plus, le coût pour les contribuables est significatif par le biais du régime général d'assurance médicament du Québec. Maintenant que le gouvernement peut prévoir avec plus de précision le volume d'activités lié à la procréation assistée, il serait pertinent de négocier, avec les compagnies pharmaceutiques, une révision des tarifs. Ceci permettrait de soulager les patients quant aux frais reliés aux médicaments qui sont très onéreux, et réduirait les dépenses assumées par le Régime général d'assurance médicaments du Québec.

RECOMMANDATION 7 :

Négocier avec les compagnies pharmaceutiques une diminution des coûts des médicaments.

Équité et principe d'universalité des soins

Lors de sa mise en place en 2010, le programme québécois de procréation assistée a suscité un grand enthousiasme chez les couples infertiles qui se sont vus offrir la couverture des traitements de fertilité. En établissant ce programme, le gouvernement du Québec reconnaissait *de facto*, et à

l'instar des recommandations de l'OMS, que l'infertilité est une maladie et, qu'à ce titre, son traitement doit être pris en charge par la RAMQ.

Le projet de loi n° 20, en plus de viser principalement les femmes, remet en cause le droit fondamental aux traitements médicaux pour traiter l'infertilité lorsque la FIV est indiquée pour le traitement de l'infertilité. **Il faut préciser que ce droit est maintenu seulement pour les femmes qui ont besoin d'insémination artificielle ou de stimulation ovarienne. Ce projet de loi va à l'encontre des valeurs québécoises et du principe d'universalité des soins de santé.**

Accessibilité des soins fortement compromise

Le ministre de la Santé a affirmé, lors de sa conférence de presse du 28 novembre dernier, que ce ne sont pas des mesures économiques qui fondent le projet de loi n° 20, mais plutôt une intention de baliser le programme; programme qu'il avait d'ailleurs auparavant qualifié de « bar ouvert ». Que voulait-il dire lorsqu'il parlait de « bar ouvert » puisque la principale chose qu'il ait « balisée » est, essentiellement, l'accès aux traitements de fécondation *in vitro*, construisant ainsi son modèle sur une discrimination financière qui affectera la classe moyenne.

Les mesures proposées dans le projet de loi n° 20 ne visent qu'à réduire indument l'accessibilité des soins, s'inscrivant ainsi dans la suite logique d'une politique d'austérité. Les balises initiées dans ce projet de loi n'améliorent en rien la santé des femmes, en plus d'être illégitimement dirigées vers les professionnels que l'on place au banc des accusés. Ces derniers ne demandaient pas mieux que de s'asseoir avec le gouvernement et ces différentes instances afin d'améliorer la gouvernance du programme et la prise en charge des patients.

Les crédits d'impôt

Les couples seront admissibles à un crédit d'impôt pour un cycle avant 37 ans et un autre entre 38 et 42 ans. Le ministre oblige ainsi des femmes à attendre après 37 ans pour faire un deuxième essai le cas échéant. Autrement dit, une femme aura droit au crédit d'impôt pour un cycle de FIV entre 18 et 37 ans et pour un deuxième cycle entre 38 et 42 ans. Avec cette mesure, nous avons droit ici à la règle la plus compromettante quant aux chances de concevoir pour une femme. Si les experts avaient été le moins consultés pour la mise en œuvre de ce projet de loi, ces derniers auraient expliqué au ministre que les possibilités de conception après 35 ans chutent de façon drastique.

Dans sa forme actuelle, le projet de loi permettrait à une femme de 30 ans de bénéficier d'un cycle de FIV et, si ce dernier n'a pas fonctionné, elle devra attendre à 38 ans, lorsque ses chances de succès seront considérablement diminuées. Ceci est très discutable au sens éthique. De plus, la présence d'un enfant dans le couple exclut l'admissibilité au crédit d'impôt. **Les mesures fiscales annoncées condamnent donc les enfants issus de la procréation assistée à demeurer enfants uniques.**

S'il est vrai que des mesures fiscales peuvent engendrer des distinctions qui ne violent pas nécessairement les dispositions de la Charte québécoise ou de la Charte canadienne en matière d'égalité, dans le présent contexte, la situation nous apparaît tout autre.

En l'espèce, le refus de tout crédit d'impôt à un couple ayant déjà un enfant entraîne une exclusion fondée sur les liens familiaux. Or, il s'agit de motifs inclus dans l'état civil aux fins de l'article 10 de la Charte québécoise⁴⁶.

Par ailleurs, il a été reconnu que les liens familiaux constituent un motif analogue à ceux énumérés à l'article 15 de la Charte canadienne.⁴⁷ En vertu de l'article 15 de la Charte canadienne, une loi ne peut faire pour un motif discriminatoire notamment la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge, les déficiences mentales ou physiques ou un motif analogue.

« Il ne fait aucun doute qu'un crédit d'impôt est un avantage conféré par la loi »⁴⁸. Dans l'arrêt *Farinacci c. Québec (Procureur général)*⁴⁹, la Cour d'appel du Québec a conclu qu'une loi ayant pour effet de priver certaines personnes du bénéfice du financement public de leurs activités en raison essentiellement de leurs liens familiaux contrevenait aux dispositions de l'article 15 de la Charte canadienne⁵⁰.

Plusieurs études économiques soutiennent que les États qui financent la procréation assistée perçoivent un retour sur l'investissement dès le début de la vie adulte des enfants issus de ces programmes^{51 52}. Une étude commandée par l'Association des couples infertiles du Québec évalue que les investissements actuels seraient rentabilisés en 2033⁵³. Une autre étude rapporte que le programme québécois a non seulement permis de réduire l'incidence des grossesses multiples, mais qu'il a également entraîné une réduction des coûts par naissance vivante comparativement au régime antérieur au 5 août 2010. Ce dernier maintenait un crédit d'impôt de 50 % pour les couples qui défrayaient les coûts liés à la procréation assistée⁵⁴. Investir actuellement dans un programme favorisant les naissances constitue une politique d'équité intergénérationnelle.

Le choc démographique qui s'installe au Canada et particulièrement au Québec devrait inciter les gouvernements à renforcer leurs politiques de natalité.

⁴⁶ *Brossard (Ville) c. Québec (Commission des droits de la personne)* [1988] 2 R.C.S. 279

⁴⁷ *B. c. Ontario (Commission des droits de la personne)* [2002] 3 R.C.S. 403

⁴⁸ *Shcaschtschneider c. Canada* [1994] 1 RCF 40

⁴⁹ *Farinacci c. Québec (Procureur général)* 2013 QCCA 1564

⁵⁰ Sans se prononcer, la Cour a émis de sérieux doutes quant au respect des dispositions de la Charte québécoise.

⁵¹ Connolly MP, Pollard MS, Hoorens S, Kaplan BR, Oskowitz SP, Silber SJ. Long-term economic benefits attributed to IVF-conceived children: a lifetime tax calculation. Am J Manag Care. 2008 Sep;14(9):598-604.

⁵² Svensson A, Connolly M, Gallo F, Hägglund L. Long-term fiscal implications of subsidizing in-vitro fertilization in Sweden: a lifetime tax perspective. Scand J Public Health. 2008 Nov;36(8):841-9.

⁵³ IS&B | Économie simplifiée, . (2014). *Rapport d'analyse sur l'impact à long terme du programme de procréation assistée sur les finances publiques du Québec*.

⁵⁴ Vélez MP, Connolly MP, Kadoch IJ, Phillips S, Bissonnette F. Universal coverage of IVF pays off. Hum Reprod. 2014 Jun;29(6):1313-9

RECOMMANDATION 8 :

Corriger les iniquités quant à l'accessibilité aux traitements selon le principe d'universalité des soins de santé qui prévaut au Québec.

Enjeux éthiques et légaux

En tant que professionnels spécialisés dans l'assistance aux couples désireux de fonder une famille, nous faisons face à plusieurs demandes qui engagent une réflexion éthique, comme le double don (création d'un embryon à partir d'un don de sperme et d'un don d'ovule) pour les couples ou pour les femmes seules, le don d'ovules intergénérationnel, la préservation de la fertilité en prévision d'un changement de sexe, le don d'embryon et la maternité de substitution. Ce sont là des exemples courants. Il arrive également que des situations particulières demandent une évaluation éthique liée à un contexte social particulier. Accepter toutes les demandes n'est pas nécessairement éthique et refuser toute situation non standard ne l'est pas non plus.

Nous sommes conscients du caractère complexe de ces situations, tant au niveau social que psychologique. Une réflexion éthique et sociétale s'impose afin de mieux définir le cadre de la procréation médicalement assistée et de guider nos interventions pour toujours prendre en compte le bien-être du patient, de sa famille et de l'enfant à venir.

Compte tenu des questions d'ordre éthique que la pratique en procréation assistée impose au quotidien, certains centres se sont dotés d'un comité d'éthique afin de guider leurs interventions. Il serait souhaitable de prévoir une structure supportant un comité d'éthique québécois qui possède l'expertise en procréation assistée et qui inclut des intervenants de toutes les parties concernées (néonatalogistes, représentants des couples infertiles, etc.). Il est essentiel d'assurer le maintien de ces lieux de réflexion interdisciplinaire pour se pencher sur des problèmes cliniques complexes afin d'en dégager des pistes de solutions, et contribuer de façon juste et éclairée à la prise de décision clinique. Une des recommandations du Commissaire va d'ailleurs dans ce sens : l'harmonisation des pratiques de gouvernance.

Harmonisation des pratiques et gouvernance

Le projet de loi n° 20 énonce de nombreuses dispositions punitives à l'égard des médecins fertologues et les centres de PMA⁵⁵. Par ailleurs, le projet de loi donne au ministre de la Santé des pouvoirs extraordinaires qui peuvent restreindre les activités des centres de PMA et/ou leur retirer leur permis d'exploitation. Il y a un manque profond de respect dans ces sanctions arbitraires qui ouvrent la porte à des abus de pouvoir. Dans quelle autre spécialité médicale peut-on documenter un tel désir de contrôler et de punir les pratiques médicales sans justification préalable? Est-ce que ceci ne serait pas plutôt la responsabilité du Collège des médecins?

La fertilité est un domaine hautement spécialisé et nous avons passé de nombreuses années à développer notre expertise. La fertilité est aussi un domaine qui bouge très rapidement et nous

⁵⁵ Projet de loi no 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 article 36,36.1, 36.2, 36.3

faisons de notre mieux afin d'aider nos patients à avoir accès aux meilleurs soins possibles. En tant que professionnels spécialisés dans l'assistance aux couples désireux de fonder une famille, nous faisons face à plusieurs demandes qui engagent une réflexion éthique. Tous les centres de PMA sont dotés de services de psychologie avec expertise en PMA et ces situations délicates sont déjà discutées au cas par cas.

La SQFA suggère vivement de mettre en place une plateforme de gouvernance transparente entre tous les établissements de PMA et les responsables du ministère afin de favoriser une interaction collaborative des intervenants à l'intérieur du programme québécois de procréation assistée. Nous constatons à ce jour que la communication formelle et organisée de la part du ministère avec les centres de procréation assistée est pratiquement inexistante.

L'implantation du programme de PMA exige une gouvernance qui intègre tous les acteurs du réseau afin de suivre l'évolution du programme et ajuster les pratiques. Dans cette optique de collaboration, ces mesures punitives extraordinaires envers les médecins et les centres de PMA n'ont aucunement leur place et devraient être enlevées du projet de loi n° 20. De plus, les permis d'exploitation devraient être renouvelés automatiquement du moment que les standards reconnus de qualité (Agrément Canada) sont maintenus. En effet, l'exigence, que l'on retrouve dans la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée* voulant que les Centre de procréation assistée (CPA) doivent convenir d'une entente de services avec un établissement qui exploite un centre hospitalier aux fins d'y diriger une personne qui présente des complications résultant d'une activité de procréation assistée nous apparaît non nécessaire. Exiger que des médecins ou des personnes morales qui désirent exploiter un CPA soient cosignataires d'une entente de services avec des centres hospitaliers, c'est donner à ces derniers un droit de veto sur l'octroi des permis d'exploitation. Il est manifeste qu'en cas de complication, une patiente consultera d'abord le centre hospitalier le plus près. Les obstétriciens et gynécologues exerçant en centre hospitalier étant aptes à traiter des patientes chez qui un traitement de PMA aurait entraîné des complications, ces dernières ne seront jamais laissées pour compte. La préoccupation première du Ministère doit être de s'assurer d'un programme de PMA accessible, de qualité et sécuritaire.

Nous sommes convaincus qu'une gouvernance optimisant les communications et mobilisant tous les acteurs vers une vision commune est essentielle afin que le patient soit pris en charge à travers un système compétent. D'ailleurs, les recommandations du Commissaire se lisent comme suit dans son rapport⁵⁶ :

4.1 Créer de toute urgence une banque de données centralisée qui permettrait de faire un suivi longitudinal des activités de procréation assistée et d'évaluer les impacts sur la santé des mères et des enfants.

4.2 Prévoir l'utilisation de ces données à des fins de surveillance de l'état de santé et d'amélioration continue des pratiques.

Ce registre existe déjà. Il s'appelle CARTR-BORN. Le registre CARTR-BORN est utilisé par toutes les cliniques de PMA au Canada et suit de façon détaillée les résultats des traitements de PMA ainsi que les nouveaux-nés qui en sont issus. Nous recommandons fortement que le gouvernement du Québec collabore avec les directeurs médicaux de PMA afin d'avoir accès aux données de CARTR-BORN.

⁵⁶ Le commissaire à la santé et au bien-être, Avis détaillé sur les activités de procréation assistée au Québec, p179.

Le programme québécois de procréation assistée est innovateur et est digne de mention au niveau international. Il est primordial que les décisions qui suivront soient au service de l'amélioration continue et de l'excellence dans un respect du bien commun. Les médecins spécialistes en fertilité du Québec ont tous le souci d'offrir des soins de qualité à leurs patients. Ils ont à cœur de reconduire le succès que le programme québécois a obtenu depuis son implantation. Dans cette optique, tous les acteurs impliqués travaillent de concert via la SQFA et sont mobilisés vers cet objectif commun.

RECOMMANDATION 9 :

Mise en place d'une plateforme de gouvernance transparente entre tous les établissements de PMA et les responsables du ministère, enlever les dommages punitifs envers les médecins et les centres de PMA, renouveler automatiquement les permis de PMA si les standards reconnus de qualité sont maintenus, et collaborer avec le registre de CARTR-BORN.

Évaluation psychologique

Le projet de loi n° 20 mandate une évaluation psychologique dans les cas de projets parentaux impliquant une tierce partie (don de sperme et d'ovule ainsi que mère porteuse)⁵⁷. Une évaluation psychologique dans de tels cas fait déjà partie intégrante des soins de santé en fertilité, et ce, depuis de nombreuses années. Ceci démontre encore une fois le manque de concertation avec les experts sur le terrain lors de la rédaction de ce projet de loi. Par ailleurs, tous les centres de PMA ont déjà des psychologues avec expertise en procréation assistée qui sont toujours consultés dans ces cas ainsi que lors d'autres situations si les intervenants impliqués en ressentent la nécessité.

Il est difficile de voir comment le projet de loi n° 20 va améliorer le processus d'évaluation psychologique. Ce dernier stipule que le couple qui utilise un don de gamètes doit obligatoirement avoir une évaluation psychologique. Or, cette pratique est déjà en place depuis longtemps. En revanche, imposer que les patientes doivent choisir leur évaluateur d'une liste de psychologues ou de travailleurs sociaux ayant exprimé un intérêt en reproduction assistée et approuvée par le ministère est une situation bien inquiétante.

Présentement, nous avons une communication directe avec nos psychologues spécialisés dans ce domaine. Si une patiente choisit un nom sur une liste, comment le médecin de cette patiente et l'évaluateur communiqueront-ils pour partager des informations potentiellement délicates et confidentielles? Par ailleurs, que se passera-t-il si un évaluateur ne permet pas à une patiente de procéder et qu'elle va ensuite voir un autre évaluateur sans partager cette information? Que faire avec deux évaluations contradictoires? Que faire si l'évaluateur accepte le projet de la patiente, mais que le médecin ne se sent pas à l'aise d'aller de l'avant?

Dans quelle autre spécialité médicale y a-t-il des exemples où le gouvernement oblige une évaluation psychologique et va jusqu'à déterminer les critères d'éligibilité à un traitement plutôt

⁵⁷ Projet de loi no 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 article 10.2

que les professionnels impliqués? Cela semble une implication excessive du gouvernement dans la santé et la reproduction des femmes.

RECOMMANDATION 10 :

Enlever les dispositions reliées à l'évaluation psychologique dans les cas de reproduction assistée impliquant une tierce partie car cela fait déjà partie des soins de PMA depuis des années

Inadéquation idéologique du projet de loi n° 20

1. **Le ministre de la Santé reconnaît que l'infertilité est une maladie puisqu'il continue d'assurer certains traitements comme la stimulation ovarienne et les inséminations artificielles.** Alors, comment peut-il décider que les couples qui ont besoin de la FIV pour traiter leur problème de fertilité devront payer pour leurs traitements et que la RAMQ n'assurera pas ces services? Sous quelle prémisses peut-on appliquer une telle logique dans un contexte d'universalité des soins?
2. **L'État québécois assure les soins et les services par la RAMQ pour plus de 13 000 vasectomies et plus de 3 000 ligatures tubaires annuellement pour les citoyens qui décident de ne plus avoir d'enfants. L'État québécois assure également tous les soins et les services pour ces mêmes personnes qui ont choisi de devenir infertiles, mais qui changent d'idée et veulent bénéficier d'une chirurgie de vasovasostomie ou une anastomose tubaire pour renverser la première intervention stérilisante. En revanche, le couple qui n'a pas choisi d'être infertile et qui a besoin d'une FIV se voit refuser l'accès aux traitements.** Il faut réaliser que les ligatures et les anastomoses augmentent également les risques de grossesses ectopiques avec tous les effets néfastes sur les coûts en santé (hospitalisation et chirurgie d'urgence, entre autres). D'ailleurs, de plus en plus de « plasties » tubaires (dans les cas post infectieux) seraient à nouveau pratiquées alors que, par exemple, dans un contexte d'hydrosalpinx, la FIV et salpingectomie augmentent les taux de succès, diminuent les risques d'infection pelvienne et de grossesse ectopique, et probablement même de cancer ovarien (la salpingectomie prophylactique est même recommandée par l'ACOG - *American Congress of Obstetricians and Gynecologists*)⁵⁸.
3. **Le ministre a mentionné plus d'une fois que, pour justifier que la FIV soit assurée par la RAMQ, elle devait être médicalement requise. Pourquoi alors coupe-t-il ainsi l'accès à un traitement médicalement requis comme la FIV ou le diagnostic pré-implantatoire?**⁵⁹
4. **Dans le projet de loi n° 20 le ministre prévoit garder dans le panier de services assurés, la préservation de la fertilité dans le cas d'un traitement oncologique compromettant la fertilité. Le ministre reconnaît dans ce cas précis la légitimité du**

⁵⁸ Obstetrics & Gynecology: January 2015 - Volume 125 - Issue 1 - p 279–281 Committee Opinion No. 620:

Salpingectomy for Ovarian Cancer Prevention

⁵⁹ « À partir du moment où il y a des problèmes médicaux qui engendrent l'infertilité, il y a lieu d'avoir une couverture de l'assurance maladie », avait dit le président de la Fédération des médecins spécialistes, Dr Gaétan Barrette.

<http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/national/archives/2013/05/20130522-193919.html>

désir de devenir parent. Toutefois, lorsque la patiente voudra utiliser ses gamètes pour une FIV, elle devra déboursier pour la décongélation et le transfert.

5. **Le ministre a souvent répété qu'il voulait mettre des balises au programme et « refermer les portes » afin d'assurer le contrôle des coûts et un suivi au niveau des impacts sur la santé publique.** Or, non seulement a-t-il décidé de financer les techniques de procréation assistée qui sont responsables du plus grand nombre de grossesses multiples (stimulation ovarienne et insémination artificielle), mais il se retire totalement de la couverture de la FIV.

Conclusion

Le programme québécois de procréation assistée est audacieux et démontre une fois de plus notre innovation par rapport au reste du pays. Le succès est illustré par une réduction significative des grossesses multiples. La SQFA, regroupant les spécialistes en fertilité au Québec, est l'association détenant l'expertise désignée pour collaborer avec les différentes structures afin d'assurer des services de procréation assistée de la plus haute qualité pour les citoyens du Québec.

La SQFA considère que ce projet de loi est un recul considérable pour les couples infertiles et a comme principal objectif de restreindre l'accès aux traitements de procréation assistée à des fins purement budgétaires, sans égard pour les personnes souffrant d'infertilité. Ces mesures d'austérité auront des impacts négatifs sur l'incidence des grossesses multiples, sur le taux de natalité, sans parler des conséquences psychologiques et sociales sur les couples infertiles qui se voient amputés de leur droit de recevoir un traitement adéquat pour traiter leur maladie, l'infertilité.

La société québécoise a déjà eu et vu les nombreuses retombées positives à la suite de la mise en place du programme québécois de PMA⁶⁰. Il ne faut surtout pas détruire ce qui a été bâti, mais il est temps, et nous le convenons, de se questionner sur l'étendue de la couverture des soins. Les experts du milieu souhaitent travailler conjointement avec les autorités compétentes, tel que suggéré dans le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être, au bénéfice des couples infertiles et de la société québécoise afin de faire les meilleurs choix. Les améliorations au programme de PMA pourront faire en sorte que ce dernier aura cette acceptabilité sociale souhaitée, et ce, à des coûts moindres. Il pourra également être démontré à moyen terme que le programme ne constitue pas une dépense, mais plutôt un investissement. **Une société qui n'investit plus dans ses enfants n'a pas d'avenir.**

⁶⁰ Khalaf Y, Bewley S, Braude P. Reducing multiple pregnancies after assisted reproduction treatment: Québec says 'Yes, we can!'. Reprod Biomed Online. 2011 Oct;23(4):407-10.

Annexe 1 : liste des recommandations

Recommandation 1 :

Maintenir le programme québécois de procréation assistée tout en instaurant des balises simples et basées sur une expertise médicale tel que recommandé par le commissaire à la santé et au bien-être.

Recommandation 2 :

Maintenir les règles existantes quant au nombre d'embryons pouvant être transférés.

Recommandation 3 :

Permettre le recours rapide à la FIV, lorsque médicalement indiqué.

Recommandation 4 :

Retirer l'interdiction discriminatoire basée sur l'âge de la patiente.

Recommandation 5 :

Retirer l'interdiction de référer un couple pour traitements dans une clinique en dehors du Québec.

Recommandation 6 :

Impliquer la SQFA, les acteurs détenant l'expertise médicale appropriée, dans la gestion du programme québécois de procréation assistée.

Recommandation 7 :

Négocier avec les compagnies pharmaceutiques une diminution des coûts des médicaments.

Recommandation 8 :

Corriger les iniquités quant à l'accessibilité aux traitements selon le principe d'universalité des soins de santé qui prévaut au Québec.

Recommandation 9 :

Mise en place d'une plateforme de gouvernance transparente entre tous les établissements de PMA et les responsables du ministère, enlever les dommages punitifs envers les médecins et les centres de PMA, renouveler automatiquement les permis de PMA si les standards reconnus de qualité sont maintenus, et collaborer avec le registre de CARTR-BORN.

Recommandation 10 :

Enlever les dispositions reliées à l'évaluation psychologique dans les cas de reproduction assistée impliquant une tierce partie car cela fait déjà partie des soins de PMA depuis des années.