

Mars | 2015

CSSS - 032M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

Mémoire concernant la 2e partie du Projet de loi n° 20, Loi édictant la Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée

Mémoire déposé par Valéry Gagnon, MBA

Coordonnées :
192, rue de la Matamec,
Terrebonne, Québec, J6W-6H5
Téléphone : 438 495-5870
Courriel : valery.gagnon@hotmail.com

PRÉSENTATION DE L'AUTEURE

Je me nomme Valéry Gagnon. Je suis âgée de 31 ans. Voilà maintenant 4 ans que mon mari et moi essayons d'avoir un enfant. Depuis les deux (2) dernières années, soit après deux (2) ans d'essais, nous avons amorcé un suivi au centre de fertilité du CHUS dont le critère d'accès était l'absence de grossesse malgré 12 mois de relations sexuelles régulières et non protégées. Certains tests ont été faits (spermogramme, hystérosalpingographie) et une prescription de Clomifère (Clomid) m'a été remise. J'ai ensuite changé de clinique en raison d'un changement de région et j'ai alors continué mes suivis chez Fertily. Lors de ma première rencontre avec le Dr Miron, ce dernier n'était pas enclin à me suivre, car mon cas ne semblait pas préoccupant selon les informations dont il disposait. Pourtant, je répondais largement à la définition de l'infertilité selon l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après nommée l'OMS) et même plus (24 mois). Par conséquent, il n'a pas amorcé un nouveau traitement, mais il m'a plutôt suggéré d'être patiente et de lire un livre sur l'infertilité. Il m'a également prescrit deux (2) tests pour éliminer des sources potentielles d'infertilité, soit une échographie endovaginale et un spermogramme pour mon mari, car celui qu'il avait fait ne respectait pas les normes de l'OMS. Les tests ont révélé que je souffrais du SOPK (malgré un IMC de 22) et que les spermatozoïdes de mon mari présentaient deux (2) atteintes, le tout expliquant bien la difficulté de concevoir sans assistance. Malgré tout, il a été décidé que nous allions poursuivre la prise d'hormones, car rien n'était encore impossible. Après près d'une année d'hormones et l'inefficacité de la stratégie retenue, nous avons finalement amorcé les inséminations. Plusieurs essais plus tard, nous avons décidé d'entreprendre la FIV. Nous avons fait quelques essais avec trois (3) transferts d'embryon jusqu'à présent, mais nous n'avons toujours pas réussi à concevoir. En parallèle, j'ai fait trois (3) fausses-couches dans la dernière année, combinées avec la mort en laboratoire de la totalité de mes 38 embryons qui ont de la difficulté à se développer au-delà de la 3^e journée. Il semble qu'il y ait un problème avec ceux-ci, mais il est difficile de savoir pour le moment ce qu'il en est, car un test plus poussé devrait être fait (diagnostic préimplantatoire), mais ce dernier est difficile d'accès. Bref, mon mari et moi sommes infertiles.

Le premier constat que j'aimerais que vous fassiez devant mon histoire est que la FIV n'est pas la première option que nous avons envisagée dès le premier moment où nous avons voulu accueillir un enfant dans nos vies. Cette option a été envisagée après deux (2) ans d'exposition régulière à une grossesse, après l'identification de facteurs d'infertilité chez mon mari et chez moi, après deux (2) ans d'essais avec un traitement hormonal, après plusieurs inséminations et après une (1) première fausse-couche.

Le second constat que j'aimerais que vous fassiez est que, selon la clinique, les critères d'accès à une consultation et à des traitements en fertilité peuvent différer. Or, dans les deux cas, le critère évoqué par l'OMS dans sa définition de l'infertilité a été respecté, soit 12 mois ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés.

Le troisième constat que j'aimerais que vous fassiez est le rigoureux respect d'un protocole d'assistance médicale à la procréation, réalisé par le Dr Miron, ce qui signifie qu'il ne faut pas mettre tous les œufs dans le même panier et il faut savoir s'inspirer de médecins comme lui pour déterminer les encadrements appropriés à mettre en place pour assurer la pérennité du programme de procréation assistée.

EXPOSÉ GÉNÉRAL

1^{RE} PARTIE DE L'EXPOSÉ : UN PROJET DE LOI REPOSANT SUR DES ASPECTS DISCRIMINATOIRES

Par l'exposé qui suivra, je tenterai de vous exposer les raisons pour lesquelles je suis en désaccord avec votre projet de loi 20, soit la Loi édictant la Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (ci-après nommée Projet de loi), et pourquoi il me semble tout à fait justifié de préserver le programme de procréation assistée tel qu'il est, en lui ajoutant toutefois certains encadrements, mais loin de ceux que vous avez prévus.

Je m'oppose au Projet de loi 20, car ce Projet de loi présente d'importants éléments discriminatoires. Il se veut discriminatoire parce qu'il ne prévoit pas un accès gratuit aux traitements de fertilité à tous ceux présentant cette maladie et étant en âge de procréer. Je vous rappelle que, depuis 2009, l'OMS définit l'infertilité comme suit :

« Une maladie du système reproductif définie par l'incapacité pour un couple de concevoir après 12 mois ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés. »

De connaissance de cause, l'infertilité deviendrait la seule maladie à ne pas être couverte par la RAMQ, et ce, alors que notre système de santé prévoit un accès universel et gratuit pour tous. C'est donc dire que les couples infertiles sont traités injustement par rapport à d'autres personnes atteintes d'une maladie et qui reçoivent, pour leur part, des traitements. Considérant que certaines interventions (vasectomie, vasovasostomie, avortements...) ne reposent pas sur des maladies et qu'elles sont pourtant couvertes par la RAMQ, il semble ici qu'il y ait un choix délibéré d'ostraciser les couples infertiles par la volonté d'adopter ce Projet de loi. Ceci a, entre autres, pour incidence de plonger un peu plus profondément les couples infertiles dans leur solitude, ce qui n'est pas sans conséquence sur le plan personnel, social

et professionnel. Cet effet n'est pas à négliger et pour cause. Une étude britannique¹ réalisée en 1999 auprès de 2 000 couples infertiles a d'ailleurs démontré que l'infertilité est responsable de plusieurs effets dont les suivants :

- dépression / isolement : 94 %
- sentiment d'imperfection : 72 %
- culpabilité/honte : 62 %
- idées suicidaires : 20 %

Est-ce que ces effets ont été pris en compte lorsque le Projet de loi a été rédigé? Est-ce vraiment possible pour vous de les ignorer en toute conscience et d'aller de l'avant avec ce Projet de loi?

Je partage également l'avis du Dr Miron voulant qu'un autre aspect discriminatoire de ce Projet de loi est qu'il prévoit couvrir les frais de préservation de la fertilité pour les personnes fertiles qui auront une chimiothérapie ou une radiothérapie et non pour celles souffrant de maladies engendrant la stérilité médicale. L'endométriiose sévère en est un bon exemple. Encore une fois, pourquoi choisir un groupe de personnes pour lesquelles la couverture n'existera plus alors qu'elle existera toujours pour d'autres. Pour reprendre les paroles du Dr Miron « La finalité n'est-elle pourtant pas la même, soit de permettre de fonder une famille? »² Ce Projet de loi repose donc sur un grand manque de cohérence et sur une intention discriminatoire indéfendable.

Ce Projet de loi se veut discriminatoire également, car il prévoit un crédit d'impôt pour l'accès à un seul traitement de FIV, modulé en fonction du revenu familial des couples. Ce crédit représente une fois de plus une mesure discriminatoire, car, bien qu'il permet d'assurer une équité des chances quant à l'accès à la procréation assistée, il traite une fois de plus différemment des autres un groupe de personnes selon leur statut social (plus aisé). Pourtant, ces personnes plus aisées paient leurs impôts comme tout le monde et ces impôts sont déjà modulés en fonction de leurs revenus. C'est donc leur dire qu'ils paient plus d'impôts que tout le monde à la base et que, de surcroît, il faudrait qu'ils paient davantage pour avoir accès à un service de santé. Pourtant, ce n'est pas de cette façon que nous donnons accès à des soins de santé couverts par la RAMQ et cela ne devrait pas être ainsi sans remettre entièrement en question le système de santé universel et gratuit pour tous que nous avons choisi d'avoir au Québec.

Ceci met fin à la première partie de mon exposé voulant que ce Projet de loi ne peut pas être adopté, car il se veut discriminatoire.

¹ Kerr J. et al. 1999

² Miron, Pierre. 15 décembre 2014

2^E PARTIE DE L'EXPOSÉ : L'ILLUSION D'UNE ÉCONOMIE PAR LA MODIFICATION DU PROJET DE LOI

Il y a quatre (4) ans et demi, lorsqu'il a été décidé que le programme de procréation assistée serait déployé, je doute qu'il avait été prévu qu'un retour complet sur l'investissement allait s'effectuer à l'intérieur des cinq (5) premières années, et ce, pour justifier l'investissement dans ce programme. Ce qu'il faut comprendre, c'est que le retour sur l'investissement doit être perçu à long terme, mais qu'il y en a déjà un à court terme. Pourtant, lorsque vous parlez de l'explosion des coûts et que vous le quantifiez à 70 millions de dollars, avez-vous pris le temps de déduire les économies réalisées déjà grâce à la diminution des grossesses multiples en lien avec la prématurité qu'elles risquent d'engendrer, soit les frais associés à l'hospitalisation des prématurés? À ce titre, on parle de 250 000\$ pour l'hospitalisation de chacun des grands prématurés nés entre 23 et 24 semaines, selon ce que rapporte le Dr Marois, physiatre en réadaptation pédiatrique³. Ceci représente une réelle économie lorsqu'on sait que le programme de procréation assistée a diminué le taux de grossesse multiple, économie qu'il est nécessaire de déduire des investissements pour en refléter les coûts réels. Malheureusement, lorsque les instances politiques se mêlent de ce type de projet, la notion d'investissement à long terme devient souvent occultée par une volonté politique d'engendrer des résultats dans l'immédiat, et ce, dans une visée purement électoraliste. La mise à la retraite anticipée d'infirmières et de médecins en 1997 en est un bon exemple dont nous payons encore le prix aujourd'hui. Je vous prie donc d'être prudent dans le choix de stratégies économiques à court terme qui ne feront que jeter de la poudre aux yeux des Québécois pendant une courte période, mais dont notre société restera profondément marquée. Cette deuxième partie est donc destinée à vous faire comprendre que les encadrements prévus par le Projet de loi 20 n'auront pas les effets escomptés, ce que je tenterai d'exposer.

Le retrait de la « gratuité » du programme de procréation assistée ne fera qu'empêcher ou retarder l'accès aux traitements pour les couples qui choisiront d'amasser les sous au lieu de s'endetter ou qui n'auront pas accès à des emprunts pour y avoir accès, ce qui n'est pas sans conséquence du point de vue économique. Imaginons un cas de figure...

Une femme âgée de 30,2 ans, soit l'âge moyen de la maternité (selon l'Institut de la statistique du Québec), se réveille un bon matin et souhaite fonder sa famille. Selon les dispositions prévues par le Projet de loi, cette dernière pourrait consulter en fertilité à l'âge de 33,2 ans. Elle découvrirait peut-être, au bout de quelques mois de prise d'hormones et d'inséminations qu'elle doit avoir recours à la FIV tout comme moi. Elle serait alors possiblement âgée de 35 ans. Elle attendrait une

³ Girard, Isabelle. L'Actualité. 22 septembre 2009

année de plus pour absorber les coûts de l'intervention qu'elle n'avait pas prévu dans son budget. Elle serait âgée de 36 ans lorsqu'elle ferait sa seule FIV couverte à 80 % (si son revenu familial est de moins de 50 000\$), ce qui signifie que cet essai lui coûterait au total 2 000 \$ de sa poche à condition que les médicaments soient aussi couverts à 80 % (20 % de 7 500 \$ pour la FIV et environ 2 500 \$ pour les médicaments) alors qu'il lui en coûterait 4 000 \$ si les médicaments ne sont pas couverts. Quant à la partie gouvernementale, il lui en coûterait alors entre 6 000 \$ (sans médicament) et 8 000 \$ (avec médicaments) par traitement dans le cas où cette dame est assurée par la RAMQ.

Tous ces calculs sont intéressants, mais encore plus quand ils sont mis en perspective. Selon l'Institut de la statistique du Québec, les femmes de 25 à 29 ans demeurent les plus fécondes au Québec. Cette fécondité chuterait de 15 à 19 % pour les 30 à 34 ans, de 26 à 46 % pour les 35 à 39 ans, et de 95 % pour les 40 à 45 ans. C'est donc dire que cette femme paierait le même montant (2 000 ou 4 000 \$) pour 7 à 31 % moins de chances. Ce pourcentage s'appliquerait aussi à l'investissement du gouvernement. C'est donc dire que les nouvelles modalités prévues sont moins rentables lorsqu'elles retardent l'accès aux traitements du point de vue du rapport coût/efficacité. La morale de l'histoire : plus la femme est jeune, donc plus vite elle a accès à la procréation assistée dès qu'elle a un diagnostic d'infertilité, plus le rapport coût/efficacité est avantageux. Donc, suivant ce raisonnement, les modalités prévues dans le Projet de loi sont moins rentables.

Un autre argument économique en défaveur du Projet de loi est qu'il risque d'engendrer d'importants frais médicaux en limitant les couples à quelques inséminations, mais surtout à la consommation d'agents oraux sur une très longue période de temps. En effet, ces agents oraux sont responsables de l'augmentation des grossesses multiples alors que ce n'est pas le cas avec la FIV comportant le transfert d'un seul embryon. En effet, la simple ingestion d'agents oraux anti-oestrogènes multiplie par 6 à 10 fois le risque de grossesses multiples. Voici d'ailleurs ce qu'il est possible de lire dans la monographie du clomifène « CLOMID », fréquemment utilisé en première ligne :

« La fréquence des grossesses multiples (y compris triplés, quadruplés et quintuplés) a jusqu'à décuplé (x10) lorsque la conception avait lieu durant un cycle où le traitement par CLOMID était administré. »⁴

Pour une patiente atteinte d'un SOPK comme moi, ces chances sont encore plus importantes. On parle alors jusqu'à 17 % de risque d'une grossesse multiple⁵. Ces données sont encore plus importantes avec l'utilisation en première ligne d'autres inducteurs d'ovulation tels que le GnRH⁶ et les Gonadotropines⁷. Les risques de grossesses multiples

⁴ Sanofi-Aventis. 9 août 2013

⁵ Dr S. Frantz-Blancpain. 2010

⁶ utilisé lors d'une insuffisance hypothalamo-hypophysaire

observés pour le GnRH sont de 5 à 20 % alors qu'ils sont de 15 à 25 % avec les Gonadotropines.⁸

Si je vous ramène aux motifs retenus pour aller de l'avant avec le programme de procréation assistée, je vous rappelle qu'il avait entre autres pour objectif de diminuer de 25 % le nombre de grossesses multiples. Cette volonté est toujours inscrite sur le portail Santé mieux-être⁹ : « ces grossesses multiples sont responsables de plusieurs naissances prématurées. Les bébés prématurés ont plus de risques d'avoir des complications de santé et des séquelles dont certaines sont permanentes. » Un meilleur contrôle des grossesses multiples était alors perçu comme une bonne source de financement pour le programme de procréation assistée tel qu'on le connaît. Selon les modifications prévues au programme, je comprends que vous voulez économiser, mais ce que vous économiserez risque d'augmenter en contrepartie les grossesses multiples et donc, les coûts liés aux soins pour les bébés prématurés qui en découlent, soit les coûts liés aux problématiques (retard de croissance, d'infirmité motrice cérébrale et d'anomalies congénitales) qui sont susceptibles de les affecter pour toute leur vie. Sachant qu'annuellement 1 % des 60 000 prématurés naissent à moins de 28 semaines¹⁰ et que l'hospitalisation de chacun des grands prématurés nés entre 23 et 24 semaines coûte 250 000\$¹¹, cela représente une économie avoisinant les 15 millions de dollars. Évidemment, cette prématurité n'est pas évitable à 100 % et n'est pas attribuable à 100 % au transfert de deux (2) embryons et plus ni à la prise d'hormones, mais il n'en demeure pas moins que cet exemple illustre bien les économies qu'il est possible de faire à court terme, et ce, sans compter les autres coûts qui suivront la première hospitalisation. D'ailleurs, un autre exemple provient de l'argumentaire qu'avait présenté par le Dr Miron dans son premier mémoire¹² pour la mise en place du programme de procréation assistée. Il évoquait alors les résultats du « Projet belge » qui prévoyait une couverture complète des frais liés à la procréation assistée. La prévention de la prématurité associée aux grossesses multiples permettait une économie de 88 % des frais reliés à l'assistance médicale à la procréation. Cela est sans compter les apports économiques futurs en taxes et impôts que ces enfants en devenir rapporteront. Ce « Projet belge » prévoyait 303 707 \$ (160 000 £) de retour en taxes et impôts, ce qui comble amplement le dernier 12 % de frais reliés à la procréation assistée et ce qui constitue un bon retour sur l'investissement. Est-ce ma perception ou les changements que vous édictez ne tiennent pas compte de tous ces facteurs de risque et les coûts qui y sont associés? La FIV avec le transfert d'un seul embryon n'est-il pas une solution judicieuse permettant d'enrayer ces risques et pour financer en bonne partie le programme de procréation assistée qu'il suffirait de mieux encadrer?

⁷ utilisées lors d'une résistance au clomifène dans le cas d'un SOPK et lors d'une insuffisance hypothalamo-hypophysaire

⁸ Miron, Pierre et Mathieu Provençal. 2013. p. 84.

⁹ Portail santé mieux-être

¹⁰ Girard, Isabelle. L'Actualité. 22 septembre 2009

¹¹ Dr Pierre Marois, psychiatre en réadaptation pédiatrique, avis publié dans l'article d'Isabelle Girard. 22 septembre 2009

¹² Miron, Pierre. 10 juin 2008

Évidemment, vous n'avez pas profité de toutes ces économies, mais cela peut être attribuable à la gestion douteuse qui en a été faite avec les investissements réalisés pour rapatrier les traitements de procréation assistée au public. En effet, il aura fallu un investissement de 7,7 millions de dollars pour le centre de l'hôpital Sainte-Justine pour un objectif de 800 cycles de FIV (8 750 \$ par cycle) et 16 millions d'investissements pour le centre du CHUM pour un objectif de 1 500 cycles (10 666\$ par cycle) alors qu'un investissement de 2,3 millions de dollars a suffi à la petite clinique privée Fertilyls pour un objectif de 1 000 cycles de FIV (2 300 \$ par cycle)¹³. C'est donc dire que cette volonté de rapatrier les traitements au public a engendré des coûts de 380 % et 464 % de plus que l'ouverture d'un centre au privé. Il est dommage que ce soit les couples infertiles qui doivent payer le prix pour cette gestion que je qualifie de douteuse par politesse.

La prochaine partie sera à cheval sur cette partie économique et sur l'illusion d'accessibilité des modifications prévues.

3^E PARTIE DE L'EXPOSÉ : L'ILLUSION DE L'ACCESSIBILITÉ À LA PROCRÉATION ASSISTÉE ET DE SON ÉCONOMIE SELON LES MODALITÉS PRÉVUES PAR LE PROJET DE LOI 20

Contrairement à ce qu'on essaie de nous faire croire, le Projet de loi 20 n'est pas favorable ni à une économie pour le premier traitement de FIV ni à l'accessibilité des traitements de procréation assistée pour les couples atteints de la maladie de l'infertilité. En effet, il ne l'est pas en raison des coûts associés aux traitements de FIV. Le 1^{er} janvier 2012, le tarif consenti aux cliniques privées par Québec a été abaissé de 7 100 \$ à 4 600 \$ par cycle de FIV¹⁴. Cette diminution a été obtenue en raison du succès du programme. Or, si le programme n'existe plus tel qu'il est présentement déployé avec les trois (3) essais stimulés qu'il prévoit, il m'apparaît inévitable que les tarifs de la FIV augmenteront jusqu'à 7 500 \$, soit le tarif que les couples payaient auparavant pour y avoir accès. Considérant cette hypothèse et en faisant un rapide calcul (80 % de 7 500 \$ = 6 000 \$ pour le gouvernement contre 1 500 \$ pour le couple infertile + les coûts pour les médicaments), le gouvernement paiera 1 400 \$ de plus qu'à l'heure actuelle, soit 5 680 \$ pour chaque couple infertile ayant un revenu de moins de 50 000 \$. Il en coûtera toutefois que 1 500 \$ au gouvernement pour les couples infertiles ayant un revenu familial de 120 000 \$, ce qui lui représente une économie à leur détriment de 3 100 \$ (4 600 \$ - 1500 \$). À première vue, il y a une impression d'économie pour le gouvernement pour le premier traitement que je ne peux pas nier. Par contre, en allant plus loin dans cette réflexion, en considérant que le couple moyen a un revenu familial de

¹³ Daoust-Boisvert, Amélie. Le Devoir 26 juin 2014

¹⁴ Daoust-Boisvert. Amélie. Le Devoir. Publié le 17 mars 2012

68 000 \$¹⁵ et qu'il ne pourra avoir accès qu'à un crédit d'impôt de 64 % (64 % de 7 500 \$ = 4 800 \$ pour le gouvernement contre 2 700 \$ pour les couples infertiles), les économies viennent alors de disparaître pour devenir une augmentation de coûts de l'ordre de 200 \$ pour « favoriser l'accès » à un cycle de traitement aux couples infertiles ayant un revenu dans la moyenne, ce qui procure de surcroît une pression additionnelle de 2 700 \$ sur ceux-ci en plus des frais pour les médicaments. Cette pression additionnelle sera bonifiée par les 7 500 \$ qui suivront si ces derniers doivent avoir recours à plus d'un cycle de FIV, et ce, sans compter les frais pour les médicaments qui demeurent de 2 500 \$ par traitement. C'est donc dire qu'il y a une illusion d'économies et d'accessibilité.

Pour poursuivre sur l'idée que l'accessibilité à des soins en procréation assistée est une illusion, on essaie de nous faire croire que les couples infertiles âgés de moins de 35 ans qui ont un revenu familial moyen de 68 000\$ pourront y avoir accès sans problèmes avec le crédit d'impôt offert. Or, selon leur ratio dettes sur actifs qui se situait à 31,7 % en 2012¹⁶, il est faux de prétendre que le crédit d'impôt prévu assurera le maintien de l'accès aux traitements si ce n'est qu'en dépassant le *ratio dettes / actifs* critique.

« Une personne qui a un taux d'endettement de 35 % par rapport à son revenu (avant impôts) commence à être dans une situation critique, note Éric Lebel, conseiller en redressement financier et syndic de faillite au sein du cabinet Raymond Chabot Grant Thornton. C'est donc dire que sa marge de manœuvre ne lui permet plus de faire face aux imprévus de la vie : une maladie entraînant un arrêt de travail, une séparation ou une voiture qui brise ».¹⁷

Voici un calcul pour illustrer ce propos :

Revenu familial = 68 000\$

Ratio *dettes / actifs* d'un couple âgé de moins de 35 ans = 31,7

Dettes (31,7 % de 68 000\$) = 21 556\$

Augmentation des dettes par un traitement de FIV couvert à 64 % (64 % de 7 500 \$ (procédure) + 2 500 \$ (médicaments)) = 3 600 \$

Dettes après FIV avec crédit d'impôt de 64 % (21 556\$ + 3 600 \$) = 25 156\$

Ratio *dettes / actifs* après FIV ((25 156/68 000)*100) = 36,99 %, soit au-delà du seuil critique de 35 %.

¹⁵ La Presse canadienne. 12 septembre 2013

¹⁶ Gauthier, Marc-André. Institut de la statistique du Québec. février 2015

¹⁷ Leroux, Rémi. Revue Protégez-vous. 29 août 2013

Selon ce qui vient d'être mis en lumière, ces couples ne pourront pas avoir accès aux traitements et devront attendre d'amasser les sous nécessaires, ce qui ne fera qu'augmenter leur âge, diminuer leurs chances ou, s'ils vont de l'avant dans ce projet, les placer dans une situation financière critique. Est-ce vraiment un sort jugé adéquat pour des personnes atteintes d'une maladie? Le programme universel et gratuit de santé n'a-t-il pas été offert pour éviter ce genre de situation pour des gens malades dans notre société québécoise?

CONCLUSION

Le Projet de loi n'est pas acceptable pour des raisons discriminatoires, parce qu'il n'est pas favorable économiquement et parce qu'il repose sur de fausses prétentions à savoir que c'est un luxe que les couples infertiles pourront continuer de se payer avec le crédit d'impôt accordé. Une fois tous ces arguments énoncés, je doute qu'il soit réellement possible de maintenir l'appui de la population si cette dernière était réellement informée de tous les aspects énoncés dans ce mémoire et dans ceux d'autres personnes. Il serait grand temps de parler des vraies affaires et de faire confiance en l'intelligence des citoyens en leur exposant la situation dans son ensemble.

RECOMMANDATIONS

Maintenir la couverture actuellement offerte en termes de traitements de procréation médicalement assistée et leur gratuité, tout en y ajoutant les encadrements suivants :

- imposer des limites d'accès applicables à tous sur la base des balises suivantes :
 - 1- l'admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec pour les deux partenaires;¹⁸
 - 2- l'accès à un fertologue sous la recommandation d'un médecin de famille qui aura pour responsabilité de valider si le couple respecte minimalement les 12 mois de rapports sexuels non protégés sur une base régulière ou sous la recommandation d'un gynécologue pouvant confirmer la présence d'une atteinte à la fertilité d'au moins un des deux membres du couple;
 - 3- utiliser les techniques les moins invasives possible en fonction de ce qui est médicalement indiqué;¹⁹
- rendre public l'ensemble des coûts, ventilés selon les frais techniques, les honoraires, les médicaments et les infrastructures;²⁰
- réévaluer périodiquement les frais techniques et ajuster les montants alloués, si nécessaire, en fonction de l'évolution des pratiques et des coûts réels²¹;
- inscrire en temps réel chaque personne se présentant pour l'obtention de services dans une banque de données centralisée accessible à l'ensemble des praticiens en procréation assistée;²²
- obliger tout médecin qui dispense des services de procréation assistée à collecter les données telles que le problème ou la situation à l'origine de la demande, l'âge des demandeurs, leur état de santé et les données relatives à leurs milieux de travail pour chaque demandeuse et demandeur de services de procréation assistée, la réglementation ;²³
- prévoir, pour chaque naissance issue de la procréation assistée, la consignation de la technique de procréation assistée utilisée, du nombre d'enfants nés d'une même grossesse, de l'état de santé de la mère et des enfants, du sexe de l'enfant;
- produire un état de situation annuellement à partir de l'ensemble des renseignements colligés;²⁴
- consigner dans cette banque toute la trajectoire des patients, [dont les tests qui ont été utilisés pour le diagnostic d'infertilité], le nombre de cycles de traitement ainsi que les refus de traitement pour des raisons médicales ou psychosociales, le cas échéant;²⁵
- créer un registre des naissances issues de la procréation médicalement assistée et d'un

¹⁸ Salois, Robert. 2014

¹⁹ Idem

²⁰ Idem

²¹ Idem

²² Idem

²³ Conseil du statut de la femme, juin 2013

²⁴ Idem

²⁵ Salois, Robert. 2014

système de surveillance;²⁶

- instaurer, en remplacement du Réseau québécois de procréation assistée, le Comité multidisciplinaire permanent sur l'évolution et le suivi des pratiques en procréation assistée et inviter notamment le Collège des médecins du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux à en faire partie, de même que des professionnels œuvrant en procréation assistée;²⁷
- créer la Table de concertation en éthique de la procréation assistée, qui pourrait être hébergée et soutenue par une organisation permanente comme la Commission de l'éthique en science et en technologie;²⁸
- effectuer une évaluation nationale aux trois ans sur le financement et tout le processus de procréation assistée à la suite de laquelle un comité d'éthique proposera des recommandations au gouvernement;²⁹
- finaliser la clarification des rôles et responsabilités de tous les intervenants en procréation assistée pour l'ensemble des techniques, y compris la stimulation ovarienne, l'insémination artificielle et la FIV, dans le but de minimiser les risques associés aux activités de procréation assistée;³⁰
- modifier l'encadrement réglementaire des pratiques en procréation assistée afin de mieux assurer le bien-être de l'enfant à naître en précisant les éléments suivants :
 - toute personne demandant des services de procréation assistée a l'obligation de signer un formulaire de déclaration sur ses antécédents psychosociaux;
 - à tout moment de la prestation de services, les professionnels des cliniques de procréation assistée ont l'obligation de diriger les parents d'intention vers une évaluation psychosociale lorsqu'ils ont des doutes sérieux quant aux risques pour l'enfant à naître, que ces risques soient de nature sociale ou psychologique;
 - l'évaluation psychosociale sur référence doit se faire de façon indépendante des cliniques.³¹

²⁶ Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, 24 février 2015.

²⁷ Salois, Robert. 2014

²⁸ Idem

²⁹ Conseil du statut de la femme, juin 2013

³⁰ Salois, Robert. 2014

³¹ Idem

RÉFÉRENCES

Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. *Projet de loi 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 à la Commission de la santé et des services sociaux le 24 février 2015.

Conseil du statut de la femme. Des pistes d'amélioration pour le programme de procréation médicalement assistée. Mémoire publié en juin 2013. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/memoire-des-pistes-damelioration-pour-la-procreation-assistee.pdf>

Dr S. Frantz-Blancpain, syndrome des ovaires polymicrokystiques. CHU de Bordeaux. 2010

Daoust-Boisvert. A. *Procréation assistée - « Nos objectifs sont atteints »*. Le Devoir. Publié le 17 mars 2012, disponible à l'adresse suivante : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/345334/procreation-assistee-nos-objectifs-sont-atteints> et la Fédération des médecins spécialistes du Québec)

Daoust-Boisvert, Amélie. *Une clinique ouvre malgré l'incertitude*. Le Devoir 26 juin 2014. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.fertilys.org/un-article-du-devoir-sur-fertilys-a-la-defense-du-programme-public-de-procreation>

Gauthier, Marc-André. *L'endettement des familles québécoises : une comparaison Québec, Ontario, Canada*. Institut de la statistique du Québec, volume 19, numéro 2. Publié en février 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol19-no2.pdf>

Girard, Isabelle. *Les grands prématurés en chiffres*. L'Actualité, publié le 22 septembre 2009. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.lactualite.com/sante-et-science/sante/les-grands-prematures-en-chiffres>

Kerr J. et al. (1999). *The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom : results of a survey performed in 1997*. Human Reprod. Vol 14 : 934-938.

La Presse canadienne. Enquête nationale auprès des ménages : Prudents, et pour cause! 12 septembre 2013. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ledevoir.com/economie/actualites-economiques/387167/le-revenu-moyen-familial-quebecois-plus-bas-que-la-moyenne-canadienne>

Leroux, Rémi. Endettement, le Québec dans le rouge. Revue Protégez-vous. Mis en ligne le 29 août 2013. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.protegez-vous.ca/affaires-et-societe/endettement-les-canadiens-dans-le-rouge.html>

Miron, Pierre. *Mémoire : La couverture par le Régime d'assurance maladie du Québec des traitements liés à l'infertilité*. Présenté à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Publié le 10 juin 2008

Miron, Pierre et Mathieu Provençal. 2013. *Concevoir : prévenir et traiter l'infertilité*. Éditions du Trécarré. 192 p.

Miron, Pierre. *Projet de loi 20 : préservation discriminatoire de la fertilité*. Publié le 15 décembre 2014. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.fertilys.org/projet-de-loi-20-preservation-discriminatoire-de-la-fertilite/>

Portail santé mieux-être. Disponible à l'adresse suivante : <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-quebecois-de-procreation-assistee/>

Salois, Robert. 2014. *Avis de synthèse sur les activités de procréation assistée au Québec*. Disponible à l'adresse suivante : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Procreation_assistee/CSBE_PA_Synthese_2014.pdf

Sanofi-Aventis. *Monographie de produit : Clomid*. Révisé le 9 août 2013. Disponible à l'adresse suivante : <http://products.sanofi.ca/fr/clomid.pdf>