

Avril 2011

Note socio-économique

Le privé et la santé reproductive des femmes

Au Québec, les soins de la santé reproductive des femmes ont un rapport particulier avec le secteur privé. Parfois ce secteur participe à offrir un service que le secteur public se refuse à fournir, comme ce fut le cas avec l'avortement pendant des années. En d'autres occasions, le secteur privé y saisit des opportunités de profiter d'un financement public. Dans cette note socio-économique, l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS) se penche sur l'avortement¹ et la procréation médicalement assistée (PMA), deux cas dans lesquels l'importance du secteur privé dans l'offre de soins de santé est notable, pour tenter de comprendre les bénéfices et inconvénients de la participation du privé au domaine de la santé reproductive.

1. Accès à l'avortement

Au Québec, les services d'avortement sont réputés être gratuits et accessibles, car il s'agit de services médicaux couverts par le Régime d'assurance maladie du Québec. Si, à ce jour, la gratuité de ces services semble acquise par les Québécoises, suite à maintes batailles, leur accessibilité, particulièrement en région, demeure restreinte.

GRATUITÉ DES SOINS

L'année 2006 marque un jalon important dans la lutte assidue menée par les Québécoises pour l'accès à l'avortement libre et gratuit. La Cour supérieure du Québec a alors jugé que les Québécoises couvertes par le Régime d'assurance maladie du Québec et ayant dû financer personnellement une interruption volontaire de grossesse (IVG) dans des cliniques privées et des centres de santé des femmes entre 1999 et 2006, devaient être remboursées². Dans ce jugement, la Cour a ordonné que les Québécoises couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) n'aient dorénavant plus à déboursier pour ce

service ou pour des services connexes (échographie, anesthésie, rencontre préparatoire et rencontre post-avortement)³, puisque tout cela est assuré en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie*⁴.

Actuellement, les cliniques privées⁵ et les centres de santé des femmes qui offrent des services d'avortement donnent tous la même information à l'effet de la gratuité de ces services pour les Québécoises couvertes par la RAMQ. Que ce soit par téléphone ou sur leur site web, ces établissements assurent aux patientes qu'elles n'ont rien à déboursier. Cependant, les Québécoises qui ne sont pas couvertes dans le cadre du régime public ou les femmes qui viennent au Québec pour obtenir ce service doivent en défrayer les coûts. En 2010, ces patientes ont payé entre 105 \$ et 2 040 \$ pour ce service, dépendamment de leur statut au Canada, du type d'intervention requis et des interventions connexes prescrites⁶. Du point de vue des Québécoises couvertes par la RAMQ, le jugement de la Cour supérieure a eu un effet notable en réitérant que les services d'IVG sont gratuits et en exigeant la fin des paiements pour ces services. Cependant, l'accès à l'avortement demeure sujet à des contraintes économiques pour les personnes résidant temporairement au Québec et non admissibles à la couverture de la Régie, comme par exemple les étudiantes étrangères provenant de pays avec lesquels le Canada n'a pas d'entente de sécurité sociale ou les travailleuses migrantes.

ACCESSIBILITÉ RIME AVEC PRIVÉ ?

La Cour supérieure du Québec a statué que « le secteur public ne peut dispenser tous les services d'IVG⁷ », en raison de l'organisation actuelle des services de santé au Québec. Cet état de fait est connu des groupes qui défendent le droit à l'avortement, des professionnel·le·s de la santé et des femmes qui y ont recours. D'ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec avait lui-même reconnu, en 1999, que pour améliorer l'accessibilité des services d'avortement sur tout le territoire, il allait devoir établir un partenariat avec les cliniques privées⁸.

La décision de la Cour n'avait rien de nouveau : à elle seule, la clinique Morgentaler, par exemple, a fait du secteur privé un acteur clé de l'accès à l'avortement au Québec. D'ailleurs dans un avis récent, le Conseil du Statut de la femme rappelle qu'avant 2008, le réseau public desservait mal les Québécoises requérant des services d'avortement⁹. Cependant, la décision de la Cour fait du secteur privé un acteur comme les autres de l'accessibilité de ces services de santé, tout en réaffirmant que ces services doivent rester publics. Depuis 2001, le MSSS tente d'ailleurs d'améliorer et d'organiser l'offre de services en matière d'avortement sur l'ensemble du territoire, notamment en impliquant davantage les CLSC dans la prestation de ces soins¹⁰. En outre, le Conseil du Statut de la femme remarque qu'entre 2002 et 2006, les Québécoises ont moins fait appel aux

TABEAU 1 Répartition des types d'établissements offrant les services d'avortement selon la région par rapport à la répartition totale des types d'établissements par région – Québec, 2010^{15*}

Région	Centre hospitalier	CLSC	Centre de santé des femmes	Clinique privée
01 Bas Saint-Laurent	1/6	1/8	–	–
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	1/6	1/6	–	–
03 Capitale-Nationale	2/10	0/4	–	–
04 Mauricie et Centre-du-Québec	1/8	4/8	1	–
05 Estrie	1/5	0/7	–	–
06 Montréal	6/30	4/13	1	4
07 Outaouais	0/6	0/5	1	–
08 Abitibi-Témiscamingue	1/6	1/6	–	–
09 Côte-Nord	1/6	1/8	–	–
10 Nord-du-Québec	1/1	1/1	–	–
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1/5	1/5	–	–
12 Chaudière-Appalaches	1/5	0/5	–	–
13 Laval	1/2	1/1	–	–
14 Lanaudière	0/2	2/2	–	–
15 Laurentides	1/5	1/7	–	–
16 Montérégie	3/11	3/11	–	–
17 Nunavik	1/2	0/2	–	–
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	0/1	0/1	–	–
Total N	24/117	20/100	3	4
Total %	20,5 %	20,0 %	–	–

* Se rapporter à : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=133. Le total pour une région ou pour le Québec ne correspond pas à la somme des missions, car beaucoup d'établissements assument plusieurs missions.

Le nombre de ressources a été établi à l'aide du *Bottin des ressources en avortement (édition 2010)*¹⁶.

cliniques privées et davantage aux CLSC, dont l'offre de services a été accrue¹¹.

ACCESSIBILITÉ RÉGIONALE

En 2010, chacune des régions administratives du Québec comportait au moins une ressource de services d'avortement, à l'exception des Terres-Cries-de-la-Baie-James¹². Depuis 2007, quatre régions ont réorganisé leurs ressources pour offrir ces services dans des CLSC plutôt que dans des centres hospitaliers, et quatre autres régions ont ajouté des services d'avortement dans un de leurs CLSC. Par ailleurs, deux ressources ont été supprimées au Saguenay-Lac-Saint-Jean, une situation préoccupante¹³.

Il existe au moins une ressource publique dans chacune des régions offrant des services d'avortement, sauf en Outaouais où la seule ressource est communautaire¹⁴. Tout en ne faisant pas partie du réseau public, les centres de santé des femmes sont, à la différence des cliniques privées, des organismes sans but lucratif. Les ressources privées sont toutes concentrées dans la seule région de Montréal. Elles ne peuvent donc être garantes de l'accessibilité de l'avortement au Québec.

Dans les quatre régions où il n'y a qu'une seule ressource¹⁷, l'offre de services paraît fragiliser l'accessibilité de l'avortement, comme le faisait remarquer le Conseil du Statut de la femme¹⁸. La répartition des ressources entrave l'accessibilité de l'avortement dans six régions dites « éloignées », où il y a

rarement plus de deux points de services. Dans ces régions couvrant un vaste territoire, le faible nombre de points de services occasionne des déplacements importants aux patientes¹⁹. D'ailleurs, une étude publiée en 2007 établissait qu'un peu plus de 70 % des Canadiennes requérant un avortement doivent effectuer un déplacement à plus d'une heure de chez elles et que bon nombre d'entre elles qualifient ce voyage de «très difficile»²⁰. Cette problématique semble particulièrement toucher les populations habitant au nord de la province et les populations autochtones vivant dans des réserves éloignées. Le plateau technique léger associé à l'avortement permettrait d'étendre davantage ces services, du moins pour les interventions au premier trimestre, même si le nombre hebdomadaire d'avortements est faible.

Il n'y a que quinze établissements au Québec qui offrent des avortements après la 14^e semaine. Plus de la moitié des régions du Québec²¹ n'offrent tout simplement pas ces services. L'avortement jusqu'à la 20^e semaine est offert dans seulement huit de ces établissements, ce qui implique que près de 75 % des régions²² ne sont pas en mesure de fournir ces services. Seulement deux de ces établissements, situés à Montréal et en Estrie, offrent des avortements jusqu'à la 23^e semaine pour les femmes de tout âge²³.

ACCÈS EFFECTIF

En 2010, une recherche menée au Québec faisait le constat inquiétant qu'il arrive fréquemment que les réceptionnistes des établissements offrant un service d'avortement ne sont pas en mesure de fournir des renseignements exacts à une personne s'enquérant de ces services ou encore de la rediriger vers une personne pouvant la renseigner (et non une boîte vocale)²⁴. Dans les CLSC et les centres hospitaliers ne pratiquant pas d'avortements, il est fréquent que l'on ne redirige pas la personne vers des services adéquats²⁵. Ce problème d'information compromet l'accès à l'avortement en compliquant et en alourdissant inutilement les démarches de la patiente.

QUALITÉ DES SERVICES D'AVORTEMENT

Dans une étude réalisée en Colombie-Britannique, on établissait que la priorité des patientes à l'égard des services d'avortement est la rapidité avec laquelle on peut répondre à leur demande, tant pour la réalisation de l'intervention que pour la prise de rendez-vous²⁶. Les délais d'attente sont une source d'anxiété importante pour les patientes²⁷. On considère qu'une semaine constitue un délai d'attente raisonnable entre la prise de décision et l'intervention²⁸. Pourtant, au Québec, le temps d'attente moyen (en cumulant les délais dans les établissements privés, publics et communautaires) est de 10 jours ouvrables²⁹. Si 80 % des avortements peuvent être effectués en moins de 10 jours ouvrables, c'est notamment parce que 40 % des établissements offrant des services d'avortement redirigent assez régulièrement des patientes

vers d'autres établissements, parfois dans d'autres régions, pour assurer une intervention plus rapide³⁰. En outre, 20 % des établissements affirment vouloir offrir davantage de services pour répondre à la demande, mais ne peuvent le faire faute de ressources budgétaires, humaines et matérielles³¹.

Lors de la prise de rendez-vous, les patientes souhaitent parler de vive voix avec une personne, et cette démarche n'exige pas plus de 10 minutes³². Selon une recherche menée en 2010, il n'est pas possible d'effectuer la prise de rendez-vous de cette manière dans environ 14 % des établissements québécois offrant des services d'avortement; il faut laisser un message sur un répondeur, dicter ses coordonnées à une réceptionniste pour être rappelée plus tard, ou bien encore appeler à un moment précis de la semaine³³.

Enfin, les patientes souhaitent des services confidentiels et discrets. La plupart des établissements au Québec respectent des mesures de confidentialité additionnelles à celles qui prévalent déjà dans le système de santé³⁴. Les patientes veulent se sentir soutenues dans leur choix et obtenir les informations nécessaires à une prise de décision éclairée³⁵. Elles veulent aussi accéder aux services dans un environnement sécuritaire, où elles n'ont pas à faire face à des jugements ou à des discriminations, et ce de la prise de rendez-vous jusqu'à l'intervention et à la rencontre postavortement si la patiente la souhaite³⁶. Ces critères de qualité reposent en grande partie sur le personnel des établissements offrant des services d'avortement, dévoué malgré le manque de ressources qui affecte nécessairement la qualité des services.

La gratuité de l'avortement pour les Québécoises couverte par la RAMQ peut faire oublier que l'accès à ce service de santé n'est toujours pas universel et qu'il souffre d'une répartition inégale sur le territoire et d'un manque de ressources, problèmes auxquels les établissements privés ne peuvent pallier. Quant à la réorganisation des services dans les CLSC, elle semble avoir eu un impact favorable sur l'accessibilité des soins dans différentes régions, bien qu'elle ne constitue pas en soi une solution au manque de ressources.

2. Procréation médicalement assistée

La procréation médicalement assistée (PMA) correspond à un éventail de techniques médicales allant de la stimulation ovarienne par médication à la fécondation *in vitro*³⁷. Ces techniques *contournent* – plutôt que de la traiter – l'infertilité d'une personne ou d'un couple, afin d'engendrer une grossesse et de la mener à terme avec la naissance d'un enfant en santé. La fécondation *in vitro* est la plus utilisée des techniques de PMA. Au Canada, on a estimé en 2006 qu'entre 8,5 % et 16 % des couples en âge de procréer sont infertiles, c'est-à-dire que leurs tentatives de procréation sur une période donnée échouent. (Si le taux d'infertilité varie autant, c'est que la durée convenue de

cette période de référence est généralement d'un an, mais parfois de deux ans ou de six mois³⁸.) On invoque parfois, pour expliquer la nécessité croissante de ces techniques, le fait que les femmes repoussent à plus tard le projet de conception, donc qu'elles tentent de procréer à une période où leur fertilité décline. Pourtant, le taux d'infertilité n'a pas augmenté ces dernières années, preuve que le report du projet de conception n'a pas d'incidence mesurable sur la fertilité des couples³⁹. De plus, les femmes de moins de 35 ans, dont la fertilité n'est pas affectée par leur âge, constituent une portion significative des patientes des cliniques de fertilité⁴⁰. Ainsi, l'utilisation croissante de ces techniques n'est pas liée à la prévalence croissante de l'infertilité dans la population canadienne. Il semble plutôt que l'attrait de ces techniques est dû à l'industrie de la PMA, qui promet une efficacité sans délais à ses patientes.

CONTEXTE POLITICO-LÉGAL CANADIEN ET QUÉBÉCOIS

En 1989, le gouvernement fédéral met sur pied la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction. Son mandat est d'étudier les innovations dans le domaine de la reproduction assistée et d'émettre des recommandations de politiques et de mesures concernant les aspects moraux, sociaux, économiques et juridiques de ces innovations⁴¹. Déposé en 1993, le rapport final de la Commission, *Un virage à prendre en douceur*⁴², recommande notamment la mise en place d'une agence nationale de contrôle et d'un cadre législatif pour baliser la pratique médicale et la recherche. La Commission souhaite ainsi interdire des pratiques telles que la commercialisation de matériel biologique (ex : les ovules)⁴³. Cette recommandation vise à ne pas laisser le marché dicter les normes de pratique et de recherche, au péril de la santé de la population canadienne⁴⁴. La *Loi sur la procréation assistée* est adoptée par le Parlement en 2004⁴⁵, ce qui permet la création de l'organisme de réglementation fédéral *Procréation assistée Canada*⁴⁶.

Sur la base du partage des compétences entre les gouvernements fédéral et provinciaux, le gouvernement du Québec conteste cette loi en 2004. En 2010, la Cour suprême du Canada juge que certaines dispositions de la Loi relèvent en effet des gouvernements provinciaux (ex : la régulation des cliniques de PMA), alors que d'autres figurent dans les compétences fédérales⁴⁷. Par conséquent, certaines dispositions de la *Loi sur la procréation assistée* sont actuellement invalidées et en cours de révision⁴⁸.

De 2004 à 2009, l'élaboration et l'adoption au Québec de la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*⁴⁹, appelée à pallier les dispositions contestées de la loi fédérale, n'ont pas eu lieu sans heurts. En 2008, le ministre de la Santé Philippe Couillard a même retiré un projet de loi⁵⁰, résistant de cette manière aux demandes répétées de certains groupes, dont l'Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité, qui souhaitent voir la PMA, et notamment la fécondation *in vitro*, être remboursée par la RAMQ⁵¹.

Les différentes versions du projet de loi ont chacune suscité des controverses, car le type d'encadrement retenu pour les pratiques médicales et la recherche était jugé trop peu contraignant et trop peu débattu par des organismes œuvrant dans le domaine de la santé reproductive des femmes, notamment la Fédération du Québec pour le planning des naissances⁵².

Au Canada, trois provinces assurent, de différentes manières, un financement public de la PMA⁵³. En Ontario, le régime public d'assurance santé couvre certains frais liés à l'insémination artificielle et à la fécondation *in vitro* dans des cas précis. Le Manitoba a créé, en octobre 2010, un crédit d'impôt de 40 %, qui permet une déduction annuelle allant jusqu'à 8 000 \$. Au Québec, depuis 2007, un crédit d'impôt existe pour les pratiques médicales liées à l'infertilité. Celui-ci a été bonifié en 2008 et couvre maintenant 50 % des dépenses, permettant une déduction annuelle de 10 000 \$. Depuis août 2010, suite à l'adoption du projet de loi n° 26 et de deux règlements qui en découlent⁵⁴, le régime d'assurance maladie du Québec couvre les frais des activités médicales et de la médication que requiert la PMA. Pour la fécondation *in vitro*, le régime couvre les techniques et les médicaments utilisés sur trois cycles d'ovulation produits par médication ou sur six cycles d'ovulation naturels⁵⁵. La Société canadienne de fertilité et d'andrologie et l'Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité effectuent des démarches auprès de plusieurs provinces pour que la PMA soit financée par crédit d'impôt ou remboursée par le régime public d'assurance maladie⁵⁶. Cette association est financée par des compagnies pharmaceutiques, comme Merck, qui fabriquent des médicaments utilisés dans la PMA.

Au pays, la trentaine d'établissements de santé offrant la PMA, incluant la fécondation *in vitro*, sont principalement des cliniques médicales privées. Sept établissements publics offrent également ces services – en Alberta, au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Ontario et en Saskatchewan⁵⁷ – que ces provinces assurent ou non un financement public de la PMA. Au Québec, un seul établissement public, le Centre universitaire de santé McGill, offre actuellement la PMA, incluant la fécondation *in vitro*, mais les centres hospitaliers universitaires de Québec, de Montréal et de Sherbrooke devraient s'y ajouter éventuellement, en plus du complexe hospitalier de Chicoutimi⁵⁸. Le ministre Yves Bolduc a dit en juillet dernier espérer que 50 % des interventions puissent être réalisées dans les établissements publics dès août 2010⁵⁹. Les cliniques privées demeurent néanmoins les principaux fournisseurs de PMA, tant au Québec que dans l'ensemble du Canada, puisque 75 % des centres offrant la fécondation *in vitro* au Canada sont à caractère privé⁶⁰.

LE CAS DE L'ONTARIO

Le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a présenté le programme de financement public de la PMA

comme une première en Amérique du Nord, et les médias ont beaucoup insisté sur les programmes similaires de certains pays européens. Pourtant, l'Ontario a elle-même déjà disposé d'un programme de financement public de la PMA, incluant la fécondation *in vitro*, dans le cadre de son régime public d'assurance santé (OHIP). Ce n'est qu'en 1994, lors du délestage de certains soins couverts par le régime public, que l'Ontario a cessé de couvrir la PMA, liant cette décision au rapport de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction et à des recherches menées dans les années 1990 sur l'efficacité limitée de la fécondation *in vitro*⁶¹. Le financement partiel de l'insémination artificielle et celui complet de la fécondation *in vitro* ont continué, à l'exclusion de la médication, pour les femmes souffrant d'un blocage des trompes de Fallope⁶².

En 2006, suite aux démarches de l'Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité, le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée a préparé et publié un rapport sur l'efficacité de la fécondation *in vitro* comme traitement de l'infertilité, notamment quant à ses coûts, et sur ses possibilités de réduire les grossesses multiples causées par la PMA⁶³. Le Secrétariat des services consultatifs médicaux de l'Ontario a conclu que les économies liées à la réduction des grossesses multiples ne justifiaient pas la couverture universelle de la PMA⁶⁴.

En 2009 a été publié un rapport commandé par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. À l'inverse du rapport précédent, il concluait que le régime public d'assurance santé de l'Ontario devrait couvrir la PMA, incluant trois cycles de fécondation *in vitro*, la médication prescrite et les soins connexes (comme la congélation des embryons)⁶⁵. On y arguait que les coûts de la PMA amenaient les patientes à choisir des traitements plus risqués et qu'il en coûterait moins cher au gouvernement de prévenir les grossesses multiples que d'en traiter les conséquences⁶⁶.

À ce jour, le gouvernement ontarien n'a pas mis en œuvre les recommandations de ce comité d'experts et a plutôt fait la promotion de la PMA, notamment dans la campagne «Sensibiliser le public : la fondation de familles [sic] en Ontario», sans cependant élargir son financement public⁶⁷.

LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

Le programme québécois de PMA a été mis en œuvre avec un budget de 32 M\$ pour l'année 2011⁶⁸. Ce budget devrait atteindre progressivement 80 M\$ en 2014⁶⁹. Le programme vise à favoriser les meilleures pratiques dans le milieu de la fertilité : il le fait en favorisant le transfert d'embryon unique⁷⁰ pour éviter les grossesses multiples (de jumeaux et de triplets ou plus), qui présentent des risques plus élevés tant pour la grossesse qu'à l'accouchement. La réduction des coûts des soins spécialisés requis par les nouveau-nés (néonatalogie) et des risques quant à la santé des patientes et des nouveau-nés justifie, selon

le ministère, l'implantation de ce programme⁷¹. M. Bolduc a également dit vouloir accroître la natalité au Québec et répondre au désir d'enfant des personnes infertiles pour qui les coûts de la PMA étaient prohibitifs⁷².

UNE RÉGULATION INADÉQUATE

Plusieurs critiques ont été formulées à l'égard de ce programme. D'abord, la régulation des pratiques médicales et de la recherche en PMA ne sont pas encadrées dans les faits par la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*. Elles le sont plutôt par règlement administratif, ce qui limite la reddition de comptes des établissements qui font des recherches dans le domaine de la PMA ou qui la pratiquent⁷³. De plus, les données sur la PMA sont comptabilisées uniquement par les établissements pratiquant la PMA⁷⁴ et, à l'heure actuelle, aucun indicateur⁷⁵ ne porte sur la santé à long terme des femmes y ayant recours et des enfants issus de la PMA⁷⁶. Finalement, cette réglementation n'a fait l'objet d'aucun débat public⁷⁷.

Les mesures de contrôle et de régulation prévues par ce règlement sont ainsi largement insatisfaisantes et inadéquates⁷⁸. Pourtant, elles justifient le financement public de la PMA, et notamment de la fécondation *in vitro*, car elles ont été conçues pour corriger les pratiques à risque, c'est-à-dire le nombre élevé de grossesses multiples issues de la FIV. Aux dires mêmes du Dr Bissonnette, directeur médical de la Clinique de fertilité Ovo et responsable du Registre canadien des techniques de procréation assistée (RCTPA), ce n'est pas le cadre légal et réglementaire québécois qui favorise les meilleures pratiques, celui-ci étant «plutôt permissif», mais surtout l'abolition des contraintes économiques qui poussaient les patientes à choisir des procédures plus risquées pour assurer le succès du projet de conception⁷⁹. L'utilisation croissante des meilleures pratiques est ainsi due au financement public de la PMA et non à la législation ou même aux recommandations émises par le milieu médical⁸⁰. Au Québec, le taux de transfert d'un seul embryon à la fois est passé de 1,6 % en 2009 à 51 % en 2010, suite à l'entrée en vigueur du programme⁸¹, alors que le taux de grossesses multiples passait de 27,2 % en 2009 à 3,8 %⁸². Ainsi, la façon dont le programme québécois de PMA contre les pratiques à risque de l'industrie est de donner aux patientes les moyens financiers de choisir des pratiques moins risquées pour leur santé et pour celle de leurs nouveau-nés, plutôt que de contraindre l'industrie par réglementation à ne pas recourir aux pratiques risquées. Ce faisant, il soutient prioritairement la demande adressée à une industrie privée et lucrative, avant de protéger la santé des femmes qui y ont recours.

UN PROGRAMME COÛTEUX

Le financement public du programme de PMA a suscité une controverse du fait qu'il ne s'agit pas d'un traitement de l'infertilité mais plutôt de techniques qui cherchent à la

contourner. Par ailleurs, ce programme était mis en place au moment même où une contribution-santé était instaurée par le gouvernement pour financer les besoins criants du système de santé⁸³. De plus, des groupes de médecins ont déploré que l'on finance ces techniques sur-spécialisées alors que des traitements de base demeurent sous-financés⁸⁴. Le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a souligné, suite à l'annonce du ministre, que le programme sous-estimait à la fois la demande qu'il générerait et ses coûts, qu'il estimait plutôt à 200 M\$ par an après quelques années⁸⁵. C'est ce que semble confirmer l'arrêt temporaire de la prestation de services de fécondation *in vitro* à la clinique de fertilité Ovo en décembre 2010, les médecins y pratiquant ayant atteint leurs plafonds de rémunération. Autre facteur onéreux : les techniques moins risquées prônées par le programme de PMA sont plus coûteuses et entraîneront une augmentation de la tarification, alors même que l'industrie profitera d'économies d'échelles, vue l'augmentation de la demande pour ses services⁸⁶. Enfin, cela n'était pas explicité lors de l'annonce du programme, mais tous les embryons produits lors d'un cycle seront considérés comme faisant partie de ce « cycle initié », peu importe le moment de leur implantation dans l'utérus, que ce soit quelques mois, voire quelques années plus tard⁸⁷. Le portrait avancé lors de l'annonce du programme, selon lequel les patientes auraient droit à trois essais de fécondation *in vitro* couverts par la RAMQ, apparaît donc très incomplet puisque le programme couvre finalement toutes les techniques et les médicaments de PMA liés à trois ou six cycles d'ovulation « initiés » : un plus grand nombre de transferts d'embryon est couvert, ce qui affectera les coûts du programme. De plus, en mesurant le taux de grossesse par « cycle initié », on pourra prétendre à une augmentation de ce taux sans que les techniques de PMA elles-mêmes n'aient gagné en efficacité⁸⁸.

POSITIONNEMENT DU SECTEUR PRIVÉ

Le fait que le champ médical de la PMA soit majoritairement investi par des établissements du secteur privé contribue à la controverse sur son financement public. Les cliniques Procréa font partie d'une entreprise spécialisée en soins de santé qui est cotée en bourse et dont les bénéfices annuels sont importants. Plus du tiers des revenus de l'entreprise sont générés par les services de fertilité⁸⁹. Les cliniques privées de fertilité au Québec (le Centre de fertilité de Montréal, la clinique de fertilité Ovo, et les cliniques Procréa) détiennent un quasi-monopole sur ce domaine médical lucratif et ont grandement bénéficié du programme de PMA québécois. Il a fait bondir la demande pour leurs services, allant même jusqu'à créer une liste d'attente de quelques mois dans ces cliniques⁹⁰. Si le programme a été aussi profitable pour elles, c'est que le réseau public n'était tout simplement pas prêt à offrir ces services médicaux, en raison de son manque d'équipement spécialisé

et de personnel médical expert en fertilité⁹¹. Des médecins des cliniques privées se sont même plaints de ne pas pouvoir offrir leurs services dans les établissements publics, en raison de ce manque d'équipement⁹². Il s'avère donc très difficile d'avoir accès aux services couverts par le programme en dehors du système privé⁹³.

Le programme québécois de PMA menace de faire pression sur le système de santé public en raison du manque d'équipement de base (des lits et des équipements d'échographie, par exemple) et de personnel en obstétrique et en gynécologie dans les hôpitaux publics appelés à accueillir les patientes des centres de PMA pour leur suivi de grossesse et leur accouchement⁹⁴. Autrement dit, les cliniques privées génèrent des profits grâce aux soins ultra-spécialisés facilités par le programme québécois de PMA mais délèguent aux établissements publics, qui souffrent d'un sous-financement chronique, la prestation de soins de base liés à ce programme, tels l'accouchement. Le programme québécois de PMA cristallise de cette manière une répartition des rôles et responsabilités entre les secteurs privé et public qui avantage en bout de ligne le secteur privé.

LA FÉCONDATION *IN VITRO*, LE MEILLEUR CHOIX ?

De manière générale, la PMA en est venue à référer de manière quasi-exclusive à la fécondation *in vitro*⁹⁵. Pourtant, d'autres techniques de PMA, comme l'insémination artificielle, sont moins invasives et moins coûteuses, tout en s'avérant aussi efficaces dans certaines situations⁹⁶. L'attrait majeur de la fécondation *in vitro*, la technique de PMA la plus commune, est qu'elle permet de contrôler le nombre d'embryons implantés chez la patiente. Cette technique est donc celle qui permet le plus efficacement de contrôler les grossesses multiples, principal cheval de bataille de l'industrie de la PMA pour revendiquer son financement public. À entendre l'industrie, ce financement devrait permettre de réduire les coûts associés aux grossesses multiples issues de la PMA et équivaloir donc à un simple transfert, plutôt qu'à un nouveau coût en santé.

Pendant, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé met en doute cette prétention, en notant que les économies associées à la réduction des grossesses multiples seront entièrement captées par les coûts des techniques permettant de réduire ces grossesses, notamment le transfert d'embryon unique⁹⁷. Si la réduction du nombre de grossesses multiples doit être saluée, il faut reconnaître que l'argument économique mis de l'avant par l'industrie est contestable et qu'il privilégie lui-même une technique coûteuse, invasive et dont les succès ne sont pas aussi importants qu'on pourrait le croire. En effet, le taux de naissances vivantes issues de la fécondation *in vitro* varie, selon le groupe d'âge de la patiente, entre 15 % et 33 % par cycle initié (année 2008)⁹⁸. Avec l'introduction du « taux cumulatif de grossesse », le taux de naissances vivantes par cycle paraîtra augmenter à plus de 60 %, mais sans que la technique n'ait gagné en efficacité⁹⁹.

La fécondation *in vitro* comporte, pour la santé des femmes et des nouveau-nés, différents risques associés aux grossesses multiples et à l'âge plus avancé des patientes¹⁰⁰, défis auxquels le programme de PMA semble répondre avec succès. Différentes techniques associées à la fécondation *in vitro*, telles l'injection de sperme directement à l'intérieur d'un ovule ou la stimulation ovarienne, demeurent sous-étudiées, et aucun indicateur ne permet de étudier les risques qu'elles posent pour la santé des patientes ou des nouveau-nés¹⁰¹. Les effets à court et à plus long terme de ces techniques devraient faire l'objet de plus de recherches afin de protéger la santé des femmes qui y ont recours et des enfants qui en sont issus. Cette pénurie d'information est inquiétante et pousse certain·e·s chercheur·e·s à conclure que ces techniques n'en sont qu'au stade expérimental et que leur financement devrait être assujéti à une évaluation rigoureuse de leur efficacité et de leur innocuité¹⁰².

Rappelons que la PMA ne constitue pas un traitement des problèmes d'infertilité, alors qu'on pourrait faire beaucoup pour prévenir cette condition, notamment en s'attaquant à la propagation des infections transmissibles par voie sexuelle et sanguine¹⁰³. La PMA, soin de troisième ligne, est ici préférée aux soins de première ligne de l'infertilité, qui demeurent largement sous-financés¹⁰⁴.

Conclusion

Ce tour d'horizon de l'avortement et de la PMA montre que le gouvernement est prompt à remettre aux établissements privés le champ de la pratique médicale liée à la santé reproductive des femmes, en finançant les soins prodigués par ces établissements à même le régime d'assurance public. L'année 2008 a marqué un tournant dans la lutte continue des Québécoises pour l'avortement, montrant que le réseau public peut à la fois financer ce service et le dispenser. L'année 2010, dans le cas de la PMA, marque quant à elle la volonté politique de mettre en œuvre un programme dans des conditions privilégiant les établissements privés qui offrent déjà l'éventail de services relatifs à ce programme.

La lutte pour l'avortement a montré que si, pour un temps, les établissements privés peuvent être des adjuvants de l'accès aux soins, ils le sont au détriment de l'accessibilité régionale. Elle a aussi montré que cette accessibilité a un prix : les établissements privés ont pu, dans le cas de l'avortement, et peuvent, dans le cas de la PMA, facturer de façon indue des frais accessibles aux patientes pour les services assurés, au vu et au su du MSSS, sans que celui-ci n'intervienne¹⁰⁵.

En 2008, le Conseil du Statut de la femme notait : «[...] [L]'avortement a souvent été emblématique des anomalies historiques du système de santé¹⁰⁶.» En effet, il semble plutôt anormal que le gouvernement délaisse des champs de

pratique médicale, ici ceux de la santé reproductive, au profit des établissements privés. Dans le cas de la PMA, cela est d'autant plus inquiétant que ce champ a été ouvert à la suite de pressions de groupes ayant des intérêts économiques dans ce domaine et au profit d'établissements privés y détenant un positionnement unique et qui bénéficient aujourd'hui d'un important financement public.

JULIE DEPELTEAU, CHERCHEURE ASSOCIÉE

Notes

- 1 QUIRION, Marie-Ève (2008), Les Québécoises ont-elles accès à l'avortement?, Note socio-économique, Montréal, Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), 5 p.
- 2 COUR SUPÉRIEURE (2006), *Jugement sur le recours collectif concernant les interruptions volontaires de grossesse*, n° 500-06-00158-028, août 2006.
- 3 En 2010, la Cour supérieure a émis un avis permettant d'étendre la période de réclamation jusqu'au 14 janvier 2008, période au cours de laquelle des femmes ont payé pour obtenir une IVG dans des cliniques privées et des centres de santé des femmes. COUR SUPÉRIEURE (2010), *Avis - Jugement sur le recours collectif concernant les interruptions volontaires de grossesse*, n° 500-06-00158-028, mai 2010.
- 4 *Loi sur l'assurance maladie*, L.R.Q., c. A-29.
- 5 Ont été contactées : Clinique l'Alternative, Clinique l'Envolée, Clinique Fémina et Clinique Morgentaler.
- 6 FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2010), *Bottin des ressources en avortement (édition 2010)*, Montréal, Fédération du Québec pour le planning des naissances, 55 p.
- 7 COUR SUPÉRIEURE (2006), *op. cit.*, p. 9.
- 8 *Ibid.*, p. 3.
- 9 CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (2008), *L'avortement au Québec : état des lieux au printemps 2008*, Québec, Conseil du Statut de la femme, p. 35.
- 10 *Ibid.*, p. 25.
- 11 Nous nous permettons ici de mettre à jour un tableau élaboré par le Conseil du Statut de la femme. *Ibid.*, p. 23.
- 12 FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2010), *op. cit.*
- 13 CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (2008), *op. cit.*, p. 25-27.
- 14 *Ibid.*, p. 23.
- 15 Mauricie et Centre-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Lanaudière et Laurentides.
- 16 L'hôpital de Hull refuse en effet de pratiquer des avortements. QUIRION, Marie-Ève (2008), *op. cit.*, p. 2.
- 17 Ne sont inclus que les établissements pratiquant les avortements, bien que dans la plupart des régions, d'autres CLSC offrent différents services connexes très importants pour les patientes (le soutien à la prise de décision et des consultations préavortement et postavortement) et les réfèrent à un autre établissement pour l'intervention.
- 18 CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (2008), *op. cit.*, p. 24.

- 19 Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
- 20 SETHNA, C., et M. DOULL (2007), p. 640-647. Cité dans WIEBE, Ellen R., et Supna SANDHU (2008), « Access to Abortion : What Women Want From Abortion Services », *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada*, p. 331.
- 21 Régions non desservies : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James. FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2010), *op. cit.*
- 22 Régions non desservies : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James. FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2010), *op. cit.*
- 23 Ces deux points de services desservent les patientes de tout âge. De plus, une clinique jeunesse offre des services jusqu'à la 24^e semaine aux femmes de moins de 21 ans. FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2010), *op. cit.*
- 24 ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA LIBERTÉ DE CHOIX et FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2010), *Le point sur les services d'avortement au Québec*, Montréal, Fédération du Québec pour le planning des naissances, p. 5-6.
- 25 *Ibid.*
- 26 WIEBE, Ellen R., et Supna SANDHU (2008), *op. cit.*, p. 330.
- 27 *Ibid.*, p. 331.
- 28 ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA LIBERTÉ DE CHOIX et FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2010), *op. cit.*, p. 27.
- 29 *Ibid.*, p. 49.
- 30 *Ibid.*, p. 49.
- 31 *Ibid.*, p. 50.
- 32 WIEBE, Ellen R., et Supna SANDHU (2008), *op. cit.*, p. 330.
- 33 ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA LIBERTÉ DE CHOIX et FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2010), *op. cit.*, p. 47-48.
- 34 *Ibid.*, p. 54.
- 35 *Ibid.*, p. 27.
- 36 ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA LIBERTÉ DE CHOIX et FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2010), *op. cit.*, p. 27.
- 37 La fécondation in vitro consiste à créer un embryon en laboratoire, à partir de sperme et d'ovules, donnés ou prélevés, puis à le transférer dans l'utérus pour la durée de la grossesse.
- 38 AGENCE CANADIENNE DES MÉDICAMENTS ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (2009), « Assisted Reproductive Technologies in Canada », *Health Technology Update*, vol. 10, p. 2-3; FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2006), *La procréation assistée : comment y voir clair ?*, Montréal, Fédération du Québec pour le planning des naissances, p. 9.
- 39 FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2006), *op. cit.*, p. 8.
- 40 En 2008, données les plus récentes sur les techniques de procréation assistée utilisées les plus fréquemment : 5 996 cycles de fécondation ont été démarrés chez des femmes de moins de 35 ans; 5 442 chez des femmes ayant entre 35 et 39 ans; et 2 635 chez des femmes de 40 ans et plus. GUNBY, J. [coordonnatrice du Registre canadien des techniques de procréation assistée] (2011), *Assisted reproductive technologies (ART) in Canada : 2008 results from the Canadian ART Register*, Montréal, Société canadienne de fertilité et d'andrologie, p. 16.
- 41 CANADA, COMMISSION ROYALE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION (1993), *Un virage à prendre en douceur : rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction*, Ministère des Services gouvernementaux, p. v.
- 42 *Ibid.*
- 43 BAIRD, Patricia [présidente de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction] (1995), « Proceed with Care : New Reproductive Technologies and the Need for Boundaries », *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, vol. 12, n° 8, p. 496.
- 44 *Ibid.*, p. 492.
- 45 *Loi concernant la procréation assistée et la recherche connexe*, L.C. 2004, ch. 2.
- 46 Cette agence connaît actuellement des problèmes importants, des membres de son conseil d'administration ayant témoigné en commission parlementaire du manque de transparence de l'organisation, du climat d'intimidation qui y règne et d'irrégularités financières. EGGERSTON, L. (2011), « Demands made for inquiry into operations of reproductive health agency », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, n° 1, p. E21.
- 47 L'avis de la Cour est partagé et il est le fruit de son plus long travail à ce jour. COUR SUPRÊME DU CANADA (2010), *Renvoi relatif à la Loi sur la procréation assistée*, C.S. n° 61, 22 décembre.
- 48 *Loi concernant la procréation assistée et la recherche connexe*, L.C. 2004, ch. 2, p. ii.
- 49 *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*, L.R.Q., ch. A-5.01.
- 50 N° 89 puis n° 23, à la suite du changement de session parlementaire.
- 51 DUTRISAC, R. (2009), « Procréation assistée - Québec a fait son nid », *Le Devoir*, 23 avril, www.ledevoir.com/politique/quebec/247022/procreation-assistee-quebec-a-fait-son-nid (page consultée le 4 mars 2011).
- 52 FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2005), *Procréation assistée : Le Québec propose un projet de loi peu rassurant*, www.fqpn.qc.ca/contenu/technologies/textes/procreation_assistee.php (page consultée le 8 mars 2011); FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2009), *Avis de la FQPN sur le projet de loi 26*, www.fqpn.qc.ca/contenu/pdf/Avisprojetdeloi26-final2.pdf (page consultée le 8 mars 2011).
- 53 NDEGWA, S., et S. Kelly (2010), « Status of Public Funding for In Vitro Fertilization in Canada and Internationally », *Environmental Scan*, vol. 14, Ottawa, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, p. 3-4.

- 54** QUÉBEC, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2010), « Décret 644-2010 : Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée », *Gazette officielle du Québec*, vol. 142, n° 29, partie 2, p. 3278-3283; QUÉBEC, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2010), « Décret 645-2010 : Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie », *Gazette officielle du Québec*, vol. 142, n° 29, partie 2, p. 3283-3285.
- 55** QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010), www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/procreation.php (page consultée le 4 mars 2011).
- 56** Que ce soit par des crédits d'impôt ou par la couverture du régime public de santé. PRESSE CANADIENNE (2010), « Manitoba to offer tax credit for fertility treatment », www.ctv.ca/CTVNews/Health/20100518/manitoba-infertility-tax-100518 (page consultée le 3 mars 2011); BISSONNETTE, F. (2010), *Conférence de presse de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie : Les 3 premiers mois du programme québécois de PMA*, www.cfas2.ca/multimedia/2010_Dec16/PressConferenceDec16_2010-FR.wmv (page consultée le 10 mars 2011).
- 57** SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE (2011), *IVF Clinics*, www.cfas.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=259&Itemid=274 (page consultée le 4 mars 2011).
- 58** QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010), *op. cit.*; RIOUX-SOUCY, L.-M. (2010), *Fécondation in vitro - Le réseau public n'est pas prêt à recevoir les patients du privé*, www.ledevoir.com/societe/sante/312586/fecondation-in-vitro-le-reseau-public-n-est-pas-pret-a-recevoir-les-patients-du-privé (page consultée le 4 mars 2011); SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE (2011), *op. cit.*
- 59** BOLDUC, Y. (2010), « Le ministre de la Santé du Québec, Yves Bolduc, confirme l'entrée en vigueur de la gratuité des traitements de procréation assistée dès le 5 août », *Procréation assistée : La gratuité, un choix contesté*, www.radio-canada.ca/nouvelles/sante/2010/07/13/001-fecondation-assistee.shtml (page consultée le 8 mars 2011).
- 60** Selon le répertoire de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie, il existe au Canada 24 cliniques privées offrant 28 points de services et 7 centres hospitaliers qui effectuent la PMA, incluant la FIV. Au Québec, 3 cliniques privées offrant 4 points de services et 1 centre hospitalier effectuent la PMA, incluant la FIV. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE (2011), *op. cit.*
- 61** ONTARIO, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2006), *In Vitro Fertilization and Multiple Pregnancies*, www.health.gov.on.ca/english/providers/program/mas/tech/reviews/sum_ivf_101906.html (page consultée le 8 mars 2011).
- 62** STAR NEWS SERVICES (1994), « Annual checkups survive OHIP cuts », *The Windsor Star*, Windsor, Ontario, p. D9.
- 63** SECRÉTARIAT DES SERVICES CONSULTATIFS MÉDICAUX (2006), « In vitro fertilization and multiple pregnancies : an evidence-based analysis », *Ontario Health Technology Assessment Series*, vol. 6, n° 18, 63 p.
- 64** ONTARIO, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2006), *op. cit.*
- 65** COMITÉ D'EXPERTS EN MATIÈRE D'INFERTILITÉ ET D'ADOPTION (2009), *Faire croître l'espoir : recommandations du comité d'experts en matière d'infertilité et d'adoption*, www.children.gov.on.ca/htdocs/French/documents/infertility/RaisingExpectationsFrench.pdf (page consultée le 8 mars 2011), 249 p.
- 66** COMITÉ D'EXPERTS EN MATIÈRE D'INFERTILITÉ ET D'ADOPTION (2009), *op. cit.*, p. 118-122.
- 67** ONTARIO, MINISTÈRE DES SERVICES À L'ENFANCE ET À LA JEUNESSE (2010), *Sensibiliser le public : La fondation de familles [sic] en Ontario*, www.children.gov.on.ca/htdocs/French/infertility/report/raisingawareness.aspx (page consultée le 8 mars 2011).
- 68** QUÉBEC, CONSEIL DU TRÉSOR (2010), *Budget de dépenses 2010-2011, Volume III : Plans annuels de gestion des dépenses des ministères et organismes*, Gouvernement du Québec, p. 179.
- 69** THERRIEN, P. (2011), « Procréation assistée d'un marché lucratif », *Santé inc.*, vol. 7, n° 3, p. 28.
- 70** Cette procédure est appelée eSET. On sélectionne un seul embryon pour le transfert dans l'utérus en fonction de sa viabilité.
- 71** BOLDUC, Y. (2010), *op. cit.*
- 72** *Ibid.*
- 73** FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2009), *op. cit.*, p. 3.
- 74** Les établissements pratiquant la PMA doivent fournir des données statistiques pour obtenir leur accréditation auprès de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA) et d'Agrément Canada. Depuis 1999, le Registre canadien des techniques de procréation assistée (RCTPA) recueille des données quant à la pratique de la PMA au Canada. La participation des établissements est volontaire mais atteint 100 % depuis 2003. Le financement de ce registre, dirigé par l'IVF Directors Group de la SCFA, est assuré par une cotisation des établissements participants. GUNBY, J., *et al.* (2011), « Assisted reproductive technologies (ART) in Canada : 2007 results from the Canadian ART Register », *Fertility and Sterility*, vol. 95, n° 2, p. 542.
- 75** De plus, en 2003, on notait que les données sur les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont transmises au RCPMA sans qu'une définition standard ne soit établie par le Registre, ce qui nuit à notre avis à l'interprétation de ces indicateurs. La situation ne semble pas avoir changé depuis. GUNBY, J., *et al.* (2007), « Assisted reproductive technologies (ART) in Canada : 2003 results from the Canadian ART Register », *Fertility and Sterility*, vol. 88, n° 3, p. 556.
- 76** FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2010), *Commentaires sur le Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée et le Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, www.fqpn.qc.ca/contenu/pdf/Reglement_commentaires_final210410.pdf (page consultée le 8 mars 2011), p. 2.
- 77** LIPPMAN, A. (2010), « Saying 'no' to the funding of assisted reproduction services in Québec », *BioNews*, 560, www.bionews.org.uk/page_61600.asp (page consultée le 8 mars 2011).
- 78** *Ibid.*
- 79** BISSONNETTE, F. (2010), *op. cit.*

- 80** Un guide favorisant de meilleures pratiques a été produit par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. MIN, J. K., et al. (2006), « Guidelines for the Number of Embryos to Transfer Following In Vitro Fertilization », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, n° 182, 15 p.
- 81** BISSONNETTE, F. (2010), *op. cit.*
- 82** *Ibid.*
- 83** LIPPMAN, A. (2010), *op. cit.*
- 84** RADIO-CANADA.CA et PRESSE CANADIENNE (2010), « Procréation assistée : La gratuité, un choix contesté », *Science et santé*, www.radio-canada.ca/nouvelles/sante/2010/07/13/001-fecondation-assistee.shtml (page consultée le 10 mars 2011).
- 85** *Ibid.*
- 86** OVO CONSULTING (2009), *La fécondation in vitro au Canada : Analyse de la structure des coûts*, www.cfas.ca/images/stories/pdf/fiv_structure_des_couts.pdf (page consultée le 10 mars 2011), p. ii, 25.
- 87** BISSONNETTE, F. (2010), *op. cit.*
- 88** On parlera alors de « taux de grossesse cumulatif ».
- 89** THERRIEN, P. (2011), *op. cit.*, p. 30.
- 90** BISSONNETTE, F. (2010), *op. cit.*
- 91** RADIO-CANADA.CA et PRESSE CANADIENNE (2010), *op. cit.*
- 92** RIOUX-SOUCY, L.-M. (2010), *op. cit.*
- 93** La clinique de fertilité Ovo dispense une grande partie de ses services dans les établissements publics (l'évaluation de fertilité, les tests de diagnostic par exemple) mais ne peut y dispenser les services complets, faute d'équipement. THERRIEN, P. (2011), *op. cit.*, p. 31.
- 94** RIOUX-SOUCY, L.-M. (2011), *Crise aiguë en gynécologie*, www.ledevoir.com/societe/sante/314667/crise-aigue-en-gynecologie (page consultée le 10 mars 2011).
- 95** AGENCE CANADIENNE DES MÉDICAMENTS ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (2009), *op. cit.*, p. 2.
- 96** *Ibid.*, p. 3; SECRÉTARIAT DES SERVICES CONSULTATIFS MÉDICAUX (2006), *op. cit.*, p. 9.
- 97** AGENCE CANADIENNE DES MÉDICAMENTS ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (2009), *op. cit.*, p. 3.
- 98** Données les plus récentes. GUNBY, J. [coordonnatrice du Registre canadien des techniques de procréation assistée] (2011), *Assisted reproductive technologies (ART) in Canada : 2008 results from the Canadian ART Register*, Montréal, Société canadienne de fertilité et d'andrologie, p. 16.
- 99** RIOUX-SOUCY, L.-M. (2010), *Grossesses multiples et procréation assistée - Le Québec passe de cancre à champion*, www.ledevoir.com/societe/sante/313166/grossesses-multiples-et-procreation-assistee-le-quebec-passe-de-cancrer-a-champion (page consultée le 10 mars 2011).
- 100** JOSEPH, K. S. (2008), « Un aperçu de la santé périnatale au Canada », *Rapport sur la santé périnatale au Canada : Édition 2008*, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspsc/index-fra.php, p. 29.
- 101** KIRKEY, S. (2011), « How safe is assisted reproduction ? », *The Ottawa Citizen*, p. A.1.
- 102** LAMBERT, R. D., et M.-A. SIRARD (2005), cités par FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2009), *Avis de la FQPN sur le projet de loi 26*, www.fqpn.qc.ca/contenu/pdf/Avisprojetdeloi26-final2.pdf (page consultée le 8 mars 2011), p. 9.
- 103** FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2006), *op. cit.*, p. 15.
- 104** FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (2009), *op. cit.*, p. 8.
- 105** COUR SUPÉRIEURE (2006), *Jugement sur le recours collectif concernant les interruptions volontaires de grossesse*, n° 500-06-00158-028, août, p. 13, 19; RIOUX-SOUCY, L.-M. (2010), *Fécondation in vitro - Le réseau public n'est pas prêt à recevoir les patients du privé*, www.ledevoir.com/societe/sante/312586/fecondation-in-vitro-le-reseau-public-n-est-pas-pret-a-recevoir-les-patients-du-privé (page consultée le 4 mars 2011).
- 106** CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (2008), *op. cit.*, p. 35.



IRIS

**Institut de recherche
et d'informations
socio-économiques**

L'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), un institut de recherche indépendant et progressiste, a été fondé à l'automne 2000. Son équipe de chercheurs se positionne sur les grands enjeux socio-économiques de l'heure et offre ses services aux groupes communautaires et aux syndicats pour des projets de recherche spécifiques.

Institut de recherche et d'informations socio-économiques
1710, rue Beaudry, bureau 2.0, Montréal (Québec) H2L 3E7
514 789 2409 · www.iris-recherche.qc.ca

ISBN 978-2-923011-08-0