



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Mémoire

de la Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROGRAMME QUÉBÉCOIS
DE PROCRÉATION ASSISTÉE

Déposé au Commissaire à la santé et au bien-être

Le 22 mai 2013

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie!

Votre médecin spécialiste

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
L'ANNONCE DU PROGRAMME – UN RAPPEL DES FAITS.....	4
Les principaux paramètres du Programme québécois de procréation assistée, tels que présentés lors de l'annonce ministérielle du 13 juillet 2010	4
Les observations et inquiétudes soulevées par la FMSQ lors du lancement du programme.....	4
DES CONSTATS ET DES INTERROGATIONS	6
Les coûts du programme : des données à géométrie variable	6
Ce que nous apprennent les crédits du MSSS	6
Un programme aux effets difficilement mesurables.....	8
La voie réglementaire en lieu et place d'un programme	8
L'importance d'évaluer, de mesurer	8
Des effets indésirables	9
Les balises et questions éthiques.....	9
CONCLUSION	11

INTRODUCTION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) représente plus de 9 000 médecins spécialistes de toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire répartis entre 53 spécialités médicales. La FMSQ a pour mission de défendre et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres, dans le respect des droits des Québécois à obtenir des soins médicaux de qualité. Cette mission ne peut s'accomplir pleinement sans une participation aux décisions entourant l'organisation des soins de santé.

Le Commissaire à la santé et au bien-être a reçu du ministre de la Santé et des Services sociaux le mandat de produire un avis sur les activités de procréation assistée au Québec. Comme indiqué dans l'appel de mémoires, cette consultation vise à « recenser les enjeux soulevés par les activités de procréation assistée, qu'ils soient cliniques, scientifiques, éthiques, sociaux, juridiques, organisationnels ou économiques ».

Par sa teneur, le programme québécois de procréation assistée (ou fécondation in vitro – FIV) interpelle directement plusieurs spécialités médicales qui interviennent à divers degrés et de manière variable dans la séquence d'un traitement.

Soulignons que la FMSQ a pris part à des discussions avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin d'établir et de fixer les paramètres afférents à la tarification des actes qui seraient désormais couverts par le régime public d'assurance maladie. La FMSQ est également intervenue à deux reprises, par lettre, lors du processus d'adoption des règlements visant à encadrer ce programme. Son objectif était de s'assurer que les règlements reflètent de manière optimale les orientations qui avaient fait l'objet de discussions préalables en comité; que ces orientations répondent aux nombreuses interrogations soulevées par les praticiens eux-mêmes en matière d'éthique et d'accessibilité; qu'elles ne génèrent pas d'effets indésirables et qu'elles correspondent finalement aux standards de la pratique médicale.

Au jour même du lancement du programme, le 13 juillet 2010, lors d'une conférence de presse conjointe, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec et l'Association des pédiatres du Québec ont fait publiquement état de leurs préoccupations à l'égard de ce programme lancé à la vitesse grand V par le ministre de la Santé de l'époque.

« Jamais un programme de santé publique de cet ordre n'aura été mis en place d'une façon aussi rapide et bousculante pour l'organisation du réseau de la santé du Québec. »

- Dr Gaétan Barrette, président de la FMSQ, 13 juillet 2010.

Le mandat du Commissaire à la santé et au bien-être procure donc à la FMSQ l'occasion de faire le point sur ce programme, près de trois années après son entrée en vigueur, le 5 août 2010. La FMSQ espère vivement que ce mémoire contribuera à alimenter les réflexions.

L'ANNONCE DU PROGRAMME – UN RAPPEL DES FAITS

Les principaux paramètres du Programme québécois de procréation assistée, tels que présentés lors de l'annonce ministérielle du 13 juillet 2010

- Programme en vigueur à compter du 5 août 2010;
- Couverture de tous les frais relatifs aux activités médicales et aux médicaments;
- Trois cycles de fécondation couverts par la RAMQ;
- Six cycles naturels couverts;
- Réduction du taux de grossesses multiples de 30 à 5 % par l'implantation d'un seul embryon à la fois;
- Services offerts au départ à 50 % en cliniques privées et à 50 % en centres hospitaliers;
- Migration progressive des services vers certains centres hospitaliers ciblés, dont le CHU Sainte-Justine et le CHUM;
- Développement d'autres points de services *au cours* de l'année 2011-2012 : Mauricie, Centre-du-Québec, Bas-Saint-Laurent, Outaouais et Abitibi-Témiscamingue;
- Nombre de cycles couverts : 3 500 en 2010 et jusqu'à 7 000 en 2014-2015;
- Quatre cliniques sont associées et deviennent conventionnées : OVO, Procréa Québec, Procréa Montréal et le Centre de fertilité de Montréal;
- Le MSSS estime à 32 millions de dollars la somme requise pour défrayer le coût des 3 500 cycles couverts en 2010;
- Le MSSS prévoit qu'à plein régime, en 2014-2015, 7 000 cycles seront effectués chaque année, occasionnant une dépense annuelle de 63 millions de dollars;
- Le MSSS prévoit 2 000 naissances de plus chaque année au Québec avec l'apport du programme;
- Le programme ne s'adresse pas uniquement aux couples infertiles, mais à toutes les femmes qui sont en âge de procréer;
- Le forfait remboursé aux cliniques privées conventionnées pour un cycle de fécondation in vitro est fixé à 7 100 \$.

Les observations et inquiétudes soulevées par la FMSQ lors du lancement du programme

- D'emblée, les médecins spécialistes ont indiqué qu'il s'agissait d'un bon programme dans la mesure où celui-ci visait à pallier un problème de nature médicale.
- Pour des raisons physiques, matérielles et humaines, il sera impossible d'offrir le service dans les établissements publics ciblés par le MSSS, à brève ou même à moyenne échéance.
- Depuis 2005, le Québec connaît une augmentation marquée et soutenue du nombre de naissances. Le phénomène éprouve déjà la capacité physique et professionnelle de prise en charge des nouveau-nés puisque les effectifs, tant en pédiatrie qu'en gynécologie, sont insuffisants. Une augmentation importante du nombre de naissances attribuables au programme fait craindre une surcharge, notamment dans les unités de néonatalogie; le Québec compte sept centres possédant des lits de soins tertiaires et ces sept centres sont habituellement toujours pleins.

- Québec entend réduire de 30 à 5 % le taux de grossesses multiples issues de la FIV. Pour ce faire, le programme prévoit le transfert d'un seul embryon à la fois ; cependant, on pourra continuer d'implanter deux embryons aux femmes de 37 ans et plus. Or, les grossesses multiples ne sont pas uniquement attribuables à l'implantation de plusieurs embryons. Elles sont aussi souvent causées par la stimulation ovarienne, une procédure qui n'est pas davantage réglementée qu'avant l'entrée en vigueur du programme et qui sera aussi offerte gratuitement. Ainsi l'objectif de réduire de 30 à 5 % le taux de grossesses multiples nourrit un certain scepticisme chez les médecins spécialistes.
- Les grossesses multiples se soldent la plupart du temps par un accouchement prématuré. Une augmentation significative du nombre de prématurés induite par le programme est ainsi redoutée.
- La mise en place d'un registre du programme était jugée essentielle par les professionnels de la santé, notamment par le Collège des médecins du Québec, qui souhaitent que soit consigné l'ensemble des données afférentes à la procédure incluant les premières années de développement de l'enfant. La constitution d'un tel outil devait permettre de documenter les effets du programme et d'en suivre l'évolution, ne serait-ce que d'un point de vue sociosanitaire et épidémiologique. Le programme a été lancé sans qu'aucune disposition législative ou réglementaire ne soit prévue pour la mise en place d'un registre.
- Ce programme demandera énormément de ressources, ne serait-ce qu'en terme de coûts de fonctionnement, sans compter les investissements requis pour développer l'offre de services dans les centres hospitaliers. En regard des autres priorités en matière de services de santé, la décision de lancer ce nouveau programme laisse perplexe.
- Ce nouveau programme public et gratuit, unique en Amérique du Nord, risque de créer un nouveau phénomène au Québec : le tourisme procréatif.
- Le programme élude la question du « médicalement requis » et du « socialement responsable ». On ne peut parler d'un programme répondant directement aux problèmes de fertilité dans la mesure où il sera aussi accessible et gratuit pour tous.

La FMSQ est d'avis que, près de trois années après son lancement, le Programme québécois de procréation assistée doit faire l'objet d'un bilan rigoureux.

DES CONSTATS ET DES INTERROGATIONS

Les coûts du programme : des données à géométrie variable

Au départ, le programme devait être offert à 50 % dans les cliniques privées et à 50 % dans les centres hospitaliers. Or, le gouvernement savait d'emblée qu'il était impossible d'offrir le service dans les établissements – ces derniers ne possédant pas les équipements, les espaces et le personnel – et que des investissements importants seraient requis.

Pressé qu'il était de lancer le programme, le gouvernement était prêt à payer le plein tarif aux quelques cabinets privés déjà en activité, ce à quoi la FMSQ s'est farouchement opposée. La Fédération a menacé de ne pas signer l'entente à moins qu'une révision des tarifs par un audit externe ne soit expressément prévue et formellement inscrite à l'entente.

Le programme devait donc progressivement migrer dans les établissements publics. Or, qu'en est-il? Un coup d'œil aux données de facturation de la RAMQ, pour la période du 5 août 2010 au 30 septembre 2012, montre que la majorité des actes, soit 64 % en moyenne, ont été effectués par les cliniques privées, et ce, malgré l'ouverture de nouveaux points de services intramuros depuis l'entrée en vigueur du programme. La même donnée montre que les cliniques privées ont touché près de 90 % de l'ensemble des honoraires versés au cours de la même période. S'il y avait eu migration des services des cliniques privées vers les établissements publics, on aurait observé un transfert des activités et donc, in extenso, une diminution des actes et forfaits versés aux cliniques au profit des établissements publics. Or, malgré les investissements importants visant à étendre l'offre de service au réseau public, ce sont les cliniques qui dominent encore largement le « marché » de la FIV.

Tel que l'avait demandé la FMSQ, un audit externe a été effectué et le tarif de 7 100 \$ payé aux cliniques privées depuis août 2010 a été révisé à la baisse et ramené à 4 600 \$ par cycle, à compter du 1^{er} janvier 2012.

À la lecture des données produites par le MSSS et fournies aux parlementaires dans le cadre de l'étude annuelle des crédits, il est très difficile de suivre l'évolution du programme. Les informations fournies sont parcellaires et incomplètes; elles se chevauchent et sont inconciliables d'une année financière à l'autre, faisant en sorte que des variations importantes apparaissent. Par ailleurs, hormis le nombre de cycles, l'information fournie aux parlementaires ne contient aucun résultat en lien avec les effets du programme, ce qui est étonnant compte tenu de l'importance des sommes en jeu.

Ce que nous apprennent les crédits du MSSS

D'abord, les crédits pour l'année 2010-2011 ne font état d'aucune dépense. Ne figurent aux crédits que les grandes lignes du programme et les différentes actions que le Ministère entend poser. Les crédits de l'année financière 2011-2012 font surtout état des prévisions afférentes au programme. Ainsi, le MSSS indique que pour 2011-2012, 3 500 cycles doivent être effectués, soit 1 700 par le CUSM – seul établissement étant en mesure d'offrir le programme au jour 1, et 1 800 cycles par les cliniques privées. En incluant l'ensemble des coûts, y compris la rémunération de médecins et ceux associés aux médicaments, aux immobilisations et aux équipements, le Ministère estime la dépense à près de 32 millions de dollars.

Par ailleurs, on indique dans ce même document que la clinique du CHU Sainte-Justine doit réaliser ses premiers cycles en 2011-2012 et projette de réaliser quelque 800 cycles d'ici trois ans. Le CHUM, qui doit procéder à des travaux estimés à 500 000 dollars pour aménager une nouvelle clinique, prévoit réaliser 500 cycles au cours de la même année et 2 000 cycles à terme. En ce qui concerne le CHUS, on prévoit la réalisation de 500 cycles de FIV en 2014-2015.

Les crédits pour l'année 2012-2013 reprennent essentiellement les données de l'année 2011-2012, ce qui confirme l'incapacité du Ministère à suivre correctement l'évolution du programme. On apprend entre autres qu'en 2011-2012, les cliniques privées ont réalisé 1 648 cycles de plus que les 1 800 prévus; que 1,6 million de dollars ont été dépensés pour les centres régionaux de deuxième ligne alors que la dépense était évaluée à 500 000 dollars; que les coûts afférents à la rémunération des médecins (forfait FIV), estimés à 3,8 millions, sont plutôt de l'ordre de près de 43 millions de dollars. Ainsi, le total des dépenses pour l'année 2011-2012 s'établit à 60,3 millions de dollars, soit 28,3 millions de plus que ce qui avait été estimé. Les données font état de 8 101 cycles réalisés depuis le 5 août 2010, soit 2 768 en établissements et 5 333 en cliniques privées.

Rappelons qu'à compter du 1^{er} janvier 2012, le tarif versé aux cliniques privées pour la réalisation d'un cycle est passé de 7 100 \$ à 4 600 \$. Il est difficile de concilier les données de facturation avec le nombre de cycles effectués parce que les données RAMQ ne permettent pas d'en faire l'appariement. Si, dès le départ, les tarifs avaient été fixés à 4 600 \$ plutôt que 7 100 \$, le gouvernement aurait réalisé des économies de près de 14 millions de dollars, pour la période du 5 août 2010 au 31 décembre 2011, soit 17 mois.

Enfin, les crédits du MSSS pour l'année 2013-2014 reprennent essentiellement les données de l'année 2011-2012. Le bilan n'est que partiel pour l'année financière 2012-2013, les données ne couvrant que la période comprise entre le 1^{er} avril et le 30 novembre 2012. On y apprend tout de même que 16,8 millions de dollars ont été versés aux établissements en 2011-2012. En ce qui concerne le déploiement de l'offre de services dans les établissements ciblés, on constate que, depuis le 5 août 2010, 5 203 cycles ont été réalisés par le CUSM, 236 par le CHUM (depuis janvier 2012). Le CHU Sainte-Justine n'a pas réalisé un seul cycle en 2012-2013, à l'instar du CHUS et du CHU de Québec (qui en est à compléter son plan d'affaires). Le MSSS indique que les régions Chaudière-Appalaches, Bas-Saint-Laurent, Abitibi-Témiscamingue et Côte-Nord doivent développer des services de deuxième ligne au cours de l'année 2013-2014. Aucune somme n'est inscrite, ni provisionnée pour ces centres.

En résumé, entre le 5 août 2010 et le 10 janvier 2013 – données les plus récentes fournies par le MSSS lors de l'étude des crédits 2013-2014 – 16 670 cycles ont été réalisés, soit 5 439 cycles en établissements et 11 231 cycles en cliniques privées. Les données de facturation font état de 89 millions de dollars versés au titre des forfaits auxquels s'ajoutent 16,8 millions de dollars au titre des coûts récurrents pour le réseau public et 3 millions de dollars – un montant qui n'a pas bougé – au titre des coûts associés aux médicaments. Depuis le 5 août 2010, le Programme québécois de procréation assistée aura donc coûté au bas mot près de 109 millions de dollars au Trésor québécois.

Toujours concernant la question des coûts, lors du lancement du programme, le ministre, à l'instar d'autres intervenants, a assuré que ce programme « s'autofinancerait » en raison de la diminution du nombre de grossesses multiples, ce qui se traduirait par des économies dans les unités de néonatalogie. Cette prétention s'est-elle avérée? Est-on en mesure d'en faire la démonstration? Il importe de s'intéresser à cet aspect des choses puisque ce fut l'un des principaux « arguments de vente » du programme.

Dès le départ, la FMSQ doutait que les établissements publics puissent parvenir à prendre le relais des cliniques privées dans un avenir rapproché et elle craignait une flambée des coûts du programme. Ces deux craintes se sont malheureusement avérées.

Un programme aux effets difficilement mesurables

Comme indiqué précédemment, la FMSQ était sceptique quant à l'objectif de diminuer le nombre de grossesses multiples par le transfert d'un seul embryon à la fois; la stimulation ovarienne pouvant aussi induire des grossesses multiples. À cet égard, il faut se fier à certains articles pour en savoir davantage. Certains extraits ont été colligés sur le sujet :

- *La Presse* du 8 avril 2011 indique qu'« on est passé d'un taux de 27 % de grossesses multiples à 3,4 % »;
- *Le Devoir* du 23 septembre 2011 indique, pour sa part, « que le taux de grossesses multiples a chuté de près de 30 % à 5,8 % dans les six premiers mois du programme »;
- Le 17 mars 2012, le même journal fait état que « Québec obtient un taux de succès de 29 % pour 7,6 % de grossesses multiples »;
- *La Presse* du 18 juillet 2011 utilise le conditionnel pour indiquer que « 1 300 femmes auraient tombés (sic!) enceintes »;
- Dans son édition du 17 mars 2012, *Le Devoir* indique qu'« en 2011, après l'entrée en vigueur du programme public, 4 879 cycles de FIV ont mené à 4 723 transferts d'embryons (frais et congelés) avec un taux de succès de 29 %, soit 1 369 grossesses, dont 104 multiples. On a implanté plus d'un embryon chez 92 % des femmes de plus de 40 ans. Toutes ces données viennent de la Société québécoise de fertilité et d'andrologie ».

À lire ce qui précède, même s'il s'agit de moyennes, on peut conclure que le nombre de grossesses multiples a effectivement diminué et que l'objectif semble avoir été atteint. Il faut cependant prendre en considération que chaque clinique ou centre hospitalier obtient des résultats qui diffèrent. Une question subsiste toutefois : Quels sont les véritables résultats? **Malgré les sommes importantes investies par le gouvernement depuis le 5 août 2010, il n'existe actuellement aucune donnée formelle émanant du MSSS permettant de qualifier et d'évaluer les effets réels de ce programme.**

La voie réglementaire en lieu et place d'un programme

Si l'objectif était de faire diminuer le nombre de grossesses multiples, le gouvernement n'avait nullement besoin de mettre en place un programme d'une telle ampleur et couvrant un aussi large spectre. Il pouvait procéder par voie réglementaire, comme on le fait habituellement pour réguler n'importe quel secteur d'activité. Rappelons que le projet de loi n° 26, Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée, était d'ailleurs accompagné de deux règlements : l'un visant l'encadrement des activités de procréation et l'autre, à déterminer la couverture offerte par la RAMQ.

L'importance d'évaluer, de mesurer

Au premier jour, les médecins spécialistes ont demandé que le programme soit accompagné d'un registre, tel que le stipulaient les intentions ministérielles présentées dans les crédits 2010-2011, mais ce registre n'a jamais vu le jour. Pourquoi? La FMSQ considère que la mise en place d'un tel registre est encore plus urgente et nécessaire que jamais.

À l'heure actuelle, combien de cycles se sont soldés par des grossesses uniques ou multiples? Combien de grossesses, uniques ou multiples, ont été obtenues à la suite de l'implantation d'embryons ou ont résulté de la stimulation ovarienne? Combien de grossesses ont été menées à terme et combien se sont soldées par des accouchements prématurés? Plus préoccupant encore, aucune donnée ne permet de connaître l'état de santé des enfants nés par le biais du programme. D'un strict point de vue épidémiologique, il s'agit d'un non-sens. Il est impératif de documenter tous les aspects et tous les effets liés à ce programme, que ceux-ci soient positifs ou non.

Dans un autre ordre d'idée, ce programme poursuivait des objectifs « natalistes », comme le laissait entendre le ministre lors du lancement : « C'est bon pour le Québec parce que ça augmente la natalité... » (*Le Devoir*, 14 juillet 2010). D'un point de vue démographique, il semble que le programme n'ait eu aucun effet significatif si l'on se fie aux données provenant de l'Institut de la statistique du Québec portant sur les naissances et le taux de natalité. Le programme ayant été lancé le 5 août 2010, on aurait dû observer une augmentation du nombre de naissances en 2011 et en 2012. Or, il appert qu'entre 2009 et 2012, le taux de naissances par 1 000 habitants est passé de 11,4 en 2009 pour se situer à 11,0 en 2012. Le programme n'aurait-il donc eu aucun impact sur le taux de natalité? Ou, inversement, doit-on conclure que sans l'apport du programme, le taux de natalité aurait diminué de manière significative au Québec?

Des effets indésirables

Il est tout à fait possible, pour une patiente, de « magasiner » de clinique en clinique ou de clinique en centre hospitalier pour pouvoir subir plus de trois cycles gratuits de FIV. Bien que marginal, le phénomène existe.

Théoriquement, la RAMQ devrait être en mesure de retrouver les personnes qui se seraient prévaluées de plus de trois cycles couverts par le programme. Or, comment s'assure-t-on que les paramètres de la gratuité sont respectés? Du côté de la RAMQ, procède-t-on à une vérification systématique? Surveille-t-on et prévient-on ce type de comportement le cas échéant? Quel mécanisme a-t-on mis en place pour s'assurer que le programme ne souffre pas d'abus ou de détournement?

Tel que mentionné précédemment, la FMSQ craignait que l'attrait d'un tel programme, gratuit et unique en Amérique du Nord, ne se traduise par l'avènement de tourisme procréatif. Or, cette appréhension pourrait se confirmer selon ce que nous indiquent certains médecins spécialistes. Quelle est l'importance du phénomène? Un guichet unique d'accès pourrait répondre à cette question...

Les balises et questions éthiques

Lors des discussions en comité ayant précédé la mise en place du programme, la FMSQ a soulevé plusieurs questions qui n'ont pas trouvé de réponses dans le texte législatif et dans les règlements. Parmi ces questions, figure celle de l'admissibilité au programme. Pour des raisons médicales, la FMSQ jugeait important de fixer un âge limite au-delà duquel une femme ne pourrait se prévaloir du programme public. Le gouvernement a plutôt choisi de ne fixer aucune limite. La FMSQ demeure persuadée que cette balise est plus que nécessaire. Le gouvernement devrait s'inspirer de la littérature scientifique qui offre suffisamment d'indices pour réglementer cet aspect du programme.

La question du « médicalement requis » a été éludée lors de la mise en place du programme. Ce dernier n'a pas seulement été conçu dans le but de traiter un problème pathologique affectant la fertilité ou d'y remédier, il a été conçu dans l'optique de favoriser la natalité, en étant ouvert à tous, sans restriction. La FMSQ demeure persuadée de la pertinence de ce programme, mais uniquement sur la base du « médicalement requis ». Devrait-on recentrer le programme pour ne couvrir dorénavant que les cas liés aux problèmes d'infertilité médicalement avérés? La FMSQ croit que oui.

Dans la mesure où les besoins de la population sont nombreux et la demande croissante pour l'obtention de nouveaux services, une réflexion s'impose. En octobre 2012, le cas d'un enfant né par le biais du Programme québécois de procréation assistée a fait la manchette. Aussitôt né, cet enfant a dû être confié à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Les médias rapportent que la mère, âgée de 37 ans, a été inséminée malgré plusieurs problèmes psychologiques, un casier judiciaire et des antécédents de violence conjugale. Deux cliniques de fertilité l'avaient d'ailleurs déjà refusée jusqu'à ce qu'elle se présente à la clinique de fertilité du CUSM où la troisième tentative a fonctionné. Réaction de l'hôpital à la suite du tollé suscité par ce triste cas : « Notre rôle n'est pas de déterminer si un patient est apte ou non à subir un traitement de fertilité », (*La Presse*, 1^{er} octobre 2012). En 2012, 54 998 signalements ont été reçus par la DPJ. De ce nombre, 21 904 signalements ont été retenus. Si l'on peut difficilement mettre un terme à ces drames, on peut toutefois éviter d'emblée que des enfants, issus du programme de FIV, ne deviennent des enfants de la DPJ.

D'un point de vue éthique, la question de l'aptitude d'une personne à prendre soin d'un enfant, assurer sa sécurité, lui procurer un environnement familial propice, assurer son plein développement physique et psychologique est fondamentale.

Au Québec, des règles strictes encadrent le processus d'adoption. En outre, une évaluation psychosociale de la personne qui veut adopter un enfant est systématiquement menée par les autorités compétentes. Pourquoi en serait-il autrement pour les candidats désirant se prévaloir du programme public – et gratuit – de FIV?

La FMSQ croit qu'il est nécessaire de mettre en place un guichet unique d'accès au programme, tant pour vérifier l'admissibilité des personnes désireuses de se prévaloir du programme, et, le cas échéant, pour les diriger vers les ressources publiques disponibles.

CONCLUSION

La FMSQ croit fermement que ce programme ne peut plus continuer d'être offert sous sa forme et dans les conditions actuelles. Le gouvernement doit impérativement :

- 1. Faire en sorte que les établissements publics soient les premiers dispensateurs du programme et que le recours aux cliniques privées ne se fasse qu'en cas de débordement.**
- 2. Doter le programme de balises claires en ce qui a trait à l'admissibilité sur le seul critère du « médicalement requis ».**
- 3. Mesurer les impacts du programme par le biais d'un registre conçu à cet effet dans lequel seraient consignées, dès la première consultation, toutes les données individuelles relatives au programme incluant, s'il y a lieu, la grossesse et le suivi des naissances jusqu'aux premières années de développement de l'enfant. Ce registre devrait être mis en place dans les meilleurs délais.**
- 4. Évaluer à nouveau les tarifs par le biais d'un audit indépendant.**
- 5. Mettre en place un guichet unique d'accès, avec un protocole de triage selon des critères balisés, tant pour vérifier l'admissibilité au programme que pour diriger les personnes admissibles vers les ressources publiques disponibles.**

La Fédération des médecins spécialistes du Québec espère vivement que les propos, observations et commentaires contenus dans le présent mémoire permettront au Commissaire à la santé et au bien-être de faire des recommandations claires au gouvernement à l'égard du programme public de procréation assistée. De nombreuses questions demeurent sans réponses et doivent faire l'objet de recherches appropriées et approfondies. Il appartient désormais au Commissaire d'y donner suite.

2, Complexe Desjardins
Porte 3000
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8

Tél. : (514) 350-5000
Tél. : (514) 350-5175
Courriel : communications@fmsq.org