

**DE :** Monsieur Lionel Carmant  
Ministre délégué à la Santé  
et aux Services sociaux

Le 11 avril 2022

Monsieur Christian Dubé  
Ministre de la Santé et des Services sociaux

---

**TITRE :** Programme de mesures temporaires relatives à certains services de procréation assistée requis à des fins de fécondation *in vitro* en raison de la pandémie de la COVID-19 confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec

---

## **PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC**

---

### **1- Contexte**

La Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée (L.Q. 2021, chapitre 2) (Loi), adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec, a été sanctionnée le 11 mars 2021.

Les dispositions de la Loi concernant les services assurés sont entrées en vigueur le 15 novembre 2021 par décret (décret 1407-2021 du 3 novembre 2021). Celles-ci visent principalement à prévoir que les services de procréation assistée rendus par un médecin qui sont déterminés par règlement sont des services assurés dont le coût est assumé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie). Elles déterminent notamment, en modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29, r. 5) (RALAM), quels sont les services considérés comme assurés en matière de fécondation *in vitro* (FIV) ainsi que les critères d'admissibilité à la couverture de ceux-ci.

Compte tenu des mesures prises dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire déclaré par le gouvernement le 13 mars 2020 (décret 177-2020), l'offre de services de procréation assistée (PMA) effectuée dans les centres de procréation assistée (CPA) de certains établissements du réseau de la santé et des services sociaux a dû être révisée et certains services ont été délestés au cours de la période de décembre 2021 à février 2022. Les mesures prises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), notamment par le Plan provincial de contingence COVID-19 pour la cinquième vague de même que les enjeux de main-d'œuvre et le nombre élevé d'hospitalisations, ont affecté l'ensemble des services offerts, incluant les services de PMA. Au cours de cette période, certaines personnes n'ont donc pas pu bénéficier de certains services assurés de PMA prévus par la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) (LAM) dont le coût est assumé par la Régie.

En plus d'occasionner le délestage d'activités de PMA en établissements publics, la pandémie de COVID-19, plus particulièrement la cinquième vague, a amplifié les enjeux de main-d'œuvre. Dans ce contexte, les CPA ne sont pas en mesure d'offrir les services assurés à la hauteur des volumes de FIV projetés pour la première année de l'entrée en vigueur de la Loi.

Par exemple, certains CPA en établissement, dont à l'Hôpital Fleurimont du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS), ont dû délester des activités de PMA de deuxième ligne au cours de la cinquième vague. Le rôle des CPA de niveau 2 est important dans l'orientation des patients vers les CPA de niveau 3 où sont effectués les FIV. Au cours de la cinquième vague, des CPA de niveau 3 ont dû aussi réduire leurs activités de PMA. Par exemple, au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine) seul le quart des services requis à des fins de FIV planifiés ont été rendus au pic de la cinquième vague. Une liste d'attente d'environ 1 000 personnes, correspondant à plus d'un an d'attente, s'en est suivie.

Le CHU Sainte-Justine et le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) offrent tous les services, incluant la FIV. Toutes les cliniques, en cabinet privé ou en établissement, offrant des services de PMA, détiennent un permis de CPA délivré en vertu de la Loi. Dans le programme précédent ayant pris fin en 2015, environ 70 % des FIV étaient réalisées dans les CPA privés.

Des personnes assurées ont demandé au MSSS une prolongation de la couverture du régime d'assurance maladie aux services requis à des fins de FIV au-delà de l'âge limite de 41 ans moins un jour prévue au RALAM. Le Protecteur du citoyen a également présenté des demandes au MSSS et à la Régie en ce sens, afin de favoriser l'accès aux services de PMA.

Les conditions prévues à la LAM et au RALAM ne permettent pas à la Régie ni au MSSS d'assumer le coût des services de PMA rendus par un professionnel de la santé pour le compte d'une personne qui n'est plus admissible à la couverture du régime d'assurance maladie prévue par un programme.

## **2- Raison d'être de l'intervention**

Les activités de PMA, comme la FIV, sont des soins de santé reconnus pour permettre d'accéder au projet de procréation assistée malgré des problèmes d'infertilité ou une incapacité à se reproduire.

Depuis le 15 novembre 2021, en raison de la pandémie de COVID-19, des femmes ont perdu leur admissibilité à la couverture du régime d'assurance maladie à certains services de PMA, notamment les services requis à des fins de FIV compte tenu de leur âge. Certaines personnes ont donc dû assumer les frais de certains services qu'elles ont reçus, alors que ces frais ne leur auraient pas été réclamés, n'eût été des directives prises par le MSSS en raison de la pandémie et des enjeux de main-d'œuvre des CPA. D'autres personnes se privent des services, étant incapables de financer leurs services requis à des fins de FIV. De plus, au-delà de 41 ans, les taux de succès de la FIV chutent

rapidement et les risques liés à la grossesse et à l'accouchement augmentent. Pour plusieurs, il s'agit de la dernière chance d'avoir un enfant et de fonder une famille. Cette situation peut occasionner diverses conséquences psychologiques. L'absence d'une intervention gouvernementale entraînerait des conséquences financières importantes pour les personnes qui effectueraient un traitement de FIV à leur frais. D'autre part, les personnes n'ayant pas les ressources financières devront soit mettre fin à leur parcours de PMA ou effectuer un traitement d'insémination artificielle qui s'avère dix fois moins dispendieux, mais aussi moins efficace à 41 ans, réduisant ainsi grandement les taux de succès. Dans un cas comme dans l'autre, les chances d'avoir un enfant sont grandement réduites pour ces personnes.

### **3- Objectifs poursuivis**

Le gouvernement du Québec souhaite, par souci d'équité, permettre le remboursement des services requis à des fins de FIV à la majorité des femmes ayant perdu leur admissibilité à la couverture du régime d'assurance maladie en raison de la pandémie de COVID-19, afin de compenser les conséquences financières qui en découlent et de favoriser l'accès aux services de FIV.

### **4- Proposition**

Il est proposé de mettre en place le Programme de mesures temporaires relatives à certains services de PMA requis à des fins de FIV pour compenser les conséquences financières subies par les femmes devenues non admissibles à la couverture de ces services en raison de leur âge dans la période où les services n'ont pu être rendus du fait de la pandémie de COVID-19.

#### **Conditions d'admissibilité**

Pour être couverts par le programme, les services doivent être considérés comme étant assurés au sens de l'article 34.4 du RALAM. Le premier alinéa de cet article prévoit quatre conditions pour que les services requis à des fins de FIV soient considérés comme des services assurés pour une femme seule ou des conjoints parties à un projet de procréation assistée :

- a) la femme seule ou les conjoints sont des personnes assurées;
- b) la femme seule ou l'un ou l'autre des conjoints n'a jamais formé auparavant un projet de procréation assistée dans le cadre duquel des services assurés prévus aux articles 34.7 et 34.8 ont été fournis;
- c) dans le cas de conjoints, l'un ou l'autre est infertile ou dans l'incapacité de se reproduire;
- d) la femme seule ou l'un ou l'autre des conjoints n'a pas fait l'objet d'une stérilisation chirurgicale volontaire ou d'une réanastomose des trompes ou des canaux déférents, selon le cas, au sens des paragraphes b) et c) de l'article 34.2.

De plus, la femme assurée ne devra pas avoir reçu de services de PMA requis à des fins de FIV couverts par le régime d'assurance maladie en vertu de l'article 34.8 du RALAM à l'exception de ceux requis à des fins de transfert d'embryon visés au paragraphe e) du premier alinéa de cet article. Ces derniers services sont couverts jusqu'à l'âge de 42 ans (paragraphe b) de l'article 34.6 du RALAM) et ne sont pas visé par le programme.

Les services visés par la demande de remboursement devront avoir été dispensés par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé au sens des paragraphes c) et d) du premier alinéa de l'article 1 de la LAM.

### **Période visée pour obtenir un remboursement**

Les femmes assurées ayant eu 41 ans entre le 15 novembre 2021 et le 31 décembre 2022 (410 jours) auront jusqu'à l'âge de 42 ans moins un jour pour obtenir les services de FIV admissibles à un remboursement et dans le respect des critères du programme.

### **Période visée pour acheminer une demande de remboursement à la Régie**

La femme assurée devra acheminer une demande de remboursement avant le 1<sup>er</sup> juillet 2024, au moyen du formulaire rendu disponible à cet effet par la Régie et fournir les renseignements requis. Sa demande de remboursement devra inclure une facture détaillant les services rendus ainsi qu'une preuve que le paiement a été acquitté en totalité.

### **Estimation des personnes admissibles**

Parmi les 3 500 cycles de FIV projetés pour l'année 2021-2022, seulement 1 750 cycles seront vraisemblablement effectués. Considérant que les femmes de 40 ans représentent environ 7 % des personnes admissibles aux services assurés de FIV, il est estimé que, d'ici le 31 décembre 2022, cela représenterait 370 personnes. De ce nombre, il est attendu que 25 % auront obtenu les traitements de FIV assurés avant l'âge de 41 ans et ne nécessiteront donc pas d'aide financière. Un total de 275 personnes est ainsi estimé pour ce programme.

### **Services admissibles**

Afin d'assurer une équité avec les femmes qui reçoivent des services assurés de FIV, seuls les services prévus à l'article 34.8 du RALAM sont visés par le programme, à l'exception de ceux requis à des fins de transfert d'embryon visés au paragraphe e) du premier alinéa de cet article, qui demeurent couverts par le régime d'assurance maladie. Certains services sont donc exclus du remboursement offert par le Programme, par exemple :

- les services qui ne sont pas médicalement requis à des fins de FIV (ex. : TimeLapse);
- les services qui ne sont pas jugés standards à des fins de FIV (ex. : tests génétiques préimplantatoires);

- les transferts d'embryons frais ou congelés, car ceux-ci sont reconnus comme étant des services assurés pour les personnes admissibles, et ce, jusqu'à l'âge de 42 ans moins un jour.

## **Montant du remboursement par la Régie**

Dans un but d'équité et de réparation, la solution proposée offrirait un remboursement cohérent avec les services assurés afin de couvrir, au cours de la période visée, les frais pour la stimulation ovarienne, le prélèvement d'ovules et l'achat d'une paillette de sperme provenant d'une banque, lorsque requis. Une personne recevrait ainsi le remboursement requis jugé suffisant pour couvrir l'ensemble des services qu'elle aurait pu recevoir gratuitement.

Sous réserve des conditions d'admissibilité et des modalités prévues, la Régie pourrait accorder sur demande un remboursement jusqu'à un montant maximal de 13 450 \$. Toutefois, de manière générale, ce ne sont pas tous les services qui sont requis pour un cycle standard.

Ce choix n'est pas le plus rapide à administrer, cependant il a l'avantage d'être plus juste et équitable. En effet, cela permet d'éviter que le montant versé soit supérieur à celui réellement payé par la personne assurée pour les services admissibles. Il est également à noter que le montant remboursé aux personnes assurées par la Régie ne correspond pas au tarif prévu aux ententes de rémunération et que le professionnel ne sera pas récupéré pour les sommes facturées en trop à la personne assurée.

Les montants pour la FIV, pour la paillette de sperme et pour le prélèvement chirurgical de spermatozoïdes ne peuvent être réclamés qu'une seule et unique fois et pour un seul projet de PMA.

## **5- Autres options**

Le gouvernement du Québec souhaite, par souci d'équité, permettre le remboursement à certaines personnes de certains services de FIV occasionné par une perte d'admissibilité à la couverture du régime d'assurance maladie liée à la pandémie de COVID-19, afin de compenser les conséquences financières qui en découlent.

Quatre autres options ont été examinées :

### **a) Programme temporaire de financement de PMA élargi aux services d'insémination artificielle**

Il ne semble pas envisageable d'élargir le programme temporaire pour les traitements d'insémination artificielle. Selon l'avis du comité d'experts en PMA, le taux d'efficacité des traitements d'insémination artificielle après 40 ans est très faible. L'efficacité des traitements de FIV s'amenuise aussi avec l'âge, mais de manière moins prononcée. Ainsi, le taux de naissances vivantes pour les FIV chez les 41-42 ans est de 15 %, puis il diminue de plus de la moitié à partir de 43 ans, pour n'atteindre que 6 %.

Selon le rapport d'évaluation des activités de PMA publié par le Collège des médecins du Québec en 2019 : « Le taux de grossesses cliniques par insémination diminue avec l'âge, de façon plus importante chez les femmes de 41 ans et plus. À partir de 43 ans, le traitement de fertilité par insémination intra-utérine s'avère peu efficace (taux de grossesse de 2 %). Ceci vient étayer les recommandations à l'effet que la FIV doit être envisagée rapidement chez la femme après 40 ans, car c'est la méthode qui offre le meilleur pronostic de naissance vivante. »<sup>1</sup> Le MSSS ne peut envisager de financer une pratique qui n'est pas médicalement optimale.

**b) Modifier le RALAM afin de prolonger l'admissibilité de certaines personnes assurées à certains services assurés**

Cette solution a été évaluée, mais ne pouvait être retenue puisque le MSSS souhaite rembourser les personnes ayant assumé les frais de certains services au tarif facturé par le professionnel, et non à celui prévu aux ententes pour la rémunération de services assurés. Il aurait été également nécessaire de récupérer les sommes facturées par les professionnels de la santé pour les services rendus aux personnes avant l'entrée en vigueur du programme. En effet, le quatrième alinéa de l'article 22 de la LAM prévoit que celui-ci ne peut « exiger ni recevoir, pour un service assuré, que la rémunération prévue à l'entente et à laquelle il a droit en vertu des alinéas qui précèdent; toute convention à l'effet contraire est nulle de nullité absolue ». Cette solution serait donc plus complexe à appliquer.

Considérant que la solution doit répondre à un besoin circonscrit dans le temps, une modification réglementaire semble être une solution moins appropriée. Par ailleurs, contrairement à une modification réglementaire, un programme peut être limité dans le temps et permettre ainsi d'instaurer une mesure temporaire.

**c) Modifier le crédit d'impôt pour le traitement de l'infertilité afin de rehausser le montant**

Cette solution n'est pas envisageable puisque les délais requis pour effectuer une modification du crédit d'impôt ne sont pas compatibles avec une mise en application pour l'impôt de l'année 2021. Il n'est pas non plus recommandé de viser les femmes qui ont choisi de se faire traiter par un médecin non participant alors qu'elles étaient admissibles aux services couverts par le régime d'assurance maladie. Le crédit d'impôt actuel est d'ailleurs conditionnel au fait que le traitement ne soit pas couvert par un tel régime ou ne puisse pas être remboursé à la personne qui suit le traitement.

**d) Couvrir les services reçus par des médecins non participants au régime d'assurance maladie**

Il aurait été possible d'élargir le programme pour également rembourser les services rendus par des professionnels de la santé non participants avant l'entrée en vigueur du programme puisque les services ont été rendus alors que les personnes ne pouvaient pas savoir que les services deviendraient admissibles à un programme d'aide financière.

---

<sup>1</sup> Collège des médecins du Québec, 2019, Évaluation des activités de procréation médicalement assistée Présentation des données globales et comparatives sur les activités liées à la médecine reproductive au Québec.

Bien que cette option assure un remboursement équitable pour l'ensemble des patientes, elle viendrait cependant créer un précédent concernant le remboursement de services par des professionnels de la santé non participants. Il n'est pas recommandé de rembourser la clientèle susmentionnée puisque celle-ci a choisi de se faire traiter par un médecin non participant au régime d'assurance maladie, alors que le paragraphe e) du premier alinéa de l'article 1 de la LAM prévoit que « les patients assument seuls le paiement des honoraires » pour les services qui seraient autrement assurés s'ils n'avaient pas été rendus par un professionnel non participant.

## **6- Évaluation intégrée des incidences**

Bien que l'accès à certains services assurés de FIV soit limité aux femmes âgées de moins de 41 ans, les femmes de 41 ans et plus peuvent se prévaloir de certains services de FIV à leurs frais et elles peuvent bénéficier du crédit d'impôt pour le traitement de l'infertilité. De plus, les services assurés de transfert d'embryon sont couverts jusqu'à 42 ans moins un jour. Le comité d'experts en PMA a voulu favoriser les pronostics favorables de grossesse, mais souhaitait laisser aux femmes le libre arbitre de déterminer les choix qu'elles font quant à leur santé.

La solution proposée a un impact direct et significatif sur le budget des femmes et des couples qui requièrent des services de FIV pour mener à terme leur projet parental et qui auraient normalement été couverts par le régime d'assurance maladie. Sans cette mesure, plusieurs personnes seraient dans l'incapacité financière d'obtenir une FIV, ce qui pour certains représentait leur dernière chance de fonder une famille.

Sans la pandémie, la plupart des personnes ciblées par le programme auraient entamé les premiers services requis à des fins de FIV avant l'âge de 41 ans. Ainsi, elles auraient été admissibles aux services assurés de FIV jusqu'à l'âge de 42 ans moins un jour. Les impacts de la solution proposée sur la santé de la femme et de l'enfant et sur le pronostic de grossesse sont négligeables à condition de respecter l'âge limite de 42 ans moins un jour pour le transfert d'embryon, tel que prévu au RALAM.

## **7- Consultation entre les ministères et avec d'autres parties prenantes**

Le programme a été élaboré en collaboration avec la Régie de l'assurance maladie du Québec. Le MSSS a aussi consulté le ministère des Finances ainsi que Revenu Québec, afin s'assurer l'arrimage avec le crédit d'impôt pour le traitement de l'infertilité, notamment quant aux renseignements requis aux fins de contrôle et de vérification de l'admissibilité indiqués à l'article 64 LAM.

## **8- Mise en œuvre, suivi et évaluation**

Le MSSS prévoit mandater le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) afin de mettre sur pied un guichet d'orientation (GO PMA) pour les femmes visées par le programme. L'équipe de coordination de GO PMA s'appuiera sur une solution

technologique construite à partir d'un algorithme qui permettra de répartir les demandes de FIV en optimisant les places disponibles.

L'objectif est de réduire le temps d'attente et d'assurer que la bonne personne consulte au bon endroit en fonction de la situation clinique.

La proposition ne prévoit aucune saisie dans le service en ligne (SEL) de la Régie mis en place dans le cadre de l'application du régime d'assurance maladie en matière de PMA. Les contrôles pourront se faire de façon aléatoire et à posteriori. La mise en œuvre s'appuiera sur des processus déjà existants à la Régie et la faible volumétrie anticipée ne devrait pas présenter d'enjeux significatifs. Un bilan de l'utilisation des sommes, qui comprendra l'information pertinente pour rendre compte de l'impact de ce programme, sera préparé par la Régie. Ce rapport fera état du nombre de personnes desservies et du montant par personne.

## **9- Implications financières**

Aux fins de l'estimation des coûts projetés, les tarifs en vigueur des services non assurés requis à des fins de FIV en cabinet privé et en établissement ont été utilisés en fonction du nombre estimé de bénéficiaires du programme.

Le coût total des services de FIV rendus à la population ciblée par le programme est estimé à 3 142 750 \$. Le coût total comprend le coût des services remboursés, le coût attribué à la gestion du programme confié à la Régie ainsi que le fonctionnement du GO PMA.

Pour évaluer le coût des services remboursés, les hypothèses retenues sont celles à l'effet que la date d'anniversaire des bénéficiaires est répartie de façon uniforme durant la période visée par le programme et que les femmes de 40 ans représentent 7 % de la population admissible aux services assurés de FIV. De plus, il est estimé selon les données du SEL de la Régie que 25 % de ce nombre a eu accès aux services assurés depuis le 15 novembre.

Ainsi, en ciblant la période du 15 novembre 2021 au 31 décembre 2022, il est estimé que 275 femmes pourraient bénéficier de ce programme. De ce nombre, il est estimé que 9 % des cas devraient se prévaloir du remboursement d'une paillette de sperme provenant d'une banque, soit environ 25 femmes. De plus, environ 3 % pourraient nécessiter le remboursement d'un prélèvement chirurgical de spermatozoïdes par aspiration percutanée de sperme épидidymaire ou extraction chirurgicale (PESA/TESE), soit neuf cas. Finalement, il est estimé que 0,2 % pourraient demander le remboursement pour l'extraction microchirurgicale de sperme testiculaire, soit un cas.

En répartissant ses proportions en fonction des montants accordés (voir tableau 1), un montant total de 2 387 750 \$ peut être estimé pour les besoins de remboursement des services.

*Tableau 1 : Montants maximums par services admissibles au programme*

Services admissibles au programme	Volume	Coût unitaire maximum*	Coût total par service
Services de base généralement requis pour un cycle de FIV	275	8 500 \$	2 337 500 \$
Paillette de sperme provenant d'une banque	25	950 \$	23 750 \$
Aspiration percutanée de sperme épидидymaire ou extraction chirurgicale (PESA/TESE)	9	2 500 \$	22 500 \$
Extraction microchirurgicale de sperme testiculaire	1	4 000 \$	4 000 \$
<b>TOTAL</b>			<b>2 387 750 \$</b>

\*Ces services ne sont pas nécessairement cumulatifs.

Pour la mise en œuvre et pour la gestion du programme, la Régie serait autorisée à utiliser le montant prévu pour la contingence du projet SEL (maximum de 505 000 \$). Même si les volumes sont faibles, des effectifs supplémentaires pourraient être requis pour administrer le programme.

Pour la mise en œuvre et le fonctionnement du GO PMA, un montant est estimé à 250 000 \$ pour la période visée par le programme est prévu en ressources humaines, en frais de développement et de gestion.

## **10- Analyse comparative**

Des programmes similaires ont déjà été élaborés au Québec en 2021 pour tenir compte des effets de la pandémie de COVID-19. Il s'agit :

- des modifications au « Programme d'aide financière pour l'achat de lunettes et de lentilles pour les enfants » (Décret numéro 1042-2021 du 7 juillet 2021);
- du « Programme visant certaines mesures temporaires relatives à certains services médicaux, optométriques et dentaires en raison de la pandémie de la COVID-19 » (Décret numéro 1043-2021 du 7 juillet 2021);
- du « Programme temporaire visant à compenser les personnes n'ayant pu bénéficier gratuitement de certains services dentaires fournis par un denturologiste en raison de la pandémie de la COVID-19 » (Décret numéro 1044-2021 du 7 juillet 2021).

Le ministre délégué à la Santé  
et aux Services sociaux,

LIONEL CARMANT

Le ministre de la Santé  
et des Services sociaux,

CHRISTIAN DUBÉ