



**ASSOCIATION DES  
OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES  
DU QUÉBEC**

# MÉMOIRE

**Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux**

**Consultation publique** : Couverture publique des services en santé et en services sociaux

Le 29 janvier 2016

## **L'ASSOCIATION DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU QUÉBEC**

L'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ) est une organisation syndicale qui regroupe plus de 500 médecins spécialistes en obstétrique et gynécologie. Elle vise l'amélioration constante de la qualité des soins préventifs et curatifs destinés aux femmes du Québec en favorisant le développement professionnel continu de ses membres et celui des différents professionnels de la santé qui partagent cette mission.

D'entrée de jeu, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec tient à remercier le Commissaire Salois de permettre à une Association comme la nôtre d'exercer une voix au chapitre des décisions prises par les décideurs en ce qui a trait aux services de santé ou des services sociaux du panier.

L'AOGQ est heureuse d'émettre ses commentaires et ses suggestions sur le panier de services assurés par le régime public.

## « INTRODUCTION »

Tout d'abord, il faut rappeler, tout comme le Commissaire Salois l'a fait dans son *Guide de consultation pour l'appel de mémoire*<sup>i</sup>, que les services assurés au Québec sont en grande partie hospitaliers et médicaux et qu'ils sont considérés comme médicalement requis. Ils peuvent être dirigés vers la prévention, le diagnostic ou le traitement de pathologies. Ils doivent également répondre aux normes médicales en vigueur.

L'AOGQ croit que cette analyse, en plus du respect de l'exigence de l'universalité, doit se faire sur la base de grands principes éthiques fondamentaux :

1. L'autonomie du patient à choisir son médecin et le traitement le plus approprié à ses besoins.
2. La bienfaisance (ou la notion d'aide) qui soutient que le traitement vise à apporter les bienfaits escomptés et déterminés par la science.
3. La non-malveillance ou éviter de causer un préjudice aux patients. Les effets secondaires et complications d'un traitement doivent être exposés aux patients afin qu'ils fassent un choix éclairé.
4. La justice qui tient en compte la limitation des ressources (entre autres humaines et financières).

Au cours des dernières années, afin de satisfaire des besoins souvent politiques et ponctuels, nous avons vu les gouvernements se succéder et piger dans le budget social sans se soucier des impacts à long terme sur le système de santé québécois.

Tout au long du présent mémoire, nous vous donnons des exemples concrets que nous pouvons observer dans le cadre de notre pratique en obstétrique-gynécologie.

## « NON MÉDICALEMENT REQUIS » PRIS EN CHARGE

Quelle est la signification de ce terme? Doit-il être utilisé pour toutes les décisions politiques de convenance ou plutôt limité à être utilisé lors du traitement d'une condition dite pathologique?

Selon l'*Avis sur la notion du médicalement requis et sur les services médicaux assurés*<sup>ii</sup> du Conseil médical du Québec, des services médicalement requis sont des services :

- qui sont reliés à la prévention, au diagnostic ou au traitement de la maladie, des blessures et des traumatismes ainsi que des incapacités qui en résultent;
- qui répondent aux normes médicales;
- qui sont dispensés sur une base individuelle ou sur une base populationnelle, dans le cadre de la santé publique.

En somme, cette définition fait référence à une condition pathologique pouvant entraîner des conséquences à long terme sur la santé d'un individu.

### Conditions bénignes

Il serait peut-être temps de se demander si cette définition s'applique à plusieurs conditions bénignes qui consomment temps et ressources comme :

- Les lésions cutanées de type acrochordons ou autres lésions associées au vieillissement comme les mélanoses ou kératoses séborrhéiques.
- Les additions, soustractions et corrections multiples au corps et sur les seins ou les organes génitaux.

Elles devraient faire l'objet d'une réflexion afin de déterminer si elles correspondent à la définition du « médicalement requis » en opposition à un choix lié à l'esthétique. S'il s'agit plutôt d'un choix esthétique, notre Régime public d'assurance maladie a-t-il encore les moyens de l'offrir?

Par notre pratique en obstétrique-gynécologie, nous observons une demande accrue des chirurgies plastiques des petites lèvres. Ces chirurgies sont actuellement couvertes par le Régime d'assurance maladie, bien que peu des patientes souffrent d'une anomalie « réelle » justifiant une intervention. Une asymétrie légère est très commune et non pathologique et dans la majorité des cas, l'intervention chirurgicale n'est pas médicalement requise.

### Recommandation n° 1

**L'AOGQ soutient que le Régime d'assurance maladie ne doit pas couvrir, dans le panier des services assurés, des services médicaux qui ne sont pas médicalement requis.**

### **Les réanastomoses tubaires et les vaso-vasostomies après stérilisations volontaires**

La couverture actuelle permet aux patients et patientes de faire renverser aux frais de l'état (parfois même à plus d'une reprise) une intervention stérilisante, que ce soit une ligature tubaire ou une vasectomie. Il est important de comprendre que chacune de ces interventions chirurgicales comporte des risques pour la santé en plus des bénéfices attendus. Ces interventions chirurgicales coûteuses ont été déclarées « médicalement requises ».

En tant que médecins et citoyens, ceci nous apparaît être une entrave au contrat social entre le patient et le gouvernement. Ce dernier, par pur opportunisme politique, encourage le patient à une délinquance sur ses engagements contractuels et lui signifie que la médecine peut tout faire et tout permettre au-delà même des informations reçues et des risques pour sa santé.

Rappelons que la *Loi sur l'assurance maladie* rembourse la réanastomose tubaire ou la vaso-vasostomie, deux conditions émanant d'un choix volontaire d'une personne de subir une stérilisation chirurgicale et donc de créer un état d'infertilité dit volontaire. Pour l'AOGQ, il y a là un problème d'équité criant pour les couples infertiles.

#### **Recommandation n° 2**

**L'AOGQ soutient que notre système de santé n'a plus la capacité de payer pour des interventions telles que les réanastomoses tubaires et les vaso-vasostomies après stérilisations volontaires et comme d'autres provinces (Ontario, Alberta, Nouveau-Brunswick, etc.) l'ont déjà fait, une chirurgie pour renverser une stérilisation devrait être faite aux frais des patient(e)s.**

## « MÉDICALEMENT REQUIS » NON PRIS EN CHARGE

En tant que médecins qui travaillent souvent en première ligne, nous sommes témoins de plusieurs situations « médicalement requises » qui ne sont malheureusement pas prises en charge par notre système de santé québécois. Les soins des femmes demeurent souvent sous-financés ou sous-estimés.

Voici quelques exemples que nous observons dans notre pratique en obstétrique-gynécologie :

### **Physiothérapie pelvienne et périnéale**

Les dommages causés au périnée et au plancher pelvien lors des accouchements sont bien documentés, tout comme les bénéfices associés à un programme de rééducation périnéale en physiothérapie. La littérature démontre que la physiothérapie supervisée peut éviter l'apparition de douleur pelvienne chronique, de descente du plancher pelvien ou d'incontinence urinaire. L'implantation d'une telle ressource éviterait un grand nombre de consultations médicales et de multiples chirurgies correctrices. Nous croyons de plus que la diminution conséquente de l'absentéisme au travail pourrait ainsi autofinancer ce programme pour le plus grand bien des patientes et une meilleure utilisation des ressources disponibles.

### **Recommandation n° 3**

**L'AOGQ soutient qu'un programme universel de rééducation périnéale post accouchement serait rentable à long terme afin d'éviter la détérioration progressive et les complications conséquentes au périnée et au plancher pelvien.**

### **Traitement médical du relâchement pelvien – Pessaire**

À l'autre extrémité de la vie des femmes, le relâchement pelvien constitue une condition de santé qui nuit énormément à leur qualité de vie. Pour certaines d'entre elles, un traitement simple et efficace peut leur être offert. Il s'agit de l'ajustement vaginal d'un pessaire. Un pessaire est une petite prothèse généralement en silicone qui se vend moins de cent dollars et dont la durée de vie est souvent de plus de cinq ans. Il est disponible en plusieurs tailles et modèles, et l'installation et l'entretien se font par des médecins, infirmières ou physiothérapeutes spécialisés. Il est habituellement utilisé chez les personnes âgées, dont les ressources financières sont souvent limitées. Malheureusement, ce dispositif ainsi que l'usage nécessaire des lubrifiants non médicamenteux ne sont pas pris en charge par le gouvernement. Conséquemment, les femmes en viennent à opter pour un traitement chirurgical beaucoup plus coûteux et

potentiellement plus morbide pour améliorer leur condition. Cette situation est un non-sens.

#### **Recommandation n° 4**

**L'AOGQ soutient que les soins d'accessibilité et d'utilisation des pessaires devraient être offerts dans la couverture des soins assurés dans le panier de services**

#### **Psychothérapie**

En obstétrique-gynécologie, nous côtoyons les femmes à tous les stades de leur vie. Il y a de nombreux événements ou périodes qui nécessiteraient un soutien psychologique. Malheureusement, cette alternative thérapeutique n'est pas offerte à la couverture des soins assurés dans le panier de services.

#### **Recommandation n° 5**

**L'AOGQ soutient que des services de psychothérapie devraient être offerts dans la couverture des soins assurés dans le panier de services.**

#### **Échographie du premier trimestre en grossesse**

Une échographie du premier trimestre en grossesse devrait être disponible à toutes les patientes admissibles, comme recommandé par la SOGC dans sa directive clinique intitulée : *The use of first trimester ultrasound*<sup>iii</sup> :

« *As comprehensive prenatal screening programs develop, 11-to-14-week ultrasounds may be offered on a "routine basis."* »

Comme mentionnés dans ladite directive, les bénéfices sont bien documentés, que ce soit dans le but d'identifier précocement plusieurs situations cliniques en grossesse ou bien encore de confirmer la datation (donnée essentielle pour ajuster des traitements en grossesse ou diminuer le nombre d'interventions telles que les inductions du travail pour des dates incertaines à terme, entre autres). La clarté nucale peut également être mesurée durant cet examen et demeure un outil très efficace pour le dépistage des fœtus avec une trisomie 21.

L'échographie du premier trimestre est un examen rapide et sans risque, mais surtout d'une grande valeur clinique. À l'heure actuelle, cet examen est difficile à obtenir dans la majorité des hôpitaux de la province et le Québec accuse un grand retard. Il n'est offert gratuitement de façon systématique que dans quelques rares centres hospitaliers. Les patientes doivent généralement recourir aux services de clinique privée et en payer le prix fort. Pis encore, certaines régions éloignées n'ont aucun accès public ou privé. Cette situation est inacceptable.

## Recommandation n° 6

**L'AOGQ soutient que soit offert aux patientes l'accès universel à une échographie du premier trimestre en grossesse tout comme le recommande le standard des soins au Canada et de la majorité des pays développés.**

### **Procréation médicalement assistée (PMA)**

En août 2010, le Programme québécois de procréation médicalement assistée (PMA) subventionné est déployé à l'intérieur de quelques semaines à la suite d'une annonce ministérielle. Le gouvernement subit d'énormes pressions pour déployer le programme rapidement. Cette offre de services s'est faite sans balises et sans paramètres spécifiques avec une couverture mur à mur de l'infertilité.

Rappelons que l'AOGQ se disait d'abord réjouit pour les couples et les femmes infertiles d'avoir accès gratuitement aux traitements de procréation assistée, mais qu'elle craignait déjà que les coûts du programme exploseraient et que le gouvernement réaliserait après quelque temps que la société québécoise ne peut se permettre un tel déploiement sans l'encadrer adéquatement. Cette crainte a été manifestée par plusieurs autres organisations.

Le programme a été un succès reconnu mondialement concernant l'optimisation de la technologie et de l'implantation d'un embryon unique. Malheureusement, de nombreuses aberrations en matière d'éthique et des coûts globaux exagérés l'ont menée à sa perte. Or, cela était évitable. De fait, dès son lancement, cet état des choses avait été prévu et décrié par l'AOGQ.

Dans notre mémoire déposé en juin 2013 au Commissaire Salois dans le cadre de sa consultation sur les activités de procréation assistée au Québec, l'AOGQ a recommandé la mise en place de règles d'applications plus strictes et l'établissement de critères d'admissibilité aux soins de procréation assistée. L'AOGQ a plus précisément recommandé de concentrer l'offre de services aux couples ayant une indication médicale.

Qui plus est, dans notre mémoire<sup>iv</sup> soumis et présenté au Commissaire Salois en février 2015 dans le cadre de sa consultation sur le *Projet de loi n°20 : Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, l'AOGQ relevait que :

*« L'infertilité est une condition médicale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et qui se définit comme l'incapacité relative ou absolue pour un couple de concevoir ou de mener une grossesse à un stade*



*viable. Selon les organismes internationaux, une durée d'exposition de douze à vingt-quatre mois est requise pour remplir cette condition. »*

En novembre 2015, contre l'*Avis sur les activités de procréation assistée au Québec*<sup>v</sup> du Commissaire Salois, contre l'avis des experts et des associations concernées, et malgré tous les millions investis, le gouvernement Couillard a décidé de sabrer un programme essentiel pour les couples infertiles du Québec. Au lieu d'encadrer ce qui était « médicalement requis », la politique en a décidé autrement et a traité les couples infertiles de façon discriminatoire pour éviter les controverses, car elle n'a pas eu le courage d'encadrer le programme de façon adéquate.

L'AOGQ croit que notre gouvernement devrait s'inspirer de plusieurs autres provinces et pays qui ont pris le pari et réussi à encadrer de façon plus serrée les soins de fertilité, sans pour autant en être pénalisés politiquement.

#### **Recommandation n° 7**

**L'AOGQ soutient que l'infertilité est une condition médicale reconnue et que le gouvernement doit encadrer et rembourser les traitements qui en découlent pour les couples infertiles, dans le cadre de balises bien établies.**

## « RATIONNALISATION DES RESSOURCES »

### Contrat social

Dans le contexte actuel d'une certaine limitation des ressources, l'AOGQ croit que le régime public se doit d'optimiser celles-ci afin d'offrir le maximum de services pour des soins de santé adéquats à la population québécoise.

Il ne s'agit pas ici de toujours pénaliser ou blâmer le professionnel de la santé, mais plutôt de discipliner une société qui paie directement pour le service offert. La population doit se responsabiliser et être consciente qu'elle ne doit ni surconsommer les ressources offertes ni les gaspiller.

Par exemple, de très nombreuses patientes «magasinent» et voient 2-3 médecins spécialistes (parfois même davantage) pour une même consultation. La situation est observable dans plusieurs spécialités et met à l'épreuve des ressources déjà limitées, sans compter les dépenses importantes pour notre système de santé. Même si nous reconnaissons le droit des femmes d'obtenir une seconde opinion, si elles le désirent, la situation actuelle permet et encourage un abus des ressources qui devrait être encadré et mieux contrôlé. Ce genre de conduite devrait imposer des frais aux individus qui désirent se prévaloir de cette option.

En lien avec les changements apportés par l'adoption de la Loi 20 pour améliorer l'accessibilité de la population à une consultation auprès des médecins spécialistes pour la clientèle desservie par les médecins de famille, nous espérons que la création des guichets régionaux ou guichets uniques facilitera la surveillance et le contrôle de ce comportement inapproprié. Encore une fois, la responsabilisation sociale devrait être encouragée et ce genre d'excès découragé à défaut d'être pénalisé et assumé par le patient.

### Recommandation n° 8

**L'AOGQ soutient que la population doit s'engager dans une forme de contrat social. Celui-ci oblige en retour une utilisation rationnelle des ressources mises à sa disposition afin d'éviter la surutilisation, et ainsi le gaspillage qui pourrait aller à contre-courant de l'objectif principal et entraîner une diminution de l'offre de service, de sa qualité, ou encore, une privation de l'accès à d'autres bénéficiaires.**

### Le retrait préventif en grossesse

Sous l'égide de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), le Programme «*Pour une maternité sans danger*<sup>vi</sup>» oblige les employeurs à réaffecter les travailleuses enceintes ou d'opter pour un retrait préventif s'il n'est

pas en mesure d'adapter leur emploi pour le rendre « sans danger » pour la grossesse.

Comme mentionné dans le document explicatif dudit Programme :

*«Pour une maternité sans danger» est un programme de prévention de la CSST. Il a pour objet le maintien en emploi sans danger de la travailleuse enceinte ou qui allaite. En vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, la travailleuse enceinte ou qui allaite a le droit de travailler sans danger ou d'être immédiatement affectée à d'autres tâches ne comportant pas de dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir.»*

*«Il peut toutefois être impossible pour l'employeur de modifier les tâches ou le poste de travail ou d'affecter temporairement la travailleuse à d'autres tâches. Dans ce cas, le programme prévoit qu'elle a le droit de cesser temporairement de travailler et de recevoir des indemnités de la CSST.»*

Le gouvernement a imposé aux employeurs ce programme qui n'est qu'une façade politique, car il n'est pas basé sur une approche scientifique, mais plutôt administrative.

Par exemple, sous ce programme, les femmes non immunisées pour le virus de la cinquième maladie (parvovirus) ne peuvent être en contact avec des enfants dans le contexte de leur travail. La directive clinique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) intitulée *Infection au parvovirus B19 pendant la grossesse*<sup>vii</sup> affirme que :

*«Rien n'indique que les femmes vulnérables abaisseront leur risque d'infection en quittant le travail. Certains chercheurs ont souligné que le risque de contracter une infection en milieu de travail (comme, par exemple, un établissement scolaire) est moins élevé que celui qui est associé aux contacts familiaux de plus, certaines études ont constaté que le fait de travailler en garderie n'était pas associé à un risque professionnel d'infection au parvovirus. Ainsi, le fait de retirer de leur milieu de travail les femmes vulnérables à l'infection qui occupent des emplois à risque élevé n'est pas systématiquement recommandé.»*

Cet état de fait émane de plusieurs références scientifiques que l'on retrouve dans ladite directive. Il n'a pas été démontré de façon convaincante que le Programme contribue à réduire la prématurité ou la morbidité et mortalité néonatale et maternelle. Un tel programme n'existe dans aucune autre province canadienne, ni dans aucuns autres pays. Force est de constater que les normes du Programme sont imprécises et s'appliquent de façon différente d'une région à l'autre du Québec à la suite d'interprétation non consensuelle des textes par les administrateurs du système.

De plus, le Programme ne supporte pas les femmes enceintes qui sont des travailleuses autonomes dont les tâches se comparent et qui peuvent comporter des dangers.

#### **Recommandation n° 9**

**L’AOGQ soutient que le Programme «Pour une maternité sans danger» doit être réévalué. L’AOGQ suggère soit d’abolir le Programme ou encore d’en ajuster la réglementation, les définitions et les notions de dangers, en tenant compte des études scientifiques et des directives cliniques afin d’harmoniser et de baliser sa mise en application.**

**L’AOGQ soutient qu’une réflexion doit être entreprise afin d’évaluer si les principes fondamentaux du Programme «Pour une maternité sans danger» pourraient être mis à profit dans une «politique familiale» qui engloberait toutes politiques connexes déjà en application. Cette réflexion permettrait de revoir les modes de distribution afin d’assurer une répartition plus universelle et plus équitable pour toutes les familles du Québec.**

#### **Tourisme obstétrical**

Lors d’une consultation de Citoyenneté et Immigration Canada au sujet des lois en matière de citoyenneté du Canada, l’AOGQ s’est opposée au tourisme obstétrical encouragé par l’obtention de la citoyenneté canadienne pour chaque poupon naissant en sol canadien.

Nous observons dans de nombreuses salles d’accouchement de la province une augmentation marquée depuis plusieurs années des patientes qui arrivent au Canada à la fin de leur grossesse, dans le but avoué d’y accoucher pour obtenir la citoyenneté canadienne. Elles s’y présentent avec peu, ou pas de suivi obstétrical.

Le phénomène est difficile à chiffrer, car aucune statistique officielle n’est tenue à cet égard, mais il est facile de constater qu’il est en nette croissance. À titre d’exemple, l’un de nos membres a dénoncé cette situation dans les médias en dénombant plus de 40 accouchements par année pour un seul établissement du CHUM. Dans la plupart des cas, les montants encourus pour la dispensation des services rendus n’ont pu être récupérés. Des mesures devraient être entreprises afin de prévenir ce fléau.

#### **Recommandation n°10**

**L’AOGQ soutient que le gouvernement du Québec devrait entreprendre avec son homologue canadien des pourparlers afin de faire cesser ce statut d’immigrant instantané sans égard au statut des parents afin de décourager le tourisme obstétrical.**

## « CONCLUSION »

### Nos recommandations

#### Recommandation n° 1

L'AOGQ soutient que le Régime d'assurance maladie ne doit pas couvrir, dans le panier des services assurés, des services médicaux qui ne sont pas médicalement requis.

#### Recommandation n° 2

L'AOGQ soutient que notre système de santé n'a plus la capacité de payer pour des interventions telles que les réanastomoses tubaires et les vaso-vasostomies après stérilisations volontaires et comme d'autres provinces (Ontario, Alberta, Nouveau-Brunswick, etc.) l'ont déjà fait, une chirurgie pour renverser une stérilisation devrait être faite aux frais des patient(e)s.

#### Recommandation n° 3

L'AOGQ soutient qu'un programme universel de rééducation périnéale post accouchement serait rentable à long terme afin d'éviter la détérioration progressive et les complications conséquentes au périnée et au plancher pelvien.

#### Recommandation n° 4

L'AOGQ soutient que les soins d'accessibilité et d'utilisation des pessaires devraient être offerts dans la couverture des soins assurés dans le panier de services

#### Recommandation n° 5

L'AOGQ soutient que des services de psychothérapie devraient être offerts dans la couverture des soins assurés dans le panier de services.

#### Recommandation n° 6

L'AOGQ soutient que soit offert aux patientes l'accès universel à une échographie du premier trimestre en grossesse tout comme le recommande le standard des soins au Canada et de la majorité des pays développés.

#### Recommandation n° 7

L'AOGQ soutient que l'infertilité est une condition médicale reconnue et que le gouvernement doit encadrer et rembourser les traitements qui en découlent pour les couples infertiles, dans le cadre de balises bien établies.

#### Recommandation n° 8

L'AOGQ soutient que la population doit s'engager dans une forme de contrat social. Celui-ci oblige en retour une utilisation rationnelle des ressources mises à sa disposition afin d'éviter la surutilisation, et ainsi le gaspillage qui pourrait aller à contre-courant de l'objectif principal et entraîner une diminution de l'offre de service, de sa qualité, ou encore, une privation de l'accès à d'autres bénéficiaires.

#### Recommandation n° 9

L'AOGQ soutient que le *Programme «Pour une maternité sans danger»* doit être réévalué. L'AOGQ suggère soit d'abolir le Programme ou encore d'en ajuster la réglementation, les définitions et les notions de dangers, en tenant compte des études scientifiques et des directives cliniques afin d'harmoniser et de baliser sa mise en application.

L'AOGQ soutient qu'une réflexion doit être entreprise afin d'évaluer si les principes fondamentaux du Programme *«Pour une maternité sans danger»* pourraient être mis à profit dans une «politique familiale» qui engloberait toutes politiques connexes déjà en application. Cette réflexion permettrait de revoir les modes de distribution afin d'assurer une répartition plus universelle et plus équitable pour toutes les familles du Québec.

#### Recommandation n°10

L'AOGQ soutient que le gouvernement du Québec devrait entreprendre avec son homologue canadien des pourparlers afin de faire cesser ce statut d'immigrant instantané sans égard au statut des parents afin de décourager le tourisme obstétrical.

## « RÉFÉRENCES »

---

- <sup>i</sup> Commissaire à la santé et au bien-être. « *Guide de consultation pour l'appel de mémoires relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux* ». 2015
- <sup>ii</sup> Conseil médicale du Québec. « [Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé aux services médicalement requis d'un système de santé modernisé](#) ». Octobre 1999
- <sup>iii</sup> SOGC. « [Clinical practice guideline The use of first trimester ultrasound](#) ». Octobre 2003
- <sup>iv</sup> AOGQ, « *Mémoire présenté au Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre de la consultation sur le projet de loi n° 20* ». Février 2015
- <sup>v</sup> Commissaire à la santé et au bien-être. « [Avis détaillé sur les activités de procréation assistée au Québec](#) ». 2014
- <sup>vi</sup> CSST. « [Programme pour une maternité sans danger](#) ». Janvier 2015
- <sup>vii</sup> SOGC. « [Directives cliniques Infection au parvovirus B19 pendant la grossesse](#) ». Septembre 2002