

Rapport du comité de travail

sur

**les nouvelles
technologies
de reproduction
h u m a i n e**

WQ
208
Q44
1988

Québec 

INSPO - Montréal



3 5567 00000 9610

NR
288
Q44
1988

Rapport du comité de travail

sur

les nouvelles technologies de reproduction h u m a i n e



Madame Thérèse Lavoie-Roux
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
Gouvernement du Québec

Madame la Ministre,

Par la présente, le comité de travail sur les nouvelles technologies de la reproduction vous transmet son rapport.

Il nous faut cependant vous souligner que madame Francine McKenzie, membre du comité, n'a pas signé ce document.

Nous espérons que ce rapport contribuera à alimenter la réflexion dans le domaine des nouvelles technologies de la reproduction et favorisera la formulation d'orientations et de plans d'action permettant d'améliorer le système de santé et de services sociaux.

Veillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Pierre Montambault, président
Donna Cherniak
Bartha M. Knoppers
Marie-José Longtin
Jacques E. Rioux
David J. Roy



Table des matières

Introduction	1	3.1.4 L'utilisation de sperme congelé ou décongelé	17
1. Le comité de travail	3	3.1.5 Quelques situations rendues possibles par l'insémination artificielle	18
1.1 Origine du comité	3	3.2 La fécondation in vitro et ses variantes actuelles	18
1.2 Mandat du comité	3	3.2.1 La fécondation in vitro	18
1.3 Composition du comité	4	3.2.2 La fécondation in vivo (G.I.F.T.)	19
1.4 Support au comité	4	3.2.3 La civette	19
1.5 Délimitation du champ de travail	5	3.2.4 La stimulation hormonale	19
1.6 Méthode de travail du comité	5	3.2.5 La capacitation des spermatozoïdes	19
2. L'infertilité	7	3.2.6 Les tests de grossesse précoce	19
2.1 Définitions	7	3.2.7 Quelques situations rendues possibles par la fécondation in vitro et les techniques connexes	19
2.2 Les principaux facteurs d'infertilité	8	3.3 Le prélèvement d'embryon par lavage	20
2.2.1 Répartition des facteurs d'infertilité à l'intérieur d'un couple	8	3.4 Les contrats de grossesse (mères porteuses)	20
2.2.2 Principaux facteurs d'infertilité et de stérilité chez l'homme	8	3.5 Le sexage	21
2.2.3 Principaux facteurs d'infertilité et de stérilité chez la femme	9	3.6 La recherche et l'expérimentation en reproduction artificielle	21
2.2.4 L'infertilité idiopathique	10	4. Nouvelles problématiques associées au développement des technologies de reproduction humaine	23
2.3 L'infertilité volontaire au Québec	10	4.1 Avantages et bénéfices associés à l'existence et à l'offre de services de reproduction artificielle	24
2.4 Évolution de la fréquence de l'utilisation des services en infertilité	11	4.1.1 Médecine reproductive et désir d'enfant	24
2.5 Importance des maladies transmises sexuellement (MTS) et de leurs conséquences sur la fertilité des femmes	12	4.1.2 L'expérience humaine et sociale de l'infertilité	24
2.6 Débats et positions du comité	13	4.1.3 Les choix individuels en matière de vie reproductive	24
3. Description des techniques et des situations qu'elles rendent possibles	17	4.1.4 L'introduction d'un tiers dans la reproduction	25
3.1 L'insémination artificielle	17	4.1.5 L'acquisition de connaissances nouvelles	25
3.1.1 L'insémination artificielle homologue	17		
3.1.2 L'insémination artificielle hétérologue	17		
3.1.3 L'insémination artificielle combinée	17		

4.2	Problématiques associées à l'existence et à l'offre de services de reproduction artificielle	25	5.4.4	L'utilisation de l'insémination artificielle pour des motifs autres que l'infertilité	42
4.2.1	Médecine reproductive et désir d'enfant	25	5.4.5	La sélection des donneurs	42
4.2.2	Médecine reproductive et droit d'accès aux services de santé	27	5.4.6	Le dépistage de l'infection au virus d'immunodéficience humaine chez les donneurs	43
4.3	Problématiques reliées à la dissociation de la conception et de la sexualité	28	5.4.7	La rémunération des donneurs	45
4.4	Problématiques reliées au découpage de la fonction reproductive	29	5.4.8	L'utilisation maximum d'un même donneur	45
4.4.1	La mutation de l'expérience de la maternité et des rapports de sexe	29	5.4.9	L'information au donneur sur les résultats	46
4.4.2	L'introduction de tiers (géniteurs) dans la reproduction	29	5.4.10	Les données relatives à l'insémination artificielle hétérologue, leur conservation et leur divulgation	46
4.4.3	La commercialisation de l'être humain et de la fonction reproductive	30	5.4.11	Le consentement du conjoint	49
4.5	Problématiques reliées aux nouveaux pouvoirs de manipulation du «produit» de la conception	31	5.4.12	L'insémination artificielle post mortem	49
4.5.1	Le risque de sélection eugénique	31	6.	La pratique de la fécondation <i>in vitro</i>	52
4.5.2	Le sexage	32	6.1	État de la situation au Québec	52
4.6	Problématiques reliées au contrôle de la recherche scientifique	32	6.1.1	Où pratique-t-on la fécondation in vitro	52
4.7	Problématiques reliées à l'allocation des ressources collectives et à la définition des politiques publiques	34	6.1.2	Profil des équipes oeuvrant dans ces cliniques	52
5.	La pratique de l'insémination artificielle	37	6.1.3	Quelle clientèle est admise?	53
5.1	La pratique de l'insémination artificielle au Québec	37	6.1.4	Indications médicales retenues	53
5.2	L'encadrement professionnel	38	6.1.5	Informations fournies et consentement exigé	53
5.3	Le contexte juridique	39	6.1.6	Nombre de couples inscrits	54
5.4	Débats et positions du comité	40	6.1.7	Résultats obtenus	55
5.4.1	L'acceptabilité de principe	40	6.1.8	Nombre d'ovules par prélèvement et nombre d'embryons par transfert	55
5.4.2	Les lieux de pratique	40	6.1.9	Congélation d'embryons	56
5.4.3	La clientèle visée par la pratique de l'insémination artificielle	41	6.1.10	Congélation d'ovules	56
			6.1.11	Dons d'ovules et dons d'embryons	56
			6.2	Débats et positions du comité	56
			6.2.1	La fécondation in vitro est-elle acceptable en principe?	56
			6.2.2	Éligibilité à la fécondation in vitro	58

6.2.3	Acceptabilité de principe de la production et du transfert de plusieurs embryons à la fois	59	9.3.1	Le principe d'un encadrement particulier de la pratique	74
6.2.4	Congélation d'embryons et usage d'embryons congelés à des fins de grossesse	60	9.3.2	Le contrôle de la pratique	74
6.2.5	Responsabilité des embryons congelés	61	9.3.3	La définition des normes de qualité professionnelle	75
6.2.6	Don d'embryon	61	9.3.4	La définition des normes d'éthique sociale	75
6.2.7	Don d'ovule	61	9.3.5	La gestion des données sur les pratiques	75
6.2.8	Usage d'ovules congelés	62	9.3.6	L'observation de l'état et de l'évolution des pratiques	76
6.2.9	Importation d'embryons, d'ovules et de sperme	62	9.3.7	La fonction «conseil» auprès de l'État	76
7.	La pratique des contrats de grossesse	65	9.4	Débats et positions du comité sur l'encadrement de la recherche	77
7.1	État de la situation au Québec	65	9.4.1	Le principe d'un encadrement particulier de la recherche	77
7.2	Le contexte juridique	66	9.4.2	La surveillance des conditions de recherche en reproduction humaine artificielle	77
7.3	Débats et positions du comité	67	9.4.3	Études suggérées par le comité	78
7.3.1	Acceptabilité de principe des contrats de grossesse	68	10.	Le financement des services et de la recherche en technologies de reproduction humaine	80
7.3.2	Acceptabilité de principe des arrangements privés sans contrat	69	10.1	État de la situation au Québec	80
7.3.3	La pratique des contrats de grossesse doit-elle être rendue illégale?	69	10.1.1	Le financement des services	80
7.3.4	Autres questions relatives aux contrats de grossesse	69	10.1.2	Le financement de la recherche	80
8.	Les recherches sur l'embryon	71	10.2	Débats et positions du comité	80
8.1	État de la situation au Québec	71	Conclusion:	Avis et recommandations majoritaires	84
8.2	Débats et positions du comité	71	Bibliographie des publications québécoises dans le domaine des technologies de reproduction	93	
9.	L'encadrement de la pratique et de la recherche en technologies de reproduction humaine	73			
9.1	État de la situation au Québec	73			
9.2	Questions soulevées	73			
9.3	Débats et positions du comité sur l'encadrement de la pratique	74			

Annexes:

1. Liste des principaux rapports de commissions ou groupes d'étude utilisés dans le cadre des travaux du présent comité	95
2. Données relatives à la pratique de l'insémination artificielle au Québec	96
3. Critères médicaux de sélection des donneurs de sperme: propositions du comité consultatif sur le stockage et l'utilisation du sperme humain au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1981) et propositions de l'American Fertility Society (1986)	100
4. Indications médicales pour la fécondation in vitro telles qu'établies par l'American Fertility Society (1986)	103
5. Recommandation du Conseil de l'Europe relativement à l'utilisation d'embryons et de foetus humains à des fins diagnostiques, thérapeutiques, scientifiques, industrielles et commerciales (1986)	111
6. Formulaire du Registre canadien de grossesses dues à la fertilisation extra-corporelle	117
Lexique	120

Introduction

Ce rapport sur les technologies de reproduction humaine est le fruit d'une démarche qui a été amorcée il y a plus de deux ans par le ministère de la Santé et des Services sociaux. En entreprenant cette démarche, le Ministère avait comme souci premier d'énoncer les conditions et les limites d'insertion de ces nouvelles réalités dans le système de soins de santé du Québec. Ces conditions et limites devaient tenir compte, d'une part, de la cohérence des soins de santé et donc situer les technologies de la reproduction dans un contexte plus large, mais surtout elles devaient tenir compte du respect des droits et des libertés des êtres humains impliqués dans le recours à ces interventions. Les réponses aux questions qui sont soulevées dans ce rapport sont rarement réductibles à de simples «oui ou non» et nécessitent de nombreuses nuances qui rendent compte de la pluralité de points de vue présente au sein du comité. Les membres n'ont d'ailleurs pas cherché à diluer cette pluralité pour obtenir à tout prix des opinions consensuelles.

Les débats et les prises de position du comité peuvent être regroupés autour de deux axes principaux. L'un, plus technique, concerne les modalités de prestation des services et l'autre, plus large, tente de mettre en place les jalons d'une philosophie d'intervention dans le domaine de l'infertilité. C'est dans ce second axe de réflexion que l'on trouvera des considérations sur la place que doivent occuper les technologies de reproduction en rapport avec, entre autres choses, des mesures de prévention de l'infertilité.

Ce rapport est une étape dans un processus plus large de prise de décision. Il suscitera probablement de vives discussions et il sera, espérons-le, largement commenté. Ces débats devront être le complément nécessaire du cheminement du comité de travail sur les technologies de reproduction humaine.

Nous avons choisi de diviser ce rapport en trois parties. La première, qui réunit les quatre premiers chapitres, présente le comité ainsi que les diverses facettes des techniques qui constituent son objet d'étude, tant au niveau pratique qu'à celui des problématiques présentées dans la volumineuse littérature sur le sujet. C'est dans cette section du rapport que l'on retrouve les données disponibles sur la situation de l'infertilité.

Les débats et prises de position du comité sont en majeure partie concentrés dans la seconde partie du rapport, qui comprend les chapitres 5, 6, 7 et 8. Les techniques et les situations qu'elles rendent possibles y sont examinées dans ce qu'elles ont de spécifique. L'insémination artificielle, la fécondation *in vitro*, les contrats de grossesse et les recherches sur l'embryon sont abordés dans cette section. Pour chacun de ces chapitres, le lecteur trouvera une description de l'état de la situation au Québec ainsi que les questions et les prises de position du comité.

La troisième partie du rapport regroupe les réflexions et recommandations du comité sur les aspects globaux de l'encadrement et du financement de ces techniques. Elle est constituée des chapitres 9 et 10.

Enfin, la conclusion est essentiellement constituée d'un rappel des avis et recommandations majoritaires du comité.

Centre de documentation
Bibliothèque
St-Jeanne d'Arc (Québec)
JBA 1G2



Le comité de travail

1.1 Origine du comité

En juin 1986, le sous-ministre adjoint à la Santé, M. Raymond Carignan, prononçait le discours d'ouverture d'un colloque en planning et sexualité, à l'occasion duquel il annonçait la mise sur pied d'un comité de travail sur les nouvelles technologies de reproduction dans les termes suivants:

Nous avons constaté depuis les dernières années, au Québec comme ailleurs, une expansion rapide de la science et de la médecine dans le domaine de la reproduction. La fécondation *in vitro*, l'insémination artificielle et le diagnostic prénatal en sont les exemples les plus connus. Ces pratiques ainsi que les possibilités qu'elles mettent à notre disposition (congélation et entreposage d'embryon, mère porteuse et insémination **post mortem**) nous font rapidement réaliser l'importance des enjeux impliqués dans ce dossier et des choix que nous devons faire dans ce domaine.

Il n'existe au Québec pratiquement aucun encadrement de ces pratiques dont la mise en place peut varier d'un centre à l'autre. Cela nous semble une situation préoccupante.

Cette préoccupation s'est traduite ailleurs par la mise sur pied de comités ayant pour mandat d'étudier ces nouveaux modes d'intervention médicale et de faire des recommandations aux personnes et aux organismes concernés sur le sujet. Le comité Warnock en Angleterre, le comité national d'éthique en France et plus près de nous la commission de réforme du droit de l'Ontario sont des manifestations claires de ce souci.

C'est dans ce contexte que le Ministère annonce la mise sur pied d'un comité de travail dans le domaine des nouvelles technologies de la reproduction.

Nous considérons que l'implantation et le développement de ces technologies doivent faire l'objet d'un examen sérieux et concerté(...) Ce travail nous semble préalable à toute intervention ministérielle concernant l'une ou l'autre des facettes de ces techniques. En tant que Ministère, nous croyons qu'il est raisonnable de prendre un temps de réflexion avant d'intervenir dans ces dossiers.

Cette réflexion devra être faite en collaboration avec des intervenants et intervenantes qui oeuvrent déjà dans ces dossiers complexes: les praticiens et les praticiennes de ces techniques, les chercheurs et chercheuses, les groupes et les organismes qui réfléchissent sur ces pratiques¹.

1.2 Mandat du comité

La Ministre de la Santé et des Services sociaux a donné au comité de travail le mandat:

- 1) d'examiner les progrès récents et potentiels de la science et de la médecine dans le domaine des nouvelles technologies de la reproduction;
- 2) de faire le bilan des nouvelles technologies de la reproduction dans une perspective de cohérence des soins de santé au Québec;
- 3) d'étudier les possibilités d'encadrement et de limitation éventuelle de ces pratiques en évaluant leur impact au niveau de l'éthique, de la santé, des droits, des libertés et des intérêts des êtres humains;
- 4) de faire des recommandations visant à encadrer ces pratiques.

1.3 Composition du comité

Les membres invités par la Ministre de la Santé et des Services sociaux à siéger au comité de travail sont les suivants:

Madame Donna Cherniak;
médecin omnipraticienne,
programme famille (périnatalité),
CLSC sud-ouest-centre (SOC) Sherbrooke

Madame Bartha M. Knoppers;
juriste, professeur à la
Faculté de droit de
l'Université de Montréal

Madame Marie-José Longtin;
juriste, directrice à la Direction générale
des Affaires législatives au
ministère de la Justice

Madame Francine C. McKenzie;
anthropologue, présidente du
Conseil du statut de la femme

Monsieur Jacques E. Rioux;
gynécologue, directeur du département
de gynécologie-reproduction du
Centre hospitalier de l'Université Laval

Monsieur David J. Roy;
directeur du Centre de
bioéthique de l'Institut
de recherches cliniques de Montréal

La présidence du comité a été assumée par M. Pierre Montambault, chef du Service des études socio-sanitaires au ministère de la Santé et des Services sociaux. La coordination des travaux a été confiée à M. André Jean, du même service.

1.4 Support au comité

Les membres du comité tiennent à souligner particulièrement les contributions des personnes suivantes aux travaux du comité:

- ▶ recherche et rédaction: – Lise Dunnigan
Service de la condition
féminine
– André Jean
Service des études
socio-sanitaires
- ▶ traitement de texte: – Nicole Charest et
Aline Dontigny
Service des études
socio-sanitaires
– Hélène Jobin
Service des politiques et plans
socio-sanitaires
- ▶ Révision du texte: – Yvette Gagnon
- ▶ Collaborations diverses: – Louise Bourget
Services juridiques
– Marie Drouin
Direction de la santé publique
– Suzanne Fontaine
Conseil du statut de la femme
– Johanne Huot
Service des programmes de
santé physique
– Lise Lacroix
Direction générale du
recouvrement de la santé
– Madeleine Rochon
Service des études
socio-sanitaires

1.5 Délimitation du champ de travail

Le domaine des nouvelles technologies de reproduction, auquel fait référence le texte du mandat donné au comité, couvre un très vaste champ de recherche et de pratique clinique.

Dès sa première réunion, le comité a voulu cerner davantage l'objet de ses travaux. Il a identifié les techniques de reproduction assistée et leurs différentes applications comme principal champ de travail, y incluant la pratique de l'insémination artificielle, celle de la fécondation *in vitro* et du transfert d'embryon, celle des contrats impliquant des «mères porteuses», et celle de la manipulation et de la conservation de gamètes et d'embryons humains.

À l'invitation de la Ministre, le comité a convenu de centrer ses réflexions plus particulièrement sur les aspects éthiques des technologies étudiées, et de tendre à fournir au Ministère des orientations et des balises pour les décisions qui lui reviendront en cette matière.

Il fut convenu de renoncer à aborder les questions soulevées par le développement des méthodes de diagnostic prénatal ainsi que des manipulations génétiques, celles-ci étant beaucoup trop vastes et complexes pour y accorder l'attention voulue à l'intérieur du délai d'un an initialement accordé au comité pour présenter son rapport.

1.6 Méthode de travail du comité

Le comité a élaboré un plan de travail à partir d'une première grille d'analyse à l'intérieur de laquelle figuraient les sujets traités dans les divers rapports officiels publiés antérieurement sur les technologies de reproduction (voir la liste des principaux rapports à l'annexe A). Il a alors choisi d'aborder chacun des champs de pratique successivement.

L'examen d'une pratique donnée comportait trois volets principaux. Le premier visait à apprécier l'état actuel de cette pratique en décrivant les techniques utilisées ainsi que leurs applications courantes et en envisageant les utilisations de certaines d'entre elles dans un futur prochain. Cet état de la pratique était généralement préparé par le coordonnateur du comité.

Le second volet était un aperçu des questions soulevées par la pratique: ce volet était préparé à partir des indications venant des membres du comité quant aux questions qu'ils ont jugées les plus importantes et d'intérêt plus particulier pour les besoins du Ministère.

Le troisième volet était la discussion des réponses possibles aux questions retenues par le comité relativement à un champ de pratique. Ce volet était le principal objet des réunions du comité. Il fut convenu à ce propos que l'objectif de la discussion n'était pas nécessairement d'atteindre un consensus sur chacun des points traités mais plutôt de permettre aux membres de bien exposer leurs points de vue et leurs préoccupations respectives, le dégagement d'un consensus au terme de leurs échanges étant une issue possible mais non indispensable; le comité a évalué que la Ministre tirerait davantage profit d'un portrait des diverses argumentations développées sur un sujet controversé que d'une unanimité faite de compromis n'apportant aucun éclairage pour les prises de décision futures.

De façon générale, les membres du comité ont, dans un premier temps, débattu l'acceptabilité de chacune des pratiques. Dans un second temps, ils ont examiné les questions reliées aux conditions concrètes d'exercice de cette pratique.

Au sens où l'entendent les membres du comité, l'acceptation de principe d'une technique n'implique pas que celle-ci échappe à toute réflexion ni qu'elle puisse

être utilisée sans encadrement dans notre système de santé. Dans leur esprit, une pratique est «acceptable en principe» si elle ne contrecarre pas en soi les perceptions, les valeurs et les droits qui sont reconnus comme fondamentaux dans une société. Une telle pratique peut être «inacceptable dans les faits» si elle est appliquée selon des modalités qui violent des principes fondamentaux d'éthique sociale. La tâche du comité est d'établir les conditions nécessaires pour que les nouvelles technologies de reproduction humaine respectent les règles d'éthique sociale propres au Québec.

Comme nous le verrons, pour l'ensemble des techniques ou des situations engendrées par les techniques et qui font l'objet de ce rapport, l'acceptation de principe est toujours accompagnée d'une série de conditions ou de restrictions. Dire d'une technique ou d'une situation rendue possible par une technique qu'elle paraît acceptable en principe ne saurait donc permettre de déduire en logique que d'autres situations analogues ou d'autres applications de cette même technique sont acceptables.

Le comité s'est réuni à dix-sept reprises entre le 7 octobre 1986 et le 31 mars 1988.

CHAPITRE 1: RÉFÉRENCE

1. Discours d'ouverture du Colloque planning et sexualité prononcé par Raymond Carignan, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2 mai 1986.

2

L'infertilité

Le but de ce chapitre est de faire le point sur l'état des connaissances dans le domaine de l'infertilité et de la stérilité ainsi que sur les données disponibles pour le Québec. Il apparaît important aux membres du comité de bien comprendre l'ampleur du phénomène de l'infertilité et de la stérilité et d'être en mesure d'en voir l'évolution quand les données disponibles le permettent. Cette étape leur semble préalable à l'étude des technologies de reproduction humaine. En effet, dans la mesure où ces nouvelles technologies se présentent comme des moyens de contourner une infertilité ou une stérilité existante, il faut comprendre de quoi il est question quand on emploie ces termes et quelle proportion de la population ces techniques peuvent effectivement aider. Par ailleurs, en examinant les principales causes d'infertilité et de stérilité, il devient possible de dégager certains axes d'intervention ministérielle en ce domaine dans une perspective de cohérence des soins de santé tel que le spécifiait le mandat du comité.

Après une section explicative sur les notions d'infertilité et de stérilité et une autre sur les principales données que nous avons à notre disposition pour en comprendre l'ampleur et l'évolution, le présent chapitre exposera les débats et les prises de position du comité sur ce sujet.

2.1 Définitions

Il importe de distinguer les concepts de stérilité et d'infertilité qui, tout en se recoupant, désignent des réalités sensiblement différentes.

La **stérilité** est l'incapacité pour un être vivant de procréer ou de se reproduire¹. Elle implique pour cet individu une incapacité totale et permanente à concevoir (dans le cas de la femme) ou à féconder (dans le cas d'un homme), même après traitement². Les études démographiques permettent d'estimer que la proportion d'individus stériles dans la population serait de l'ordre de 4 à 5%, dont 3 à 4% de stérilité primaire³.

L'infertilité, dans le langage médical, désigne la situation d'un couple donné qui n'a pas réussi à concevoir après une période d'un an ou deux de relations sexuelles sans contraception⁴. Contrairement à la stérilité, l'infertilité se définit donc médicalement par rapport à un couple et non par rapport à un individu; cependant, les interventions curatives ou palliatives en raison d'infertilité peuvent n'être pratiquées que sur un seul des deux partenaires.

Il est important de noter qu'une telle définition de l'infertilité, essentiellement basée sur la notion de temps, conduit à confondre dans les faits les couples qui sont définitivement incapables de se reproduire et ceux qui se reproduisent moins rapidement que la moyenne. Il est admis en démographie que si la probabilité de concevoir au cours d'un cycle menstruel (fécondabilité) est de 25 %, on peut prévoir que 87,4 % des couples concevront dans la première année. Parmi ceux qui n'auront pas conçu pas dans la première année, 53,8 % concevront dans la deuxième année. Parmi ceux qui n'auront pas conçu dans la deuxième année, 28,3 % concevront dans la troisième année et de ceux qui n'auront pas conçu dans la troisième, 14 % concevront dans la quatrième, ces calculs tenant compte d'une stérilité primaire totale estimée à 3 %⁵.

Par ailleurs, certains facteurs comme l'utilisation prolongée d'anovulants ont pour effet d'allonger les délais moyens de conception⁶.

Il est important de noter au passage que le délai utilisé dans la définition de l'infertilité a considérablement varié au fil des années. À l'heure actuelle, le délai mis de l'avant en Amérique du Nord est d'un an⁷. L'Organisation mondiale de la santé utilise, quant à elle, un délai de deux ans pour parler d'infertilité⁸. Il est évident que plus on réduit le délai utilisé, plus on élargit la clientèle englobée par le concept d'infertilité.

Une des raisons évoquées pour utiliser le délai d'un an dans la définition d'infertilité est que cette définition doit permettre de déterminer non pas nécessairement les couples infertiles mais plutôt ceux qui devraient consulter en infertilité. Dans cette perspective, pour certaines causes évolutives d'infertilité, les chances de succès des interventions sont d'autant plus grandes que le délai de consultation est court.

2.2 Les principaux facteurs d'infertilité⁹

Les problèmes de fertilité chez un couple donné peuvent être dus à un ou plusieurs facteurs présents chez l'un ou l'autre des partenaires, et parfois chez les deux.

2.2.1 Répartition des facteurs d'infertilité à l'intérieur d'un couple

En ce qui concerne la répartition des facteurs d'infertilité dans le couple, il existe certains écarts selon les sources consultées; cependant, les proportions suivantes constituent une bonne approximation:

- ▶ 33 à 40 % des cas sont attribuables à l'homme;
- ▶ 45 à 60 % des cas sont attribuables à la femme;
- ▶ 20 % des cas sont attribuables aux deux partenaires à la fois.

Ces pourcentages peuvent se modifier dans le temps en raison de facteurs évolutifs tels que l'âge, ou de facteurs ponctuels comme les médicaments, le stress et l'alimentation.

2.2.2 Principaux facteurs d'infertilité et de stérilité chez l'homme

Les facteurs d'infertilité attribuables à l'homme peuvent être regroupés en trois principales catégories, soit les problèmes liés à la spermatogénèse, les pro-

blèmes liés aux canaux excréteurs, et les problèmes liés à des rapports sexuels déficients.

Il y a un problème de **spermatogénèse inadéquate** lorsque les testicules ne sont pas capables de produire des spermatozoïdes normaux. Il peut s'agir par exemple:

- ▶ de malformations congénitales allant de l'absence des testicules à l'absence des cellules de la lignée germinale;
- ▶ d'une fibrose péritubulaire, condition acquise suite à une rougeole ou à des irradiations;
- ▶ d'un arrêt de la maturation des spermatozoïdes suite à une insuffisance hypophysaire ou à d'autres désordres endocriniens;
- ▶ d'un effet toxique sur les spermatozoïdes résultant par exemple d'une varicocèle ou de médicaments toxiques.

L'infertilité chez l'homme peut aussi dépendre d'une **incompétence des canaux excréteurs**: les testicules fonctionnent normalement mais les spermatozoïdes ne peuvent être excrétés. Il peut s'agir:

- ▶ d'une absence congénitale des canaux excréteurs;
- ▶ d'une obstruction congénitale ou acquise suite à une vasectomie ou à une maladie transmise sexuellement;
- ▶ d'une insuffisance fonctionnelle de l'épididyme, des canaux déférents ou des vésicules séminales (ex.: destruction par la tuberculose);
- ▶ d'une inflammation aiguë, puis chronique (ex.: prostatite, vésiculite).

Les problèmes de fertilité peuvent aussi être reliés à des **rapports sexuels déficients**: les testicules fabriquent des spermatozoïdes normaux qui sont excrétés mais ne peuvent se rendre jusqu'au bout du pénis. Il peut alors s'agir:

- ▶ d'une éjaculation rétrograde, c'est-à-dire une éjaculation qui conduit le sperme dans la vessie (ex.: neuropathie diabétique, effets médicamenteux, prostatectomie);

- ▶ d'une anomalie du pénis (ex.: hypospadias: l'urètre s'ouvre à la base du pénis);
- ▶ d'une insuffisance de l'érection causée par des problèmes psychologiques ou par l'abus de drogue.

2.2.3 Principaux facteurs d'infertilité et de stérilité chez la femme

Chez la femme, les facteurs d'infertilité se regroupent principalement en facteurs ovariens, facteurs tubaires et péritonéaux, facteurs utérins et facteurs cervico-vaginaux.

On parle de **facteurs ovariens** lorsque les ovaires sont absents, ne contiennent pas d'ovules ou sont strictement normaux mais n'ovulent pas de façon spontanée et périodique. Ces problèmes peuvent être dus:

- ▶ à l'absence congénitale des ovaires ou à la présence de minuscules bandelettes ovariennes (syndrome de Turner);
- ▶ à la présence de tissu ovarien sans follicules, qui peut être congénitale ou acquise;
- ▶ à des ovaires normaux mais qui n'ovulent pas en raison de kystes ovariens ou de problèmes endocriniens;
- ▶ à une sécrétion insuffisante de progestérone après l'ovulation causant une insuffisance lutéinique;
- ▶ à une baisse sérieuse de l'état général tant physique que psychique ne favorisant pas l'ovulation ou l'implantation.

Dans le cas de **facteurs tubaires et péritonéaux**, les trompes peuvent être absentes, ou encore obstructées complètement ou être perméables mais incapables de remplir leur rôle essentiel à la reproduction. Il peut s'agir:

- ▶ d'une absence congénitale des trompes ou plus fréquemment absence chirurgicale, une ou les deux trompes ayant été enlevées suite à une grossesse tubaire ou à des infections sévères;
- ▶ d'une obstruction tubaire soit en leur portion distale (séquelle de salpingite), en leur section médiane (post-ligature

de trompes) ou en leur section proximale (endométriose, salpingite isthmique noueuse);

- ▶ enfin, les trompes peuvent être perméables mais incapables de remplir leur rôle dans la reproduction (ex.: le pavillon est tenu par des adhérences et incapable de capter l'ovule, ou la trompe est rendue rigide par des infections répétées et la muqueuse tubaire est détruite).

L'infertilité peut aussi dépendre de **facteurs utérins**. L'utérus peut être absent ou malformé ou encore porteur d'un fibrome. Il peut s'agir:

- ▶ d'une absence congénitale d'utérus ou agénésie utérine isolée, qui est rare. Il y a alors aménorrhée primaire, c'est-à-dire absence des menstruations avec possibilité d'un diagnostic avant le désir de grossesse. L'hypoplasie utérine est un défaut de développement complet mais les menstruations sont présentes;
- ▶ de malformations utérines, ce qui est plus fréquent et souvent accompagné d'autres malformations uro-génitales. Certaines n'empêchent pas les grossesses mais favorisent l'avortement spontané;
- ▶ de synéchies utérines, c'est-à-dire des accolements entre les parois antérieure et postérieure de l'utérus avec ou sans problèmes menstruels;
- ▶ d'anomalies de l'endomètre, d'infection, de tuberculose, etc.;
- ▶ de fibromyomes utérins, lesquels sont rarement une cause directe d'infertilité mais peuvent y jouer un certain rôle.

Finalement l'infertilité peut dépendre de **facteurs cervico-vaginaux**. Ils sont difficiles à diagnostiquer d'une façon spécifique: ils vont de la simple cervicite à la sténose, et de l'absence de sécrétions jusqu'aux facteurs immunologiques. Ainsi:

- ▶ la cervicite aiguë purulente, qui semble parfois causer une infertilité temporaire mais qui peut être traitée;
- ▶ la sténose cervicale, qui est rarement congénitale mais plus souvent le résultat d'une intervention chirurgicale sur le col de l'utérus;

- ▶ parfois le col ne sécrète pas assez de mucus et les spermatozoïdes sont alors incapables de pénétrer dans l'utérus;
- ▶ enfin, il y a parfois des anticorps antispermatozoïdes au niveau du mucus cervical. Ceux-ci sont toxiques pour les spermatozoïdes et les immobilisent, les empêchant de monter dans l'utérus.

2.2.4 L'infertilité idiopathique

L'infertilité idiopathique est une infertilité dont les causes échappent à l'investigation médicale. L'infertilité idiopathique représenterait entre 5 et 30% de la clientèle qui s'adresse aux cliniques, selon les sources. Cette importante variation serait due à l'absence de critères uniformes de mesure de l'infertilité ainsi qu'aux niveaux d'investigation qui varient d'une clinique à l'autre.

2.3 L'infertilité volontaire au Québec

L'une des formes importantes d'infertilité est l'infertilité résultant d'une stérilisation volontaire. La vasectomie chez l'homme et la ligature des trompes chez la femme sont les modes de stérilisation les plus couramment utilisés.

Comme le montre le tableau I, c'est entre 30 et 34 ans que se pratique le plus grand nombre de vasectomies. Le second groupe en importance est celui des 35 à 39 ans. Au troisième rang viennent les 25 à 29 ans chez qui on constate plus de 3 000 vasectomies à chacune des deux années observées ici.

Chez les femmes, selon le tableau II, le premier groupe en importance est aussi celui des 30-34 ans, mais on constate que les 25-29 ans côtoient les 35-39 ans au deuxième rang. On peut aussi souligner le nombre relativement important de femmes stérilisées avant l'âge de 25 ans.

Ces chiffres valent évidemment pour une année précise et s'ajoutent au nombre total de femmes et d'hommes stérilisés au cours de chacune des années précédentes.

TABLEAU I

Nombre de vasectomies dispensées par l'ensemble des médecins rémunérés dans le cadre de l'assurance-maladie par groupes d'âge, 1984-1985

GROUPES D'ÂGE	1984	1985
Moins de 15 ans	8	6
15-19	—	4
20-24	150	159
25-29	3 119	3 266
30-34	6 805	7 291
35-39	4 357	4 586
40-44	1 540	1 620
45-49	484	534
50 ans et plus	726	515
Total	17 189	17 981

Source: Régie de l'assurance-maladie du Québec, Service des statistiques, décembre 1986.

TABLEAU II

Nombre de stérilisations toutes méthodes dispensées par l'ensemble des médecins rémunérés dans le cadre de l'assurance-maladie selon les groupes d'âge 1984 et 1985

GROUPES D'ÂGE	1984	1985
Moins de 15 ans	—	—
15-19	30	35
20-24	1 048	1 035
25-29	5 610	5 435
30-34	8 385	7 966
35-39	5 619	5 483
40-44	1 809	1 788
45-49	350	276
50 ans et plus	29	23
Total	22 880	22 041

Source: Régie de l'assurance-maladie du Québec, Service des statistiques, décembre 1986.

Dans une étude portant sur le recours précoce à la ligature des trompes au Québec¹⁰, basée sur 497 entrevues auprès de femmes ligaturées âgées de 25 à 44 ans, Marcil-Gratton met en lumière que 79,8 % des femmes ligaturées n'expriment pas de regret de ne plus pouvoir concevoir suite au recours à la ligature. Par contre, 21,2 % des répondantes disent avoir regretté leur décision. Le regret de ne plus pouvoir concevoir «peut aller de la simple nostalgie passagère (...) jusqu'au regret aigu qui envahit toute l'existence et pousse à tout tenter pour revivre l'expérience de la maternité (...)»¹¹. L'étude indique que 12,7 % des répondantes expriment un regret sérieux, affirmant qu'elles auraient vraiment essayé d'avoir un autre enfant si cela avait été possible.

La fraction des femmes qui ont admis avoir déjà ressenti du regret et voulu un autre enfant ne variait pas significativement selon la durée écoulée entre la ligature et le moment de l'enquête sauf, de façon prévisible, pour celles dont la stérilisation datait de moins de 24 mois¹².

La variable influençant le plus ces réponses est l'âge à la stérilisation. Plus la stérilisation est précoce, plus le pourcentage de regret est important. Chez les femmes ligaturées à l'âge de 20-29 ans, 20,4 % auraient vraiment tenté d'avoir un autre enfant par la suite, tandis que ce pourcentage est de 8,6 % chez les femmes ligaturées entre 30 et 34 ans. Cependant, très peu de femmes en ont fait part à leur médecin: 3,9 % dans l'ensemble et 8,4 % parmi les femmes stérilisées avant 30 ans.

L'autre variable qui intervient est le changement de situation matrimoniale. La présence d'un nouveau partenaire rend plus fréquente (17,1 %) l'apparition du regret chez les femmes ayant vécu une rupture d'union. Cependant parmi les couples stables, le regret pourra être tout aussi fréquent (18,2 %) si la femme a été stérilisée avant 30 ans.

À la lumière de cette étude, on peut tenter d'estimer quel pourcentage de la population représentent les femmes stérilisées qui regrettent sérieusement de ne pas pouvoir concevoir à nouveau. Si on applique les taux de regret obtenus dans l'enquête aux Québécoises de 25 à 34 ans ayant déjà subi une ligature ou ayant un conjoint vasectomisé, on obtient, pour 1985-86, un nombre approximatif de 18 000 femmes; ce nombre représente environ 3 % de l'ensemble des femmes de ce groupe d'âge, soit une proportion à peu près équivalente à celle des femmes atteintes de stérilité primaire. On peut supposer que cette population est susceptible éventuellement de s'adresser aux services de santé en infertilité; il en sera question dans la section qui suit.

2.4 Évolution de la fréquence de l'utilisation des services en infertilité

L'évolution de l'utilisation des services en infertilité ne signifie pas automatiquement une augmentation ou une diminution des problèmes d'infertilité dans la population mais une augmentation ou une diminution des consultations et des interventions. Cela nous donne quand même une indication de l'évolution des ressources consacrées au problème observé.

L'un des seuls indices disponibles pour observer cette évolution est le nombre d'actes diagnostiques pratiqués par les médecins.

En 1984, la Régie de l'assurance-maladie du Québec enregistrait plusieurs milliers d'actes diagnostiques pouvant être liés à des problèmes d'infertilité. Parmi tous ces actes, seuls les tests post-coïtaux sont pratiqués exclusivement en rapport avec des problèmes d'infertilité. On en rapportait 6 753 en 1984; ce test peut cependant être répété à quelques reprises chez un même couple au cours d'une même année¹³.

Les biopsies de l'endomètre sont également de bons indicateurs de la population qui consulte pour résoudre un problème d'infertilité. «Même si elle n'est pas exclusive aux femmes infertiles (puisqu'elle est pratiquée aussi au cours de la ménopause), il est possible d'isoler le groupe de femmes infertiles sur lesquelles elle a été pratiquée grâce à la variable d'âge. [...] les femmes de 15 à 39 ans ont subi 5 390 biopsies de l'endomètre en 1984. Chez ce groupe, le nombre de biopsies a crû de 53,7 % par rapport aux données de 1979. On note que les taux de croissance ont tendance à augmenter en fonction de l'âge¹⁴.»

Un autre indice de la demande de services en infertilité est le recours aux chirurgies visant à rendre à nouveau fertiles des personnes stérilisées. Comme nous sommes à même de le constater à la lecture du tableau suivant, le nombre de réanastomoses et de vaso-vasostomies est en augmentation au Québec. De 1979 à 1984, le nombre de réanastomoses est passé de 48 à 325; celui des vaso-vasostomies est passé de 101 à 289 au total. Cette croissance peut cependant n'être due qu'en partie à une augmentation de la demande; d'autres facteurs comme l'amélioration des techniques ou de l'expertise médicale peuvent aussi y avoir contribué.

TABLEAU III

Évolution du nombre de réanastomoses, de vaso-vasostomies, de vaso-vasostomies par micro-chirurgie dispensées par l'ensemble des médecins du Québec, 1979-84

	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Réanastomoses	48	59	89	93	219	325
Vaso-vasostomies	101	158	108	178	64	82
Vaso-vasostomies par micro-chirurgie	0	0	0	25	232	207

Source: Régie de l'assurance-maladie du Québec, Service des statistiques.

2.5

Importance des maladies transmissibles sexuellement (MTS) et de leurs conséquences sur la fertilité des femmes¹⁵

Les maladies transmises sexuellement ne constituent pas un nouveau phénomène. Par contre, les changements dans les pratiques sexuelles, notamment chez les très jeunes, seraient la cause de l'augmentation des taux de ce type d'infection dans plusieurs pays durant les années soixante et soixante-dix.

Certaines maladies à transmission sexuelle sont plus difficiles à diagnostiquer sans test de laboratoire parce qu'elles ne présentent que peu de symptômes ou des symptômes qui ne leurs sont pas spécifiques. De plus, certains micro-organismes subissent des mutations qui les rendent résistants au traitement avec certains antibiotiques. C'est le cas de la gonorrhée résistant à la pénicilline, encore marginale mais en forte augmentation au Québec¹⁶.

Au Québec, le taux d'infections gonococciques déclarées (on ne connaît pas le pourcentage de sous-déclaration) a surtout augmenté depuis 1976. Les groupes les plus touchés en 1985 et 1986 sont les hommes de 20-24 ans (0,34 %) et les femmes de 15-24 ans (0,29 %)¹⁷.

Pour les infections à chlamydia trachomatis, deux études réalisées récemment, l'une à Montréal¹⁸ et l'autre à Québec¹⁹, auprès de femmes asymptomatiques venant consulter pour un examen périodique dans le premier cas et pour un avortement dans le second cas, ont montré des taux de prévalence importants chez les femmes de moins de 25 ans (13 à 16 %). Une autre étude²⁰ réalisée en Beauce en 1986 par le département de santé communautaire auprès de médecins à qui l'on a fourni certains tests de laboratoire, a montré que les infections gonococciques étaient 4 fois plus nombreuses que celles déclarées dans la

région, et que les infections à chlamydia étaient 3 fois plus élevées que les infections gonococciques. Les taux de maladies à transmission sexuelle les plus importants étaient observés chez les hommes de 25-29 ans et les femmes de 20-24 ans.

D'autre part, certaines maladies à transmission sexuelle ont des répercussions importantes sur la fertilité des femmes, notamment les infections gonococciques et à chlamydia trachomatis, par le biais des salpingites qu'elles provoquent si elles ne sont pas soignées à temps. Ainsi, on a retrouvé un taux d'infertilité moyen de 17,4 %²¹ pour les années 1965 à 1979, suite à des salpingites aiguës. Ce taux était d'autant plus élevé que la salpingite était sévère, que la femme était plus âgée et que le nombre de salpingites précédentes était élevé.

Les salpingites sont également la cause d'un nombre important de grossesses ectopiques (environ 50 % selon Westrom). Le risque de grossesses ectopiques serait de 7 à 10 fois plus élevé lorsqu'une femme a déjà eu une salpingite²². De plus, en Amérique du Nord, les hospitalisations pour infection pelvienne (catégorie beaucoup plus large que la salpingite aiguë) se terminent dans plusieurs cas par l'ablation d'une partie des organes génitaux féminins. Ainsi au Québec, 11 % des femmes hospitalisées pour infection pelvienne en 1985-1986 ont dû subir une hystérectomie.

Il est encore difficile de quantifier avec certitude l'augmentation des problèmes d'infertilité chez les femmes attribuables aux maladies transmises sexuellement, mais il demeure tout de même que ce sont chez les femmes de 15-19 ans sexuellement actives et chez les femmes de 20-24 ans que le chlamydia trachomatis est le plus souvent présent; qu'au Canada ce sont les femmes de moins de 25 ans qui ont subi les plus fortes hausses du taux d'hospitalisation pour infection pelvienne durant les années soixante-

dix et que si une baisse s'amorce au Québec, elle reste minime pour les moins de 20 ans.

2.6 Débats et positions du comité

L'ensemble des membres du comité admet l'importance de questionner la notion de délai dans la définition de l'infertilité et de reconnaître les problèmes qu'elle comporte en terme de définition de la demande. Il a été souligné que le délai d'un an utilisé dans la définition courante d'infertilité crée une certaine part d'infertilité, amenant une confusion entre difficulté et impossibilité de concevoir chez certains couples. Cependant, certains membres justifient ce délai par divers facteurs comme celui des couples dont l'âge est plus élevé. À l'exception d'une membre qui considère que le délai d'un an est trop court et qui recommande un délai de deux ansⁱⁱⁱ, le comité estime difficile de trancher quant à un délai plus approprié. La majorité des membres expriment l'avis qu'il faut sérieusement réexaminer le délai actuel et en discuter les conséquences.

Le comité désire aussi mettre en garde la Ministre de la Santé et des Services sociaux au sujet de l'évolution du recours à la stérilisation volontaire. Une membre du comité a avancé sur ce point une position beaucoup plus tranchéeⁱⁱⁱⁱ. La tendance actuelle d'utiliser la stérilisation comme moyen de contraception apparaît nettement discutable. La stérilisation est actuellement le premier moyen de contrôle des naissances au Québec comme ailleurs en Amérique du Nord.

Concernant les modes de contraception qui risquent d'affecter la fertilité des femmes, le comité recommande que les médecins soient attentifs à l'impact de l'utilisation de certains moyens contraceptifs (stérilet, pilule...) sur l'appareil reproducteur des femmes et qu'ils en informent leurs patientes; le comité recommande aussi que cette réalité soit prise en considération dans les programmes d'éducation

sexuelle et que des moyens de sensibilisation et d'éducation appropriés pour d'autres groupes d'âge soient utilisés.

Enfin, les membres soulignent à nouveau l'influence des maladies transmissibles sexuellement sur l'infertilité; ils sont particulièrement préoccupés par les conséquences de cette épidémie chez les adolescente et les jeunes adultes et considèrent qu'il faut accentuer les efforts actuels dans le sens de la prévention et de la recherche.

En ce sens, le comité recommande que l'on rende le dépistage et le traitement de ces maladies accessibles et gratuits dans toutes les régions du Québec.

Cette recommandation implique entre autre chose la mise en place de services spécialisés dans le domaine ainsi que le financement des médicaments et autre matériel nécessaire. Il existe également des lacunes importantes au niveau du contrôle et de l'accès aux services de laboratoire pour les médecins pratiquant à l'extérieur des hôpitaux, ainsi que du personnel nécessaire pour assurer tous les aspects du suivi (i.e. secrétaire, infirmier/ère, travailleur/euse social). Le volet information et éducation doit aussi être soutenu de façon continue. Le comité recommande que le Ministère apporte des solutions satisfaisantes aux problèmes ci-haut mentionnés dans la lutte aux maladies transmissibles sexuellement.

De façon générale, les membres du comité sont d'avis que les technologies de la reproduction doivent être situées dans un continuum préventif-curatif-palliatif. Devant la question de l'accès aux technologies de la reproduction, on doit tout d'abord travailler à éliminer de façon préventive toutes les causes d'infertilité/stérilité sur lesquelles il est possible d'agir et d'exercer une forme de contrôle.

Le comité recommande enfin que l'État et les organismes subventionnaires consacrent des fonds im-

portants aux recherches sur les causes et le traitement de l'infertilité ainsi que sur la contraception, l'infécondité et les alternatives à la stérilisation volontaire précoce, et qu'ils appuient particulièrement les centres de recherche qui font des travaux en ce sens.

Dissidences:

(I) Dissidence de Madame Francine McKenzie:

«Je recommande qu'on exige un délai de deux ans pour l'accès aux cliniques d'infertilité car, si le délai est trop court (un an), on risque de se trouver devant des couples impatients plutôt qu'infertiles: à l'heure actuelle, plusieurs femmes deviennent enceintes alors que le traitement n'est pas commencé ou après qu'il ait été abandonné. Par ailleurs, il y a un risque de glissement vers des interventions sans investigation suffisante: une consigne a été donnée lors d'un débat télévisé: «Ne perdez pas de temps à vous faire investiguer, allez tout de suite à la FIV». Je recommande également qu'il n'y ait pas de recours aux NTR quand les 2 membres du couple sont infertiles ou dans les cas d'infertilité idiopathique.»

(II) Dissidence de Madame Francine McKenzie:

«Considérant qu'il faut briser la spirale de la médecine du désir (stérilisation/recours aux NTR), je recommande qu'à l'avenir une stérilisation volontaire reste irréversible et ne donne pas lieu au recours aux nouvelles technologies de reproduction.»

CHAPITRE 2: RÉFÉRENCES

1. Sylvain GAGNON, «Aspects cliniques» dans **L'insémination artificielle thérapeutique**, édité par Marcel Melançon, Québec, Presses de l'Université Laval, 1984, p. 35.
2. "Infertility and Sexually Transmitted Disease: A Public Health Challenge" in **Population Reports**, Vol. 11, N° 3, (July 1983), p. L-116.
3. Madeleine ROCHON, **Stérilité et infertilité, deux concepts**, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1986, p. 10, (Collection «Études de santé»).
- Daniel SCHWARTZ, «La fertilité humaine, contribution de deux partenaires» dans **Médecine et Sciences**, Vol. 25, n° 1, (mars 1985), pp. 24-29.
- Henry LERIDON, «Stérilité, hypofertilité et infécondité en France» dans **Population**, vol. 37, N° 4-5, pp. 807 à 835.
4. **Population Reports**, op. cit.
5. ROCHON, 1986, SHWARTZ, 1985, LERIDON, 1982, op. cit.
6. Madeleine ROCHON, op. cit.
7. SPEROFF et al., **Clinical Endocrinology and Infertility**, Baltimore, Williams and Wilkins, 1983.
8. **Population Reports**, op. cit.
9. Cette section du rapport a été rédigée avec la collaboration spéciale du Dr Jacques Rioux.
10. Nicole MARCIL-GRATTON, «Le recours précoce à la ligature des trompes au Québec: des suites indésirables?» dans **Sociologie et sociétés**, vol. 19, N° 1, (avril 1987), pp. 83-95.
11. Ibid, page 85.
12. Loc. cit.
13. Céline PERRON, **Portrait statistique des couples qui ont recours à l'assistance médicale pour résoudre un problème d'infertilité**, Québec, Direction de la recherche et de l'analyse, Conseil du statut de la femme, 1986, p. 13.
14. Loc. cit.
15. Cette section du rapport a été préparée avec la collaboration spéciale de Madeleine Rochon, du service des Études socio-sanitaires du ministère de la Santé et des Services sociaux.
16. D. ROUSSEAU et al., «Augmentation du nombre de souches de Neisseria gonorrhoeae productrices de Penicillinade — Québec» dans **Rapport hebdomadaire des maladies au Canada**, vol. 13, N° 3, (juillet 1987), pp. 127-128.
17. **Maladies vénériennes, Rapport annuel 1986**, Québec, Direction de la prévention et protection de la santé publique, MSSS, octobre 1987, 43 pages.
18. Richard MASSÉ et al., DSC du Montreal General Hospital, données non publiées.
19. LEVALLOIS et al., "Chlamydial Infection among Females Attending an Abortion Clinic Prevalence and Risk Factor" in **Canadian Medical Association Journal**, vol. 13, (July 87), pp. 33-37.
20. M. ALARY et C. POULIN, **Étude de l'incidence de quatre maladies transmises sexuellement sur le territoire du DSC du Centre Hospitalier Régional de la Beauce**, Rapport présenté au Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec, 1987, 41 pages, document non publié.

21. L. WESTROM, "Incidence, Prevalence, and Trends of Acute Pelvic Inflammatory Disease and its Consequences in Industrialized Countries" in **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, (December 1), 1980, pp. 880-892.
22. L. WESTROM et P.A. MARDH, "Salpingitis" dans **Sexually Transmitted Diseases**, edited by King K. Holmes et al., New York, McGraw Hill Book Company, 1984, pp. 615-632.

3

Description des techniques et des situations qu'elles rendent possibles

Ce chapitre décrit les techniques médicales qui ont fait l'objet des discussions du comité et présente les différentes situations rendues possibles dans l'application de ces techniques. Ainsi, l'insémination artificielle et la congélation du sperme sont considérées comme des techniques; l'une des situations rendues possibles par ces techniques serait, par exemple, la congélation du sperme d'un homme devant subir un traitement de chimiothérapie, en vue de l'insémination ultérieure de sa conjointe.

Dans la mesure du possible, on distinguera donc d'une part, l'acte médical lui-même et d'autre part, les applications qu'il permet d'envisager. Cette distinction demeure discutable dans plusieurs cas. Ainsi, l'insémination artificielle en tant que telle se pratique de la même façon, que l'on utilise le sperme du conjoint ou celui d'un donneur, mais ces deux situations ont des implications tellement différentes au plan social et même médical qu'elles seront ici présentées comme deux techniques distinctes.

3.1 L'insémination artificielle

L'insémination artificielle consiste à aller déposer du sperme de bonne qualité, en quantité suffisante, chez une femme que l'on sait en période fertile. On peut déposer ce sperme au col de l'utérus ou dans l'utérus même. Le choix du moment de l'insémination peut être déterminé par la courbe de température basale et cette technique peut être accompagnée dans certains cas d'un protocole de stimulation hormonale.

3.1.1 L'insémination artificielle homologue

Une insémination artificielle est dite homologue lorsque le sperme utilisé est celui du conjoint de la femme inséminée. Le terme «conjoint» est utilisé ici en incluant les conjoints de fait et les conjoints mariés sans distinction (sauf indication contraire, il en sera de même dans tout le présent document).

Les indications pour recourir à cette technique sont la motilité et le nombre insuffisants des spermatozoïdes ou certaines causes physiologiques, par exemple une éjaculation rétrograde.

3.1.2 L'insémination artificielle hétérologue

L'insémination est hétérologue lorsqu'il y a utilisation du sperme d'un donneur (connu ou non de la femme inséminée). La principale indication est la stérilité du conjoint, c'est-à-dire la production nulle ou nettement insuffisante de spermatozoïdes. L'insémination artificielle hétérologue est aussi indiquée dans le cas d'un risque élevé de transmission de maladie héréditaire de la part du conjoint.

L'insémination artificielle hétérologue peut s'accompagner de l'appariement (matching). Pour ce faire, le sperme utilisé proviendra d'un donneur dont les caractéristiques physiques s'apparentent à celles du conjoint de la femme inséminée. Les indications de cette pratique sont d'ordre psychosocial et culturel.

3.1.3 L'insémination artificielle combinée

La pratique de l'insémination artificielle combinée consiste en l'utilisation d'un mélange de sperme provenant d'un donneur et du conjoint. Les indications sont essentiellement d'ordre psychologique, le conjoint pouvant ainsi penser qu'il est possible que l'enfant conçu soit de lui.

3.1.4 L'utilisation de sperme congelé ou décongelé

Parfois, on utilise du sperme congelé. Il est à noter que le taux de succès avec du sperme congelé peut être moindre qu'avec du sperme frais¹. Cette différence peut dépendre de plusieurs facteurs, notamment du niveau d'expertise des équipes professionnelles avec les techniques de congélation.

Les indications de l'utilisation du sperme congelé dans le cas de l'insémination **homologue** sont les suivantes:

- ▶ l'utilisation de plusieurs éjaculats pour obtenir la quantité requise de spermatozoïdes;
- ▶ en postvasectomie;
- ▶ après un traitement ou l'exposition prévue à des substances toxiques. Dans ces cas, le sperme est congelé de façon préventive.

Dans la pratique de l'insémination **hétérologue**, la congélation de sperme rend possible:

- ▶ la conservation et l'entreposage de sperme de donneurs pour usage ultérieur et la constitution d'une banque de sperme;
- ▶ un meilleur contrôle de la qualité des gamètes.

3.1.5 Quelques situations rendues possibles par l'insémination artificielle

L'existence de l'insémination artificielle permet, entre autres, d'envisager les possibilités suivantes:

- ▶ l'insémination artificielle **post mortem** homologue (avec le sperme congelé du conjoint décédé) et hétérologue (avec le sperme congelé d'un donneur décédé);
- ▶ l'insémination artificielle de convenance: l'insémination artificielle peut être utilisée par une femme seule ou des femmes d'orientation homosexuelle qui refuseraient le contact avec un homme, ou encore par des couples fertiles pour des fins de sexage ou de contrôle qualitatif, par exemple dans le cas de la banque de sperme de Prix Nobel. Elle peut aussi être utilisée dans le cadre d'un contrat de grossesse.

3.2 La fécondation *in vitro* et ses variantes actuelles

Il est probable qu'un des domaines d'intervention ayant connu l'expansion la plus rapide ces dernières

années soit la fécondation **in vitro**. Nous décrivons ici les trois variantes pratiquées actuellement au Québec à savoir, la fécondation **in vitro** «classique», la fécondation **in vivo** et finalement, la civette. Toutes ces techniques sont actuellement combinées avec le recours à la stimulation hormonale, à la capacitation des spermatozoïdes et aux tests précoces de grossesse. Nous reviendrons sur ces trois points communs.

3.2.1 La fécondation *in vitro*

Techniquement, la procédure implique les étapes qui suivent.

La première étape est le prélèvement des cellules reproductrices (gamètes). Chez l'homme, cela se fait par masturbation. On doit alors effectuer une série de manipulations sur le sperme pour lui donner son pouvoir fécondant. Il s'agit de la capacitation. Pour la femme, on peut prélever les gamètes par la paroscopie:

Cette intervention chirurgicale, pratiquée sous anesthésie générale, consiste à introduire au travers de la paroi abdominale un petit télescope muni d'une puissante source lumineuse. Celui-ci permet au gynécologue de voir avec clarté les organes génitaux. Un peu plus bas, par une deuxième incision, on introduit une aiguille dans un des follicules et on en aspire le contenu, l'ovule. (...) on utilise aussi l'échographie sous anesthésie locale, pour surveiller la cueillette des ovules. On fait pénétrer une aiguille par voie abdominale, ou encore par le vagin, et le gynécologue contrôle sur l'écran de l'appareil échographique le cheminement des opérations¹.

La deuxième étape est la mise en présence de l'ovule et du sperme en dehors du corps de la femme qui est suivie par un délai d'incubation à des températures et des conditions précises pouvant durer de 24 à 48 heures.

La troisième étape est le transfert d'un ou de plusieurs embryons dans l'utérus par les voies naturelles.

L'indication classique de la fécondation **in vitro** est l'occlusion tubaire bilatérale. Elle est parfois utilisée dans les cas de stérilité idiopathique et dans certains cas où un facteur mâle intervient dans l'infertilité du couple.

3.2.2 La fécondation *in vivo* (G.I.F.T.)

La fécondation **in vivo** (aussi désignée par le sigle G.I.F.T., de l'anglais «gamete intra-falopian transfer») se distingue de la fécondation **in vitro** de la façon suivante. Les ovules sont prélevés par laparoscopie, mis en présence du sperme capacité, et transférés par laparoscopie au niveau des trompes où se fera éventuellement la fécondation, d'où le **in vivo** versus le **in vitro**. L'indication la plus souvent évoquée pour le recours à cette technique est la stérilité idiopathique.

3.2.3 La civette

Cette nouvelle variante se distingue de la fécondation **in vitro** «classique» par le fait que les ovules et le sperme sont mis en présence dans une petite capsule, que celle-ci est déposée dans le vagin et maintenue en place par un diaphragme. Après un temps d'incubation, la capsule est retirée et les embryons éventuellement présents sont transférés.

3.2.4 La stimulation hormonale

Lors des premières tentatives de fécondation extra-corporelle, on ne ponctionnait qu'un seul follicule et l'ovulation n'était pas provoquée. Cette méthode exigeait une observation extrêmement précise du cycle de maturation de l'ovule, ce qui était difficile à réaliser. Il arrivait souvent que la laparoscopie était faite trop tôt ou trop tard et que le follicule était soit déjà éclaté ou trop immature pour qu'on puisse y prélever l'ovule. Le fait de n'avoir accès qu'à un seul follicule limitait aussi beaucoup les chances de succès du protocole. Dans ce contexte, les équipes de fécondation **in vivo** dans le monde ont recours maintenant à la super-ovulation qui permet de déterminer le moment exact de la laparoscopie et d'induire la maturation de plusieurs follicules.

Pour ce faire, la femme doit se soumettre à un protocole de stimulation hormonale, commençant le premier jour du cycle et se terminant par la laparoscopie environ treize ou quatorze jours plus tard. Durant cette période, la femme doit être disponible pour recevoir des injections, subir des prises de sang quotidiennes et plusieurs échographies.

3.2.5 La capacitation des spermatozoïdes

Les spermatozoïdes ne sont pas spontanément capables de féconder un ovule lorsqu'ils n'ont pas traversé les voies génitales de la femme. On doit leur faire subir une série de manipulations (i.e. centrifugation, lavage, collecte du surnageant) qu'on nomme capacitation.

3.2.6 Les tests de grossesse précoce

Les tests de grossesse précoce sont pratiqués une dizaine de jours après un transfert d'embryon et consistent à rechercher dans le sang de la femme la présence de certaines hormones indiquant que l'embryon s'est implanté et qu'une grossesse est amorcée.

3.2.7 Quelques situations rendues possibles par la fécondation *in vitro* et les techniques connexes

Ces techniques peuvent faire appel au don d'ovules et au don de sperme: dans ces cas, elles seront dites hétérologues.

La stimulation hormonale rend possible la présence d'un nombre plus élevé d'ovules que le nombre requis pour une tentative, ce qui permet d'envisager:

- ▶ la congélation d'ovules pour une utilisation subséquente par le couple;
- ▶ la congélation préventive d'ovules (avant que la femme subisse un traitement ou qu'elle soit exposée à des matières dangereuses);

- ▶ la constitution de banques d'ovules pour dons;
- ▶ le don d'ovules frais.

Concernant la congélation d'ovules, il est important de noter que l'utilisation d'ovules congelés est décrite comme très expérimentale dans la littérature³; quelques cas de grossesses sont rapportés.

La stimulation hormonale rend possible la présence d'un nombre plus élevé d'embryons que le nombre requis pour une tentative. Cette situation permet d'envisager:

- ▶ leur congélation;
- ▶ leur don à un autre couple;
- ▶ leur utilisation à des fins non reproductives telles la recherche ou la thérapie;
- ▶ leur destruction.

3.3 Le prélèvement d'embryon par lavage

Dans cette méthode de prélèvement, l'ovule est libéré par l'ovaire. À ce moment, on procède à l'insémination artificielle. Quelque trois ou quatre jours plus tard, l'utérus de la femme est «lavé» et l'embryon ainsi obtenu peut être soit donné à une autre femme, soit confié à une femme qui le portera à terme dans le cadre d'un contrat de grossesse.

3.4 Les contrats de grossesse (mères porteuses)

En général, quand il est question de «mères porteuses» ou de «maternité de substitution», on réfère essentiellement non pas à une technique ou à une intervention médicale mais bien à une **entente** prise entre différentes personnes, entente qui, dans certains cas, est conclue verbalement, de gré à gré, mais donne habituellement lieu à un

contrat censé garantir la réalisation de cette entente. Dans la plupart des cas, la situation peut être décrite ainsi:

1. un couple hétérosexuel souhaite avoir un enfant;
2. la femme de ce couple est stérile ou éprouve un problème de fertilité;
3. le couple en question veut que l'enfant soit génétiquement lié à l'homme mais ne veut pas que l'enfant soit conçu dans le cadre d'un rapport sexuel avec une autre femme, d'où le recours à l'insémination artificielle;
4. la plupart du temps, la mère éventuelle n'a pas de liens personnels antérieurs avec le couple demandeur;
5. le couple souhaite que la mère n'ait pas de contact avec l'enfant (ou très peu) et qu'elle demeure anonyme;
6. le couple ne veut pas que la mère éventuelle puisse exercer les droits parentaux qui lui sont normalement reconnus, y compris dans le cadre des procédures normales d'adoption;
7. le couple veut avoir certaines garanties quant à l'état de l'enfant qui leur sera remis et souhaite à cette fin soumettre la mère éventuelle à diverses obligations au moment de la conception, durant la grossesse et à l'accouchement;
8. la mère éventuelle recevra un paiement sous une forme quelconque (compensation, cadeau, ou autre);
9. des intermédiaires (avocats, médecins, agences, etc.) sont impliqués dans la préparation et la réalisation de l'entente, et en tirent un profit.

Une multitude d'autres situations pourraient être évoquées puisque chacun des éléments ci-haut mentionnés est susceptible de variantes mais ce portrait d'ensemble correspond probablement au plus grand nombre de cas, les variantes étant soit plus rares (ex.: la conjointe du père fournit l'ovule), soit purement hypothétiques (ex.: la partie demanderesse n'est pas un couple hétérosexuel mais une personne seule).

Les caractéristiques qui distinguent le mieux la pratique dont nous voulons parler sont sans doute le fait que l'entente soit préalable à la conception (ce qui la différencie notamment de l'adoption), qu'elle donne lieu à un contrat et qu'elle implique un paiement à la mère. Le seul élément de technique médicale est habituellement une insémination ou une série d'inséminations artificielles; dans de rares cas, on a procédé à un transfert d'embryon conçu **in vitro** avec l'ovule de la femme du couple demandeur.

Un examen du vocabulaire utilisé pour décrire ces situations, que ce soit dans la rédaction des contrats ou dans le langage courant, révèle des conceptions et attitudes diverses à l'égard de telles ententes ou de la maternité en général. Aux fins du présent rapport, le comité a choisi de retenir l'expression «contrats de grossesse» pour désigner ce phénomène, sur la base de considérations qui sont exposées au chapitre 7.

3.5 Le sexage

Nous définissons le sexage par l'ensemble des techniques permettant de déterminer et de connaître à l'avance le sexe de l'enfant à naître. On peut déterminer le sexe de l'enfant à naître par la sélection des spermatozoïdes ou en identifiant le sexe de l'embryon par l'examen des chromosomes.

3.6 La recherche et l'expérimentation en reproduction artificielle

Certaines techniques englobées dans le champ de la reproduction artificielle ne sont encore qu'à l'état expérimental, voire à l'état de possibilités purement théoriques. La recherche dans ce domaine ouvre en effet sur de très vastes perspectives, que l'on peut ramener aux trois grandes catégories utilisées par la Royal Society dans son mémoire au Comité Warnock⁴, à savoir:

- les recherches concernant directement l'amélioration de la fécondation **in vitro** comme procédure thérapeutique pour le traitement de certaines formes d'infertilité;
- les recherches utilisant la fécondation **in vitro** pour améliorer les connaissances au sujet de l'infertilité et pour saisir le problème des maladies génétiques et héréditaires;
- les recherches relatives à l'acquisition de connaissances de base du développement humain et de ses malfonctionnements.

Parmi les pratiques expérimentales fréquemment envisagées, mentionnons les suivantes:

a) l'utilisation d'embryons humains pour l'expérimentation de médicaments nouveaux:

L'utilisation d'embryons humains a été envisagée pour tester les effets des médicaments et d'autres produits analogues nouveaux qui peuvent être toxiques ou causer des malformations. C'est un domaine très préoccupant en raison de la possibilité d'une production massive d'embryons **in vitro**, peut-être à une échelle commerciale, pour ces besoins⁵.

b) le diagnostic préimplantation:

Après la fécondation **in vitro**, on pourrait laisser l'embryon se développer jusqu'à ce qu'il soit possible de prélever une ou plusieurs cellules sans compromettre le développement ultérieur de l'embryon. Cette technique est appelée «biopsie embryonnaire». Les cellules de la biopsie continueraient à se développer tandis que le reste de l'embryon serait congelé. Dès que l'on pourrait déterminer, à partir de la biopsie, si l'embryon est exempt de l'anomalie ayant motivé le test, une décision pourrait être prise quant à la décongélation de l'embryon et à son transfert dans l'utérus de la mère⁶.

c) la production de jumeaux identiques:

Cette technique, réalisée actuellement chez l'animal, consiste à diviser, à un stade très précoce, les cellules de l'embryon: les deux moitiés de l'embryon, qui contiennent le même matériel

génétique, poursuivront leur développement pour donner deux individus identiques. C'est d'ailleurs ce qui se produit naturellement chez l'animal ou chez l'humain lorsque naissent des jumeaux identiques.

d) le clonage:

Le clonage consiste en la production d'individus identiques à partir de cellules prélevées sur un organisme vivant. L'opération consiste à vider un embryon de ses instructions génétiques et à les remplacer par celles d'un autre organisme dont il sera la copie génétique.

e) l'ectogenèse et la gestation d'embryons humains par d'autres espèces:

Il a été suggéré qu'à long terme, l'évolution des techniques actuelles pourrait conduire à la conservation d'embryons en gestation dans un environnement artificiel (ectogenèse) pendant des périodes de plus en plus longues pour aboutir enfin à créer un enfant entièrement **in vitro**. Cette technique, dit-on, permettrait d'étudier en détail un développement humain normal et anormal aux stades embryonnaire et foetal⁷.

Dans le même ordre d'idée, il a aussi été fait mention de gestation d'embryons humains par d'autres espèces⁸.

f) la parthénogenèse:

Ce terme désigne le processus de reproduction par lequel un gamète produit un nouvel individu sans fécondation. Cette forme de reproduction existe chez certains invertébrés et certaines plantes⁹.

CHAPITRE 3: RÉFÉRENCES

1. "A.I.D. and AIDS — too Close for Comfort" in **Fertility and Sterility**, vol. 49, n° 2, (February 1988), pp. 209-210.
2. Jacques RIOUX et Jean-Pierre ROGEL, «La recette du bébé-éprouvette» dans **Québec Science**, (novembre 1985), tiré à part, p. 3.
3. ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY, "Ethical Considerations of the New Reproductive Technologies" in **Fertility and Sterility**, (September 1986), p. 52S.
4. **Human Fertilization and Embryology**, submission by the Royal Society to the Department of health and social security Committee of Inquiry into human fertilization and embryology, London, 1983, 5 p.
5. Mary WARNOCK, **Rapport de la Commission d'enquête concernant la fécondation et l'embryologie humaines**, Paris, La Documentation française, 1985, p. 112.
6. *Ibid.*, p. 115.
7. *Ibid.*, p. 113.
8. *Ibid.*, p. 114.
9. *Loc. cit.*

4

Nouvelles problématiques associées au développement des technologies de reproduction humaine

Comme le laisse voir le chapitre précédent, les techniques développées en reproduction artificielle peuvent chacune se prêter à des applications fort diverses et se combinent entre elles pour en permettre de plus nombreuses encore. Après cet aperçu, il convient d'exposer de façon aussi globale les grandes problématiques que génère ce champ de pratique. Chacune des techniques sera abordée dans les chapitres suivants avec les questions qu'elle soulève plus spécifiquement; mais comme une part de ces questions réapparaissent à propos de plus d'une technique, elles ont intérêt à être énoncées au préalable. Ceci permettra de bien situer l'ensemble des enjeux importants et de fournir à la réflexion des points de repère émanant de catégories autres que les catégories techniques.

Soulignons que ce chapitre constitue d'abord et avant tout une tentative de synthèse des éléments de problématique développés dans la littérature et les débats publics des dernières années, notamment dans les rapports de différentes commissions d'étude publiés jusqu'ici à travers le monde (voir l'annexe I), et dans les communications présentées à des colloques ayant porté sur les questions éthiques, juridiques, politiques et autres associées aux technologies de reproduction humaine. Il ne s'agit pas d'une revue de littérature formelle mais d'un aperçu des principales problématiques à prendre en considération.

Certaines de ces problématiques ont davantage retenu l'attention du présent comité comme en témoignent les prochains chapitres. Rappelons toutefois qu'à cette étape-ci, l'énoncé des questions et des analyses rencontrées dans la littérature constitue uniquement une toile de fond, un portrait des discussions soulevées dans la société, et que le comité n'adhère pas nécessairement à ces énoncés tels que formulés.

Le comité a choisi pour les fins de ce chapitre de présenter les nouvelles technologies de reproduc-

tion d'une façon globale à partir de différentes perspectives, les unes plus favorables, les autres plus critiques. Le comité considère que pour avoir une juste vision des choses, il est préférable de pouvoir reconnaître et apprécier chacune de ces perspectives, et que plus une question est complexe, plus cet effort est nécessaire.

Il importe aussi de comprendre que la perception d'une situation comme bénéfique ou comme problématique ne fait pas consensus ni dans la littérature, ni au sein même du comité. Cette perception dépend d'une série de facteurs et positions de principe qui dépassent parfois le cadre de l'analyse des nouvelles technologies de la reproduction. Ce qui est à retenir, c'est que les situations décrites plus loin sont perçues par certains milieux comme faisant problème.

Les problématiques sont regroupées autour des sept points suivants:

- ▶ la mise en place et l'accessibilité des nouveaux services en reproduction artificielle;
- ▶ la dissociation techniquement opérée entre la sexualité humaine et la conception de la vie;
- ▶ le découpage du processus physiologique de la reproduction en une séquence d'opérations distinctes;
- ▶ la commercialisation de l'être humain et de ses fonctions reproductrices;
- ▶ le pouvoir de manipuler le produit de la conception;
- ▶ le contrôle de la recherche scientifique;
- ▶ la répartition des ressources collectives.

Une dernière remarque générale doit être faite au sujet de la plupart des sections qui suivent en rapport avec la perspective de questionnement qui s'en dégage. Le présent comité est conscient que s'il a reçu le mandat d'évaluer les divers impacts du développement de la reproduction artificielle et d'en proposer des modes d'encadrement, c'est au départ parce que ce développement suscite des inquié-

tudes à plusieurs égards. Il faut donc, à la lecture de ce chapitre, retenir que le comité n'ignore pas les bienfaits potentiels des technologies de reproduction humaine même si le mandat qui lui a été confié l'amène à s'intéresser plus longuement aux problèmes soulevés par ces technologies et à leurs solutions.

Le comité a aussi jugé important d'examiner des situations qui paraissent à l'heure actuelle un peu exceptionnelles, voire hypothétiques. L'expérience d'autres groupes d'étude sur ces questions a persuadé les membres du comité que le développement des connaissances dans ce domaine est beaucoup plus rapide que l'avancement des réflexions, et que des pratiques hier marginales sont normalisées à un rythme parfois étonnant. Un rapport destiné aux responsables des politiques publiques de santé se devait de fournir à ceux-ci un regard non seulement actuel mais prospectif sur le sujet des technologies de reproduction humaine.

4.1 Avantages et bénéfices associés à l'existence et à l'offre de services de reproduction artificielle

4.1.1 Médecine reproductive et désir d'enfant

L'objectif même poursuivi par les techniques de reproduction en constitue, d'après certains milieux, le bénéfice majeur sans lequel elles n'auraient d'ailleurs aucun sens. En effet, selon eux, les nouvelles technologies de la reproduction représentent pour plusieurs couples le dernier espoir de concevoir un ou plusieurs enfants et de fonder une famille. Sans aller jusqu'à reconnaître un droit à l'enfant, plusieurs estiment que les nouvelles technologies de reproduction peuvent satisfaire éventuellement un désir naturel et profond¹. La persévérance de plusieurs dans des tentatives répétées, la reconnaissance de ceux qui réussissent à avoir

l'enfant tant désiré, le rassemblement des couples usagers des cliniques en groupes de pression² en font foi. Dans cette perspective, l'infertilité est considérée comme un problème de santé³ et les couples infertiles ont la possibilité de recourir à des services professionnels qualifiés, en connaissance de cause.

Par ailleurs, en ce qui concerne les femmes seules ou d'orientation homosexuelle, l'accès à des techniques comme l'insémination artificielle avec donneur leur permet d'éviter les risques associés aux rencontres passagères telles les maladies transmissibles sexuellement et plus profondément, leur évite un rapport dont elles ne veulent pas tout en bénéficiant des avantages du service médical en terme d'aseptie et d'anonymat⁴.

4.1.2 L'expérience humaine et sociale de l'infertilité

Le recours aux techniques de reproduction artificielle constitue, d'après certains, une réponse non seulement au désir d'enfant en tant que tel mais aussi aux difficultés émotives et sociales que doivent affronter les personnes infertiles. Divers témoignages font état du bouleversement des couples qui prennent conscience de leur difficulté à concevoir, des nombreux impacts ressentis dans leur vie conjugale, professionnelle et sociale, pouvant aller jusqu'au divorce et aux problèmes psychologiques graves⁵.

L'accès aux services médicaux en reproduction artificielle est parfois présenté comme le moyen d'épargner ces difficultés aux couples infertiles, et de prévenir certaines situations extrêmes pouvant requérir des interventions psychosociales⁶.

4.1.3 Les choix individuels en matière de vie reproductive

Certains textes⁷, y compris des sources féministes, voient dans les nouvelles possibilités offertes par la

reproduction artificielle une occasion de plus grande autonomie, pour les femmes en particulier. Les nouveaux choix qui deviennent envisageables, non seulement pour les femmes infertiles mais pour l'ensemble des femmes, permettraient de développer un contrôle plus grand sur leur vie reproductive et de redéfinir leur maternité⁸.

4.1.4 L'introduction d'un tiers dans la reproduction

Pour certains couples, l'introduction d'un tiers dans le processus de la reproduction peut être vu comme le seul moyen de concevoir un enfant biologiquement lié à l'un d'eux, tout en évitant de transmettre une maladie héréditaire dont l'autre partenaire est porteur⁹. Plusieurs couples qui avaient renoncé à avoir des enfants vu leur risque élevé de transmission d'une maladie peuvent, en recourant à un tiers donneur, éviter ce risque.

4.1.5 L'acquisition de connaissances nouvelles

Les recherches qui accompagnent le développement des nouvelles technologies de la reproduction peuvent être vues comme des moyens d'acquérir de nouvelles connaissances dans le domaine de l'infertilité et de la conception¹⁰. Ces connaissances se rapportent aussi au développement embryonnaire précoce, à la formation d'aberrations chromosomiques et au système reproducteur humain en général. Par exemple, l'étude des causes du rejet embryonnaire précoce pourrait permettre de contrôler ce rejet. Finalement, les connaissances acquises grâce à l'application des techniques de reproduction pourraient permettre de rendre ces dernières moins invasives et plus efficaces.

Certains points de vue soulignent que l'avancement des recherches et de la pratique en reproduction artificielle se traduira éventuellement par la mise au point de nouveaux contraceptifs, aussi bien que de nouveaux traitements de l'infertilité ou de problèmes obstétricaux, ou encore

par la prévention de maladies héréditaires. Cette position découle d'une perspective plus générale selon laquelle le maintien de la liberté scientifique et de la compétition entre les équipes de recherche est la condition du progrès et sera porteuse de bienfaits pour l'humanité¹¹.

4.2 Problématiques associées à l'existence et à l'offre de services de reproduction artificielle

Avant même de s'arrêter aux questions soulevées par la pratique des technologies de reproduction en raison de leurs caractères propres, on peut noter que l'existence de ces nouveaux services et leur insertion à l'intérieur du système de santé suscitent quelques débats, notamment sur le rapport entre la médecine et le désir d'enfant, ainsi que sur la reconnaissance des droits et libertés individuels dans l'accès à ce type de services.

4.2.1 Médecine reproductive et désir d'enfant

Diverses questions ont été soulevées au chapitre 2 à propos de l'effet que peut avoir la mise en place de services diagnostiques et thérapeutiques en infertilité sur les couples en âge de procréer, plus précisément sur leur perception d'eux-mêmes comme nécessitant une assistance médicale afin d'obtenir une grossesse.

Ainsi le délai de conception utilisé en médecine pour définir un couple comme infertile conduit un certain nombre de couples à douter prématurément de leur capacité de concevoir; selon certaines analyses, ce doute, conjugué à la proximité de services en infertilité, crée des conditions propices à un accroissement de la demande de services¹². Selon cette même logique, la mise en place de services palliatifs de reproduction artificielle peut également susciter, chez des couples traités sans succès par les

méthodes conventionnelles, le besoin de tenter à nouveau ce qu'ils évaluent comme une dernière chance.

Sur le plan individuel, ce nouveau choix a un envers et un endroit. L'endroit est l'espoir redonné à des gens stériles de procréer en dépit de leur condition. L'envers est un espoir ranimé chez des gens qui s'étaient adaptés à leur condition et qui en majorité traverseront inutilement de nouvelles épreuves sans réaliser davantage ce second espoir. L'offre d'un ultime recours peut aussi devenir une proposition difficile à écarter délibérément sans avoir l'air de se condamner soi-même et de refuser du même coup à son conjoint la dernière chance de devenir parent¹³.

Sur le plan culturel, selon certains, la recherche de solutions sociales et non médicales au problème de l'infertilité devient d'autant moins impérieuse que l'on croit possible, en tant que société, de fournir un jour une réponse médicale individuelle à ce problème¹⁴.

À ces préoccupations s'ajoute le caractère problématique de la démarche de certains couples qui persistent dans le recours à l'assistance médicale en dépit d'échecs successifs et d'effets sérieux sur la santé ou l'équilibre personnel des individus impliqués. Il est sans doute très délicat de déterminer à quel moment commence ce qu'on nomme dans cette perspective «l'acharnement procréatif»¹⁵; mais il est quand même nécessaire de le reconnaître comme un risque bien réel. On peut aussi se demander de quelle façon le processus général d'intervention augmente ou atténue ce risque en plaçant l'obtention d'une grossesse comme seul objectif et comme premier critère de réussite¹⁶.

Dans ce domaine comme dans d'autres, certains constatent une difficulté chez les intervenants à maintenir dans l'intervention médicale l'attention nécessaire

à la qualité de l'expérience humaine qui s'y vit; le danger, au bout du compte, serait de ne plus y voir qu'un déploiement de moyens techniques sophistiqués visant à remettre en action des organes déficients mais fonctionnels¹⁷.

Ceci conduit à un autre questionnement quant à la lourdeur des moyens utilisés en reproduction artificielle en regard des objectifs poursuivis et des résultats atteints. Divers témoignages de femmes et même de praticiens soulignent que le processus d'assistance médicale comporte souvent des exigences énormes en termes de résistance physique et émotive¹⁸. Alors que les effets sur la santé à moyen et à long termes, ne sont pas parfaitement connus, les chances de succès demeurent assez faibles. Dans ce contexte, comment pondérer les moyens utilisés, notamment le recours systématique à la stimulation ovarienne en fécondation **in vitro** (aussi utilisée en insémination artificielle à l'occasion), la pratique de transférer plusieurs embryons à la fois, ou la pratique de la fécondation **in vitro** chez des femmes fertiles en raison de l'hypofertilité de leur conjoint? Comment ne pas perdre de vue le respect du droit à l'intégrité physique des personnes, respect qui doit orienter l'intervention clinique et, plus fondamentalement, comment insérer cette notion dans la recherche et le développement des techniques?

Enfin, une question globale est soulevée à savoir si la science et la médecine ne devraient pas chercher d'abord et avant tout à protéger la faculté naturelle de procréation des hommes et des femmes, en étudiant davantage les causes d'infertilité et en développant de meilleurs moyens préventifs, diagnostiques et thérapeutiques. L'aggravation du problème des maladies transmises sexuellement, le recours précoce à la stérilisation et la pauvreté des alternatives contraceptives sont des sources importantes d'infertilité sur lesquelles il est possible d'agir¹⁹.

4.2.2 Médecine reproductive et droit d'accès aux services de santé

À partir du moment où l'infertilité est définie comme un problème strictement médical et où des services d'infertilité se développent à titre de «services de santé», la question des droits et libertés est soulevée sous divers angles.

On peut tout d'abord distinguer deux types de droits individuels, à savoir les droits positifs et les droits négatifs. Un droit positif implique que l'individu peut réclamer de la part des autres des gestes qui lui permettent de jouir de ce droit; par exemple, le droit à la vie permet d'exiger des autres qu'ils protègent et défendent la vie d'un individu mis en danger. Un droit négatif, au contraire, implique que l'individu peut simplement exiger que les autres ne nuisent pas à la jouissance de ce droit; par exemple, le droit à la vie privée signifie surtout que l'on doit s'abstenir de s'immiscer dans certains aspects de la vie des personnes.

Ainsi, le droit d'accès aux services de santé et la liberté de se reproduire sont explicitement reconnus dans certaines chartes et constitutions étrangères. L'existence de nouveaux services en reproduction artificielle consacre-t-elle le droit des personnes infertiles d'exiger l'accès à ces services sur les mêmes bases que les autres services de santé? Consacrerait-elle le droit de toute personne même fertile d'y recourir si cela est son choix pour quelque motif que ce soit? S'agit-il de droits positifs ou négatifs?

Y aurait-il discrimination dans le fait de limiter l'accès à ces services sur la base de critères sociaux tels que la situation matrimoniale ou l'orientation sexuelle? Y au-

rait-il abus à limiter cet accès sur la base d'une évaluation de l'aptitude à devenir parent ou de l'équilibre psychologique des personnes intéressées²⁰? Les praticiens détiennent-ils ou non une part de responsabilité dans le bien-être des enfants qu'ils contribuent à concevoir?

Même dans le contexte où des indications médicales précises sont utilisées pour déterminer l'éligibilité aux services, des glissements importants sont possibles à partir de cas exceptionnels et bien circonscrits jusqu'à des applications fort éloignées de l'intention initiale²¹. Au fur et à mesure que le recours à la technique est socialement accepté, normalisé, ces services pourraient même en venir à représenter un «progrès» sur le mode naturel de reproduction de l'espèce, certains y voyant divers avantages comme de mieux contrôler la qualité des embryons, de pratiquer une sélection eugénique, de permettre des grossesses chez des femmes ménopausées, etc.²²

D'indications médicales précises aux pratiques de convenance en passant par les indications médicales élargies, ces technologies pourraient, selon certains, entraîner des modifications profondes de la reproduction humaine et ces modifications affecteraient une proportion de gens plus importante que l'actuelle minorité²³.

D'autre part, l'existence d'un projet parental immédiat chez les individus qui y ont recours constitue, pour certains, une base minimale de la limite à ne pas franchir dans l'application des technologies de reproduction; les usages non reproductifs (tels que la création d'embryons pour la culture d'organes ou pour la fabrication de médicaments) et les usages reproductifs dissociés d'un projet parental bien précis (tels que la congélation d'embryons en vue d'une grossesse plus tardive ou en vue d'un don à une banque d'embryons) représentent un danger encore plus grave de déshumanisation²⁴.

4.3 **Problématiques reliées à la dissociation de la conception et de la sexualité**

Certains textes analysent le parallèle entre l'avènement de la contraception moderne qui a permis l'activité sexuelle coitale sans reproduction, et l'avènement des technologies de reproduction qui permettent la reproduction sans sexualité²⁵.

Les effets culturels de cette nouvelle évolution peuvent être recherchés au plan du sens différent que prend le projet d'enfant puisque sa réalisation se fait sous la surveillance et avec la participation des experts. Jusqu'où les rapports à l'intérieur du couple sont-ils transformés par la technique et par l'expert, coauteur de l'acte reproducteur? La relation parent-enfant est-elle différente? L'enfant ainsi conçu aura-t-il lui-même un sentiment particulier devant la découverte de son mode de conception²⁶? Ses parents éprouveront-ils une difficulté à le lui révéler, à déterminer le moment et la façon appropriée? Les tabous entourant l'éducation sexuelle des enfants seront-ils détrônés par ceux entourant la reproduction artificielle?

Quelle est la valeur attribuée à la dimension biologique et génétique du lien parental en regard de celle attachée à la dimension sociale (responsabilité et prise en charge de l'enfant)? Certaines pratiques, à la limite, marquent un investissement exclusif dans la réalisation d'un lien biologique. D'autres, au contraire, s'entourent d'un discours qui déprécie totalement l'apport biologique pour n'accorder de sens qu'au lien socialement construit avec l'enfant²⁷.

Par exemple, dans les cas d'insémination hétérologue, le lien génétique entre l'enfant et le donneur est socialement présenté comme n'ayant pas de signification, comme un simple échange fonctionnel, tandis que son lien biologique avec la mère est considéré au contraire comme un avantage important sur le recours à l'adoption. Dans le cas de

don d'ovule, l'apport de la mère génétique est aussi vu comme ne fondant pas de lien avec l'enfant, tandis qu'au contraire une mère sous contrat, assurant la gestation d'un embryon conçu avec l'ovule d'une autre femme, verra le statut de mère attribué plutôt à la femme qui aura fourni l'ovule. La fécondation **in vitro** pratiquée sur des femmes fertiles en raison d'un problème d'infertilité du conjoint, ou encore répétée à de multiples reprises au prix de la santé de la femme, peuvent aussi être vues comme des manifestations poussées de la quête du lien biologique. Dans tous ces exemples cependant, le biologique est vu comme le lieu privilégié d'intervention par lequel les problèmes rencontrés au plan de la reproduction humaine paraissent techniquement contrôlables.

Cette volonté de contrôle sur la reproduction s'étend aussi à la dimension temporelle grâce aux capacités nouvelles de prélever et de conserver le sperme, les ovules et les embryons humains. D'une certaine façon, les individus semblent gagner le pouvoir de mieux planifier et assurer leur descendance par la congélation de leur «matériel» génétique; mais d'une autre façon, le contrôle acquis à ce niveau semble avoir pour corollaire une perte de contrôle importante sur le mécanisme de succession des générations et d'organisation des liens de parenté entre les individus²⁸.

En plus de ces difficultés d'ordre sociojuridique, la conservation des gamètes et des embryons donne lieu à la formation de rapports encore imprécis entre ces «objets» et les individus ou couples à partir desquels ils sont obtenus. S'agit-il de liens de propriété? De parenté? D'identité (comme la partie séparée d'un tout)? Quel statut en particulier accorder aux embryons: ne seront-ils que des objets ou en fera-t-on des êtres en soi maintenant qu'on les fait survivre en dehors du corps féminin²⁹? Quelles seront les conséquences de ces discussions dans d'autres débats comme celui sur l'avortement³⁰?

4.4 Problématiques reliées au découpage de la fonction reproductive

4.4.1 La mutation de l'expérience de la maternité et des rapports de sexe

Selon certaines analyses, l'expérience féminine de la reproduction est particulièrement affectée par l'intervention de la technique qui atteint la différence fondamentale entre les sexes. En effet, la maternité biologique a de tout temps été vécue comme un processus intérieur et continu depuis la conception jusqu'à la naissance tandis que la paternité biologique a toujours été marquée par la discontinuité et l'extériorité du processus. La manipulation externe des gamètes et des embryons tendrait maintenant à assimiler l'expérience de la maternité et celle de la paternité³¹.

Le fait également de pouvoir prélever des ovules comme on peut prélever des spermatozoïdes suscite des analogies entre ces deux substances génétiques, ainsi qu'entre les pratiques de don de sperme et de don d'ovules, bien que ces pratiques ne soient certainement pas équivalentes ni au plan technique, ni au plan symbolique. La fonction de gestation utérine prend ainsi indirectement une valeur secondaire, plus instrumentale que le lien génétique puisque ce dernier fonde entièrement la paternité. La valeur accordée au spermatozoïde se voit plus ou moins transposée à l'ovule, et les neuf mois de gestation et le travail de l'accouchement avec tout ce qu'ils supposent d'implication physique et émotive en rapport avec l'enfant sont symboliquement ramenés, dans certains discours, à un statut plus accessoire; ils le sont particulièrement dans le contexte des pratiques impliquant des tiers³².

Même sans recours à un tiers géniteur cependant, le débat sur la primauté entre le lien social et le lien biologique est grandement attisé par des controverses anciennes et récentes qui s'y greffent en regard de l'adoption.

4.4.2 L'introduction de tiers (géniteurs) dans la reproduction

Conséquence du découpage de la fonction reproductrice par la technique, la possibilité d'introduire une tierce partie dans la conception d'un enfant, sans qu'il y ait rapport sexuel, ouvre sur deux perspectives principales.

La première est qu'un couple hétérosexuel se prévale de la technique afin de concevoir un enfant.

La seconde est qu'une personne seule se prévale de la technique afin de concevoir un enfant sans rapport sexuel et sans autres rapports sociaux avec le sexe opposé; ce peut aussi être le fait de couples homosexuels ou lesbiens. Dans ces derniers cas, il y a à la fois un débat sur l'acceptabilité de cette pratique du point de vue du bien-être éventuel de l'enfant, et un autre débat, plus sociologique, sur les causes et les répercussions de ce type de choix en tant qu'évolution des rapports entre les sexes.

Dans les cas plus fréquents où la pratique s'adresse à des couples hétérosexuels, des questions intéressantes peuvent être posées quant à l'effet de cette pratique à l'intérieur des rapports de couple, et dans les rapports de chacun des parents avec l'enfant ainsi conçu. Là encore, bien des comparaisons sont tentées avec les situations d'adoption mais certaines différences demeurent et les études qui permettraient de répondre adéquatement aux questions soulevées restent à faire.

D'autre part, la situation actuelle la plus répandue est celle où la tierce partie joue ce rôle dans l'anonymat complet, et où le recours à une intervention technique demeure lui-même secret. Ce contexte de secret constitue, selon certaines analyses, un facteur possible de problèmes personnels et familiaux importants. Ce secret peut devenir difficile à protéger, être accidentellement divulgué ou encore

être révélé d'une façon traumatisante pour l'enfant, au moment d'un conflit par exemple. Même lorsqu'il est bien protégé, il semble que le secret puisse affecter la qualité des communications familiales et perturber malgré tout le développement psychique de l'enfant. L'inégalité entre les conjoints sur le plan du lien biologique avec l'enfant comporte aussi des difficultés qui peuvent prendre un caractère grave lors d'une rupture conjugale³³.

D'autres points de vue font plutôt état de la nécessité, pour les parents ayant eu recours à un tiers, d'écarter définitivement cette personne de leur vie privée et de protéger l'unité familiale, et inversement, celle pour le donneur ou la donneuse de ne pas s'exposer à des intrusions ou à des sollicitations venant de l'enfant ou des parents. L'enfant lui-même, à la limite, doit aussi être protégé de contacts non voulus avec un parent biologique³⁴.

Enfin, le droit de chaque enfant de connaître ses origines biologiques est défendu depuis quelques années par des mouvements de personnes adoptées qui veulent reprendre contact avec leurs parents naturels. Ce droit, reconnu au Québec par le Code civil pour les enfants adoptés, à l'intérieur de certaines limites, est proclamé par ses défenseurs comme un droit aussi fondamental que le droit des personnes à la vie privée. Selon eux, il touche directement à l'identité et à l'intégrité de la personne; il rejoindrait même, en un sens, le droit à la vie privée dans la mesure où la connaissance de ses origines biologiques ferait partie des renseignements qui concernent le plus directement un individu et donc qu'il devrait y avoir accès. Il s'agirait de données essentielles à la construction de son identité et à son insertion dans une continuité biologique et sociale³⁵.

Les problèmes associés à l'introduction de tiers dans la reproduction demeurent dans tous les cas assez complexes. Qu'il y ait ou non reconnaissance du droit de l'enfant de connaître ses origines, la conservation et la confi-

dentialité des dossiers relatifs à cette pratiques posent des problèmes pratiques particuliers: les liens doivent pouvoir être faits entre parent et enfant biologiques dans certaines situations d'urgence médicale par exemple, mais la confidentialité des dossiers doit être assurée par des mesures sévères. Il faut veiller d'autre part à ce que des banques de données aussi importantes ne puissent être utilisées à d'autres fins.

Un dernier problème qui se pose autant dans le contexte de l'anonymat que de la reconnaissance du droit aux origines est celui du lien légal entre le donneur ou la donneuse et l'enfant. On peut constater dans le droit québécois que les droits parentaux ne sont pas aliénables par anticipation³⁶; le cas des dons de sperme et des dons d'ovule soulève donc une difficulté d'ordre juridique à laquelle il serait cependant possible de pallier en autant que l'on distingue bien la filiation et l'autorité parentale à l'égard d'un enfant.

Le cas des grossesses sous contrat présente en partie une difficulté semblable puisqu'il implique le consentement anticipé à l'adoption de l'enfant. Cependant il s'y ajoute deux autres composantes dont l'une est le renoncement de la part de la mère à une partie de ses droits et libertés individuels au moment de la conception, durant la grossesse et à l'accouchement, ce qui entraîne des conséquences prévisibles sur les droits des femmes enceintes en général; l'autre élément problématique est le versement d'un paiement en échange de la réalisation du contrat, ce qui ouvre la vaste question de la commercialisation de la reproduction humaine.

4.4.3

La commercialisation de l'être humain et de la fonction reproductive

Un troisième type de problèmes découlant du découpage de la fonction reproductive par la technique se dessine avec la possibilité que les échanges de gamètes, d'embryons, ou de «services» reproductifs donnent

lieu à des transactions financières. L'exploitation commerciale de banques de sperme ou d'ovules soulève déjà de nombreuses questions éthiques³⁷; la vente d'embryons humains conçus **in vitro** en soulève de plus complexes encore³⁸; l'exploitation des facultés reproductrices des femmes dans les cas de contrats de grossesse ou d'insémination artificielle suivie de lavage utérin vient aussi remettre en cause le principe de droit selon lequel la personne humaine ne peut être objet de commerce, qu'il s'agisse ici de la mère biologique ou de l'enfant³⁹.

Les fins auxquelles sont destinés les gamètes ou les embryons ainsi échangés peuvent déterminer jusqu'à un certain point les jugements portés sur de telles transactions, selon par exemple qu'ils servent à des fins reproductives, à des fins de recherche à but thérapeutique, à d'autres fins médicales ou non médicales, etc. Une commission d'étude a déjà suggéré que la vente ou l'achat de gamètes ou d'embryons humains soient autorisés avec l'accord d'un organisme de contrôle et sous réserve des conditions prescrites par celui-ci⁴⁰.

À une échelle encore plus large, la question des rapports marchands pouvant se développer entre hommes et femmes, entre différentes classes socioéconomiques et entre les populations des pays riches et des pays pauvres, suscite diverses inquiétudes. Certains auteurs vont jusqu'à craindre la création de sous-classes de femmes auxquelles reviendrait la responsabilité de reproduire l'espèce, dans des conditions rappelant celles de la prostitution sexuelle ou de l'esclavage⁴¹.

D'un autre point de vue, le respect des libertés individuelles est parfois utilisé comme argument pour justifier la tolérance de ces formes de commercialisation en autant que les personnes impliquées soient pleinement consentantes⁴².

4.5 Problématiques reliées aux nouveaux pouvoirs de manipulation du «produit» de la conception

4.5.1 Le risque de sélection eugénique

Bien des débats relatifs aux applications des technologies de reproduction se rapportent au glissement possible, voire inévitable selon certains, d'un souci légitime de prévention des anomalies chez les enfants conçus avec l'intervention de la technique, vers la consécration de l'exigence d'un «produit» parfait⁴³.

Dans le processus de recrutement des donneurs de sperme par exemple, une absence de sélection équivaldrait sans doute à une négligence professionnelle tandis qu'une sélection médicale et génétique poussée trop loin prendrait une allure d'eugénisme, de standardisation déshumanisante.

Les indications médicales de recours aux dons de gamètes, lesquelles incluent habituellement le risque de transmission de maladies génétiques, peuvent également tendre à inclure des cas de risques peu élevés ou des risques de défauts génétiques mineurs; l'on verrait ainsi se réduire la fraction de population génétiquement «qualifiée» pour la reproduction.

La pratique du diagnostic préimplantation pose un problème semblable alors qu'on disposerait éventuellement de moyens permettant d'évaluer la qualité des embryons **in vitro**. Là encore, l'existence d'un moyen de savoir implique une responsabilité chez ceux qui en disposent⁴⁴. La question éthique peut à la fois être celle-ci: «Sera-t-il moralement acceptable d'éliminer des embryons auxquels on aura trouvé un défaut génétique?», comme elle peut être à l'inverse: «Sera-t-il acceptable de transférer à une

femme un embryon dont on ignore s'il est génétiquement sain?»

De plus, la réponse à l'une ou l'autre de ces questions prendra une forme différente selon qu'on la pose à propos d'un embryon donné destiné à une femme donnée, ou selon qu'on la pose dans une perspective sociale à plus long terme. C'est ainsi que les dilemmes qui se présentent à l'intérieur des rapports individuels entre médecins et patients, à savoir jusqu'où va le devoir du médecin d'obtenir et de transmettre toutes les informations disponibles, ne peuvent bien souvent être résolus qu'à la lumière des conséquences de ces décisions sur une large échelle et à plus long terme. Ainsi les groupes de défense des droits des personnes handicapées font valoir le droit à la différence comme un apport à la richesse de la société et perçoivent l'option de réduire le nombre des personnes handicapées comme une menace à la mise en oeuvre d'autres mesures qu'ils revendiquent⁴⁵. Certains des choix auxquels nous confrontent les technologies nouvelles doivent nécessairement être posés comme des choix de société avant d'être éventuellement posés comme des choix individuels ou professionnels.

4.5.2 Le sexage

Le développement des technologies de reproduction artificielle vise à pouvoir éventuellement contrôler la qualité génétique des enfants à naître, mais aussi à permettre d'en manipuler certains traits tels que le sexe.

Le problème du sexage est déjà intensément débattu dans le cadre de la pratique du diagnostic prénatal suivi d'avortement sélectif; les données du problème y sont cependant sensiblement différentes, dans la mesure où, en reproduction artificielle, l'intervention effectuée n'implique pas d'avortement et s'exécute en dehors de la grossesse. Il peut s'agir soit de manipulation du sperme permettant d'augmenter la concentration de spermatozoïdes por-

teurs du sexe désiré, soit encore de sélection du sexe des embryons destinés à un transfert à l'utérus.

La mise au point de ces techniques est en principe justifiée par une préoccupation médicale, à savoir éviter la conception d'enfants souffrant d'une maladie génétique associée à l'un ou l'autre sexe comme l'hémophilie. Cependant il s'agit là d'une application orientée vers une population très restreinte. Une application éventuellement beaucoup plus large serait de satisfaire la préférence des couples au sujet du sexe de leurs enfants; il peut s'agir de couples recourant pour d'autres raisons aux techniques de reproduction artificielle, comme il peut s'agir de couples qui y ont recours pour ce seul motif.

Les avantages de cette pratique au plan individuel sont assez simples à voir mais les inconvénients au plan social et à long terme sont moins explicites. Plusieurs enquêtes, rapportées dans une étude récente du Conseil du statut de la femme⁴⁶, confirment que dans tous les pays étudiés, les couples en âge de procréer préféreraient en majorité avoir un garçon comme premier-né ou comme enfant unique. L'accès à des moyens de satisfaire ces préférences risque donc de créer des modifications plus ou moins graves de l'équilibre démographique et social entre les sexes chez les générations futures.

4.6 Problématiques liées au contrôle de la recherche scientifique

Le contrôle des activités de recherche scientifique génère des débats qui ne datent pas de l'émergence des technologies de reproduction, mais bien de plusieurs siècles. Cependant, on peut affirmer que les conséquences des recherches actuelles en reproduction humaine sont d'une telle portée qu'elles suscitent inévitablement des discussions sur la légitimité ou sur la faisabilité d'un contrôle sur les travaux des chercheurs.

Dès les débuts de la science moderne, ces derniers ont dû se défendre contre les divers pouvoirs, le pouvoir religieux en particulier, qui étaient menacés par les résultats de leurs travaux. La défense de l'autonomie des chercheurs est devenue, au fil des siècles, synonyme de la défense du progrès et de la démocratie.

À l'ère de la puissance nucléaire cependant, des doutes viennent à l'esprit de plusieurs, même chez les scientifiques. Toute connaissance nouvelle est-elle un progrès pour l'humanité quelles que soient les applications qu'on en fait? Les chercheurs ont-ils une quelconque responsabilité quant aux répercussions de leurs découvertes sur la collectivité? Si un certain contrôle ou une surveillance quelconque sont nécessaires, peuvent-ils être exercés par la communauté scientifique à elle seule ou est-il légitime que la collectivité elle-même y prenne part⁴⁷?

Ce type de questions est posé avec une nouvelle acuité à cause de l'évolution extrêmement rapide et imprévisible des technologies de reproduction artificielle depuis une dizaine d'années. Des moratoires sont réclamés, des lois et des règles éthiques sont proposées. Le problème de la disposition des embryons humains suscite sans doute la plus grande part des inquiétudes, mais d'autres volets de la recherche en reproduction humaine, comme la mise au point de l'utérus artificiel, ébranlent aussi l'adhésion absolue au principe d'autonomie des chercheurs⁴⁸.

L'analyse que font certains critiques de la recherche actuelle en reproduction humaine et dans bien d'autres domaines met d'autre part en lumière le rôle que jouent les sources de financement dans l'orientation des travaux des chercheurs vers des projets susceptibles, par exemple, d'avoir des applications rentables. Ces critiques soulignent également les effets de la dynamique interne aux milieux de la recherche scientifique⁴⁹, caractérisée par une grande compétitivité; cette dynamique favoriserait les pro-

jets plus spectaculaires, ceux qui risquent de donner lieu à une grande «première» aux dépens d'autres projets plus susceptibles d'améliorer le bien-être du plus grand nombre.

Ces conditions de développement de la recherche scientifique font que davantage de chercheurs tenteront de réussir l'application de la fertilisation *in vitro* à une femme ménopausée tandis que peu de chercheurs se pencheront vraisemblablement sur l'étude des effets secondaires de la stimulation ovarienne.

Certaines auteures féministes relient également l'orientation des recherches avec la forte prédominance des valeurs historiquement masculines parmi la communauté scientifique, notamment dans les cadres institutionnels à l'intérieur desquels doivent s'intégrer les chercheurs et les chercheuses. Les analyses féministes suggèrent que ces valeurs imprégnées dans les structures et la présence récente et encore très faible des femmes dans ces milieux donnent au développement de la recherche en reproduction humaine une direction qui a peu de lien avec les préoccupations et les besoins réels de l'ensemble des femmes⁵⁰.

Il ressort enfin d'un grand nombre de textes que le public n'a pas accès au type d'information qui lui serait nécessaire pour prendre conscience des questions qui se posent et pour alimenter des débats collectifs. Même les élus et les responsables chargés de prendre des décisions importantes à l'égard de ce phénomène ne disposent pas toujours des informations appropriées, ni du temps nécessaire pour réfléchir à ces informations avant qu'elles ne deviennent périmées. Plus d'un rapport d'étude mentionne en particulier que les recherches dans ce domaine souffrent d'un manque d'évaluation scientifique à moyen et à long termes, et d'une absence quasi totale d'évaluation sociale alors que leurs applications créent déjà des situations de fait⁵¹.

4.7 Problématiques reliées à l'allocation des ressources collectives et à la définition des politiques publiques

Les questionnements présentés dans la dernière section de ce chapitre se rapportent directement au mandat donné au présent comité par la ministre de la Santé et des Services sociaux. En effet, ce mandat invitait les membres du comité à formuler leurs recommandations dans une perspective de cohérence des soins de santé au Québec.

Cet appel conduit le comité à situer le développement des services en reproduction artificielle à l'intérieur d'un continuum d'interventions relatives aux problèmes de fertilité, à savoir la recherche des causes d'infertilité, les mesures de prévention, les services diagnostiques, les services thérapeutiques ou curatifs, et les services palliatifs. Une bonne articulation de ces interventions et un certain équilibre dans les ressources allouées à chacune constituent un premier niveau de cohérence recherché.

Le comité a également tenté de présenter ses réflexions en gardant à l'esprit l'ensemble des responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux. Son évaluation des mesures à prendre au sujet de la pratique en reproduction artificielle s'est élaborée en considérant un éventail d'autres services dans la sphère de la santé, notamment en planification des naissances et en périnatalité.

Une telle perspective d'ensemble a l'intérêt de permettre une meilleure appréciation des liens et des interactions entre les différents champs de pratique en santé et de suggérer des points de repère utiles à une allocation équitable des ressources collectives. Cette perspective a guidé les réflexions du comité, comme on le verra dans l'ensemble du rapport, et particulièrement aux chapitres 9 et 10 qui touchent les politiques publiques relatives aux technologies de reproduction humaine.

CHAPITRE 4: RÉFÉRENCES

1. COMMISSION D'ENQUÊTE CONCERNANT LA FÉCONDATION ET L'EMBRYOLOGIE HUMAINES, **Fécondation et embryologie humaine (rapport Warnock)**, Paris, La Documentation française, 1984, pp. 22-23.
2. L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA FERTILITÉ INC., **Brochure d'information**, Montréal, 1987.
3. ONTARIO LAW REFORM COMMISSION, **Report on Human Artificial Reproduction and Related Matters**, Ontario, Ministry of the Attorney General, 1985, p. 149.
4. Gillian HANSCOMBE, "The Right to Lesbian Parenthood" in **Journal of Medical Ethics**, n° 9, 1983, pp. 133-135.
5. Témoignage d'un couple infertile dans **La fécondation in vitro, bienfait pour l'humanité ou aventure scientifique? Dossier d'éthique médicale n° 3**, Québec, Groupe de recherche en éthique médicale, 1985.
6. Andrée CHATEL, «Aspects psychologiques» dans **L'insémination artificielle thérapeutique**, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1983, p. 70.
7. WOMEN'S REPRODUCTIVE RIGHT INFORMATION CENTER, "Ova Easy" in **Connexions**, n° 15, (Winter 1985).
Voir aussi Nancy BREEZE, "Who is Going to Rock the Petri Dish? for Feminists Who Have Considered Parthenogenesis When the Movement is Not Enough" in **Test-Tube Women. What Future for Motherhood?**, edited by Rita Arditti, Renate Duelli Klein and Shelley Minden, Boston, Pandora Press, 1984, pp. 397-401.
8. Robert BADINTER, «Les droits de l'homme face aux progrès de la médecine, de la biologie et de la biochimie» dans **Le Débat**, n° 36, (septembre 1985), p. 7.
9. Edouard BONÉ et Jean-François MALHERBE, **Engendrés par la science**, Paris, Les Éditions du Cerf, 1985, p. 59.
10. COMMISSION D'ENQUÊTE CONCERNANT LA FÉCONDATION ET L'EMBRYOLOGIE HUMAINES, op. cit., p. 99.
11. François GROS, François JACOB et Pierre ROYER, **Science de la vie et société**, Paris, Éditions du Seuil, 1979, p. 281.
12. Madeleine DAYAN-LINTZER, «Quand l'enfant ne vient pas» dans **Projet**, n° 195, (septembre-octobre 1985), p. 17.
13. Témoignage d'un couple infertile dans **La fécondation in vitro, bienfait pour l'humanité ou aventure scientifique?**, op. cit.

- Voir aussi Geneviève DELAISI DE PARSEVAL et Alain JANAUD, **L'enfant à tout prix**, Paris, Éditions du Seuil, 1983, p. 26.
- Voir aussi Françoise-Romaine OUELLETTE, **Les enfants que je veux... si je peux**, Québec, Conseil du statut de la femme, 1987, pp. 33-36, 87-89.
14. Olivier de DINECHIN, «Le désir d'enfant exprime une culture» dans **Projet**, n° 195, (septembre-octobre 1985), p. 14.
- Voir aussi André JEAN, «Baby Shop ou le bout de chou éprouvette», dans **Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec**, sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neil, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1987, pp. 261-274.
15. Marie-Ange D'ADLER et Marcel TEULADE, **Les sorciers de la vie**, Paris, Gallimard, 1986, p. 21.
- Voir aussi Geneviève DELAISI DE PARSEVAL et Alain JANAUD, op. cit., p. 274.
16. Françoise-Romaine OUELLETTE, op. cit., p. 121.
17. Alain JANAUD, «La bébématisation» dans **Objectif Bébé, Autrement**, n° 72, (septembre 1985), p. 19.
18. Françoise-Romaine OUELLETTE, op. cit., pp. 70-77.
19. David ROY, «La reproduction humaine: une prospective des 25 années à venir» dans **Fertilisation en laboratoire d'ici l'an 2000**, Montréal, Les Éditions Bellarmin, 1985, p. 97.
- Voir aussi Louise VANDELAC, «Une clôture d'ouvertures...» dans **Sortir la maternité du laboratoire**, Actes du forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction, Québec, Conseil du statut de la femme, 1988, p. 372.
20. AMERICAN FERTILITY SOCIETY, "Ethical Considerations of the New Reproductive Technologies" in **Fertility and Sterility**, (September 1986), p. 215.
21. David ROY, op. cit., p. 98.
22. Gena COREA, **The Mother Machine. Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs**, New York, Harper and Row, 1985, pp. 310-314.
23. Jacques TESTART, «Des enfants **in vitro**» dans **Projet**, n° 195, (septembre-octobre 1985), p. 41.
- Voir aussi Jacques DUFRESNE, **La reproduction humaine industrialisée**, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1986, p. 34.
24. CONSEIL DE L'EUROPE, **Avis sur l'usage diagnostique, thérapeutique, industriel et commercial des embryons et des foetus humains**, 18 septembre 1986, 4 p.
- Voir aussi COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, **Avis relatif aux recherches sur les embryons humains in vitro et à leur utilisation à des fins médicales ou scientifiques**, Paris, 15 décembre 1986.
25. Pierre JOUANNET, «Un bouleversement dans l'exercice de la médecine» dans **Projet**, n° 195, (septembre-octobre 1985), p. 98.
26. Robert SNOWDEN et Elisabeth SNOWDEN, «Les bébés IAD» dans **Objectif Bébé, Autrement**, n° 72, (septembre 1985), pp. 128-136.
27. Rona ACHILLES, **The Social Meanings of Biological Ties: a Study of Participants in Artificial Insemination by Donor**, Thèse de doctorat, Faculté de Philosophie, Université de Toronto, 1986, pp. 150-153.
28. René FRYDMAN, **L'irrésistible désir de naissance**, Paris, Presses Universitaires de France, 1986, p. 94.
29. GROUPE DE RECHERCHE EN ÉTHIQUE MÉDICALE, «Rapport de recherche» dans **La fécondation in vitro, bienfait pour l'humanité ou aventure scientifique? Dossier d'éthique médicale n° 3**, Québec, GREM, 1985.
30. Bartha M. KNOPPERS, **Les femmes et les technologies de la reproduction**, exposé présenté au Forum sur le droit de la famille, Ottawa, mars 1985, 19 p.
- Voir aussi Janet GALLAGHER, "The Fetus and the Law. Whose Life is it Anyway?" in **MS**, (September 1984).
31. Louise VANDELAC, «Sexes et biotechnologies: mères porteuses déportées par la langue» dans **Sociologie et société**, vol. 19, n° 1, (avril 1987), pp. 97-115.
- Voir aussi Mary O'BRIAN, **The Politics of Reproduction**, London, Routledge and Kegan Paul, 1981, p. 45 et suiv.
32. Jean COHEN, «Aspect éthique de la fécondation **in vitro**» dans **Génétique, procréation et droit**, Paris, Actes Sud, 1985, p. 479.

33. Geneviève DELAISI DE PARSEVAL et Alain JANAUD, op. cit., p. 202.
34. COMMISSION D'ENQUÊTE CONCERNANT LA FÉCONDATION ET L'EMBRYOLOGIE HUMAINES, op. cit., p. 31.
Voir aussi Santé et Bien-être social Canada, **Rapport du comité consultatif sur le stockage et l'utilisation du sperme humain**, Ottawa, 1981, 82 p.
35. Édith DELEURY, «Filiation, parenté, identité: rupture ou continuité?» dans **Sortir la maternité du laboratoire**, Québec, Conseil du statut de la femme, 1988, pp. 164-169.
36. Voir à ce sujet la section 5.3 du rapport.
37. Santé et Bien-être social Canada, **Rapport du comité consultatif sur le stockage et l'utilisation du sperme humain**, op. cit.
Voir aussi COMMISSION D'ENQUÊTE CONCERNANT LA FÉCONDATION ET L'EMBRYOLOGIE HUMAINES, op. cit., p. 125.
38. CONSEIL DE L'EUROPE, op. cit.
Voir aussi COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, op. cit.
39. Voir à ce sujet la section 7.2 de ce rapport.
40. COMMISSION D'ENQUÊTE CONCERNANT LA FÉCONDATION ET L'EMBRYOLOGIE HUMAINES, op. cit., p. 125.
41. Gena COREA, op. cit., p. 272 et suiv.
Voir aussi COMMISSION D'ENQUÊTE CONCERNANT LA FÉCONDATION ET L'EMBRYOLOGIE HUMAINES, op. cit., p. 76.
42. Diana BRAHAMS, "The Hasty British Ban on Commercial Surrogacy" in **Hastings Center Report**, (February 1987), p. 17.
43. René FRYDMAN, op. cit., p. 196.
44. René FRYDMAN, op. cit., p. 213.
45. Anne FINGER, "Claiming all of our Bodies: Reproductive Right and Disability", in **Test-Tube Women. What Future for Motherhood?**, edited by Rita Arditti, Renate Duelli Klein and Shelley Minden, London, Boston, Pandora Press, 1984, p. 281.
46. Hélène VALENTINI et Lise DUNNIGAN, **Le diagnostic prénatal. Recherche et recommandations**, Québec, Conseil du statut de la femme, août 1987, 145 p.
47. Jean COHEN, op. cit., p. 486.
Voir aussi Jacques DUFRESNE, «Le poème de la limite» dans **Sortir la maternité du laboratoire**, Québec, Conseil du statut de la femme, 1988, pp. 34-39.
48. Jacques DUFRESNE, op. cit., pp. 34-39.
Voir aussi Jacques TESTARD, **L'oeuf transparent**, Paris, Flammarion, 1986.
49. Jacques DUFRESNE, op. cit., pp. 34-39.
Voir aussi Jacques TESTARD, op. cit.
50. Rita ARDITTI, "Male Science and the Technological Fix: the Case of the New Reproductive Technologies" dans **Sortir la maternité du laboratoire**, Québec, Conseil du statut de la femme, 1988, pp. 303-311.
Voir aussi «Epilogue» in **Women Look at Biology Looking at Women**, edited by Ruth Hubbard, Mary Sue Henifin and Barbara Fried, Cambridge, Shenkman Publishing Co., 1979, pp. 205-209.
51. Intervention de M. Latour dans **Génétique, procréation et droit**, Paris, Actes Sud, 1985, p. 96.

5

5.1 La pratique de l'insémination artificielle au Québec

La première insémination artificielle rapportée au Canada a été pratiquée en 1968¹. Comme il s'agit d'une technique simple et relativement connue, il est vraisemblable que cette pratique officielle ait été précédée, comme c'est le cas dans beaucoup d'autres pays², d'une pratique officieuse. Il est fait mention de cette pratique dans des traités de morale médicale publiés au Québec bien antérieurement à cette date³.

Au Québec, à partir de 1971, la Régie de l'assurance-maladie reconnaît l'insémination artificielle comme assurable, c'est-à-dire comme «requisite du point de vue médical». Cent cinquante-trois (153) inséminations ont été facturées cette année-là. Un seul code d'acte (0490) réfère aux inséminations artificielles, qu'elles soient homologues ou hétérologues. En 1985, 118 médecins ont facturé un total de 7 199 inséminations réparties entre 1 511 bénéficiaires. De ce nombre, 1 760 inséminations ont été facturées dans des cabinets ou des établissements non codés. Le reste se répartit dans 37 centres hospitaliers (voir l'annexe 2 pour un portrait statistique détaillé de l'évolution de la pratique).

Au Québec, les inséminations artificielles sont faites en nombres variables selon les régions. D'un centre à l'autre, le nombre peut varier entre 1 et 2 000. La simplicité de la technique a permis cette expansion rapide ainsi que le développement d'une pratique en cabinet privé; en 1985, celle-ci représentait environ 25 % des inséminations facturées à la Régie de l'assurance-maladie.

Généralement, l'insémination artificielle se fait au niveau du col de l'utérus et elle est combinée avec la prise de température pour déterminer la période fertile. Un centre utilise la stimulation hormonale pour accroître les taux de succès. On procède généralement à plus d'une insémina-

La pratique de l'insémination artificielle

tion pour un cycle donné et il peut arriver qu'on procède à trois inséminations avec trois donneurs différents. La majorité des centres utilise du sperme frais, quelques centres disposent d'une banque de sperme congelé.

La littérature sur le sujet indique que les cliniques spécialisées en insémination artificielle rapportent des taux de succès d'environ 80 % après six mois⁴.

Des données ont été préparées pour le comité sur l'issue des inséminations pratiquées au Québec, toujours à partir du fichier des actes de la R.A.M.Q. (voir l'annexe 2). Ces données portent sur les 6 820 inséminations pratiquées en 1984 sur 1 442 bénéficiaires. Elles révèlent que ces femmes ont reçu entre 1 et 38 inséminations au cours de la période d'un an; la plupart cependant, soit 69,3 %, ont reçu cinq inséminations ou moins.

Chez l'ensemble des femmes inséminées cette année-là, on relève 319 accouchements (22,1 %) dans la période de 9 mois suivant la dernière insémination, dont 75 par césarienne et 244 par voie naturelle; on relève également 38 avortements incomplets spontanés (2,63 %) et 3 avortements thérapeutiques. Il y aurait donc eu 360 grossesses chez l'ensemble des bénéficiaires, soit 24,9 %, chiffre auquel s'ajoutent probablement un certain nombre de grossesses ayant résulté en un avortement spontané très précoce pour lequel aucune intervention médicale n'a été requise (curetage ou autre).

En conclusion, on peut estimer que les couples ayant recours à l'insémination artificielle peuvent, en moyenne, s'attendre dans 1 cas sur 4 à obtenir une grossesse et dans 1 cas sur 5 à obtenir la naissance d'un enfant vivant.

Ceci ne constitue pas cependant le taux de réussite associé à une insémination donnée (lequel est plutôt de 5,3 % en comptant les grossesses, et de 4,7 % en ne

comptant que les naissances) ni même les taux de succès associés à un cycle donné à l'intérieur duquel sont pratiquées une ou plusieurs inséminations (aucune donnée de cette sorte n'est disponible). On remarque cependant que plus de la moitié des grossesses obtenues ont requis 5 inséminations ou moins, et ceci dans un contexte où la probabilité d'avoir une grossesse lors d'un cycle donné (fécondabilité) est de 25 % (voir chapitre 2).

Il faut aussi souligner que les taux de réussite peuvent varier de façon importante d'un centre à un autre en raison de l'expertise du personnel et des conditions différentes dans lesquelles les inséminations sont pratiquées (avec ou sans stimulation hormonale, avec sperme congelé ou frais, selon l'état de santé de la femme inséminée et le type d'investigation dont elle a fait l'objet, etc.).

5.2 L'encadrement professionnel

Si l'on considère maintenant l'encadrement de la pratique de l'insémination artificielle au Québec, on peut dire globalement qu'il est laissé à la discrétion des praticiens ou des comités d'éthique intra-institutionnels.

Dans la pratique de l'insémination hétérologue, il existe des critères de sélection des donneurs de sperme qui varient très peu dans les 11 centres spécialisés du Québec. Selon les informations obtenues, on exige habituellement les quatre éléments suivants:

- ▶ spermogramme de haute qualité;
- ▶ aucun antécédent génétique sérieux;
- ▶ évaluation psychologique sommaire pour vérifier les motivations du donneur;
- ▶ absence de maladies transmissibles sexuellement.

Les principes en vigueur dans les cliniques d'insémination artificielle, en ce qui concerne les conditions de don de sperme, sont les suivants:

- ▶ le donneur offre sa participation volontaire et fait le don irrévocable de son sperme;

- ▶ il peut arrêter en tout temps sa participation à la clinique;
- ▶ il doit d'abord satisfaire à toutes les exigences médicales de la clinique de fertilité;
- ▶ il s'engage à donner les informations sur son état médical, au meilleur de sa connaissance;
- ▶ il reçoit une compensation pour ses frais de déplacement chaque fois que ses services sont requis par la clinique de fertilité⁵.

La plupart du temps, le choix du donneur pour un couple qui demande une insémination hétérologue est déterminé par la clinique. Dans la majorité des cas, quand les circonstances le permettent, on tentera de trouver un donneur dont les caractéristiques physiques s'apparentent le plus possible à celles du conjoint. D'après nos informations, la pratique de l'insémination artificielle combinée n'existe plus au Québec.

Le recrutement des donneurs reste dans le milieu francophone un problème sérieux. Il semble par contre que dans le milieu anglophone, le recrutement des donneurs ne soit pas un problème. Malgré le versement d'un montant de 25 à 50 \$ selon les centres pour défrayer les déplacements et l'avantage d'avoir un spermogramme et une investigation génétique poussée, la majorité des donneurs se recrutent encore chez les étudiants en médecine et dans le personnel des établissements de santé. Un donneur peut être mis à contribution pour la conception d'une dizaine d'enfants au maximum. Les données concernant le donneur sont conservées par l'urologue attaché à la clinique. La durée de conservation de ces données n'est pas déterminée. Dans les cas d'insémination hétérologue, l'anonymat est de rigueur. La somme nécessaire au paiement des frais du donneur est assurée par une contribution des bénéficiaires.

Dans l'ensemble, l'insémination artificielle hétérologue n'est offerte qu'à des couples stables. Par contre, deux centres spécialisés acceptent les femmes seules ou d'orientation homosexuelle.

Par ailleurs, le comité n'a en main aucune information relativement à la pratique de l'insémination **post mortem.**

En ce qui concerne l'importation de sperme, il y a des raisons de croire qu'elle est une pratique établie au Canada depuis plusieurs années. Un rapport⁶ présenté au ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social en 1981 mentionnait que «cette importation a lieu et provient de banques commerciales de sperme des États-Unis qui font la publicité de leurs produits dans certaines revues médicales»⁷, et recommandait d'interdire l'importation de sperme humain provenant de banques commerciales «jusqu'à ce que des normes fédérales de qualité soient en vigueur au Canada»⁸. En Ontario, cette pratique a encore récemment été rapportée⁹. En ce qui concerne le Québec, nous n'avons aucune donnée à cet égard.

Dans les centres spécialisés, le consentement des deux conjoints, quand c'est le cas, est requis.

Enfin, il existe également une pratique non médicale de l'insémination artificielle avec donneur. Aux États-Unis, quelques centres de femmes enseignent l'auto-insémination¹⁰. En ce qui concerne le Québec cependant, cette pratique n'est qu'une hypothèse.

5.3 Le contexte juridique¹¹

Si la pratique de l'insémination artificielle ne fait l'objet d'aucun encadrement juridique particulier, la filiation de l'enfant conçu par ce moyen est, néanmoins, juridiquement protégée.

La filiation de cet enfant est, comme celle de tout autre, établie principalement par l'acte de naissance et par la possession d'état, c'est-à-dire par un ensemble de faits qui confirment le lien de filiation entre l'adulte et l'enfant. Elle peut aussi être établie par la présomption de paternité

liée à l'état d'époux, ou par la reconnaissance de paternité liée à l'état d'époux ou encore par la reconnaissance de paternité ou de maternité que ferait le parent. Soulignons ici que l'illégitimité d'un enfant n'existe plus depuis l'entrée en vigueur de la réforme du droit de la famille au Code civil en 1981.

La filiation de l'enfant conçu par insémination artificielle peut aussi, comme celle de tout enfant, être contestée. Cependant, et c'est là qu'intervient la protection juridique, elle ne peut l'être pour le motif que l'enfant a été conçu par insémination artificielle.

Le Code civil est, sur ce sujet, très clair lorsqu'il prévoit, à l'article 588, que:

Toute personne intéressée, y compris le père ou la mère, peut à tout moment contester par tous moyens la filiation de celui qui n'a pas une possession d'état conforme à son acte de naissance.

Toutefois, nul ne peut contester la filiation d'une personne pour le motif qu'elle a été conçue par insémination artificielle.

Cet article s'applique quel que soit l'état civil de la mère. Mais si, en outre, celle-ci est mariée et que son conjoint a consenti à l'insémination, une autre protection s'ajoute en faveur de l'enfant, puisque l'article 586 du même code prévoit que:

Le recours en désaveu ou en contestation de paternité n'est pas recevable si l'enfant a été conçu par insémination artificielle, soit des oeuvres du mari, soit des oeuvres d'un tiers, du consentement des époux.

C'est dire que le mari ne peut alors désavouer la paternité présumée par la loi et que la mère ne peut contester la paternité de son mari.

Par ailleurs, il est important de souligner que nul au Québec ne peut renoncer à l'autorité parentale par

anticipation, c'est-à-dire avant même la naissance d'un enfant. Dans le cas de l'insémination artificielle hétérologue, le donneur de sperme n'est pas réputé avoir renoncé à l'autorité parentale au moment du don et pourrait donc revendiquer la paternité de l'enfant après la naissance si la femme inséminée n'est pas mariée.

5.4 Débats et positions du comité

5.4.1 L'acceptabilité de principe

Afin de prendre position en ce qui concerne l'insémination artificielle, les membres du comité ont, dans un premier temps, discuté de l'acceptabilité de principe de la pratique. Dans un second temps, ils ont examiné les conditions concrètes d'exercice de la pratique de l'insémination artificielle.

Les membres du comité considèrent que l'acceptation de principe de l'insémination artificielle doit nécessairement être assortie de limites et de balises. Elle ne permet pas d'en déduire une obligation pour la société et la médecine de tout mettre en oeuvre pour offrir une assistance médicale à ceux et celles qui veulent avoir des enfants.

Selon les membres du comité, si la pratique de l'insémination artificielle est un fait accompli, cela n'en fait pas une technique acceptable en soi pour autant. Le comité adhère à la position du Comité consultatif fédéral sur le stockage et l'utilisation du sperme humain qui estime que «bien que l'I.A.D soit un avantage accordé par le progrès de la science médicale, l'enfantement par I.A.D. n'est ni un droit qui puisse être revendiqué, ni une obligation qui puisse être imposée à qui que ce soit»¹². Il faut aussi considérer qu'en ayant recours à l'insémination artificielle, les gens exercent leur liberté individuelle avec des moyens dont l'utilisation peut avoir des impacts collectifs.

Par ailleurs, la majorité du comité considère que l'insémination artificielle ne semble pas nuire à la stabilité des unions maritales non plus qu'au développement des enfants ou à l'exercice des rôles parentaux. Il n'y a pas d'évidence non plus qu'elle représente une contrainte à la liberté sexuelle, ni qu'elle déshumanise la reproduction, dépendant des conditions dans lesquelles elle est pratiquée. **Le comité convient donc majoritairement de l'acceptabilité de principe des inséminations artificielles homologues et hétérologues;** cependant un membre n'adhère à cette position qu'en l'assortissant d'une condition majeure¹³.

Les membres conviennent aussi que l'insémination artificielle devra toujours être considérée comme un moyen secondaire par rapport à la reproduction naturelle sexuée.

5.4.2 Les lieux de pratique

La détermination des lieux de pratique acceptables est fonction du degré d'encadrement que nécessite un acte donné. La majorité des membres du comité a convenu d'examiner séparément les deux formes d'insémination, homologues et hétérologues, puisqu'elles ne requièrent pas le même degré de contrôle.

La majorité des membres du comité est d'avis, en ce qui concerne l'insémination artificielle homologue avec du sperme frais, qu'étant donné la simplicité d'exécution et le nombre moindre d'implications qu'elle soulève par rapport à d'autres pratiques, elle ne requiert pas d'encadrement spécifique. Des considérations telles que le déplacement pour les couples venant de régions éloignées pour une technique aussi simple ont aussi été évoquées pour justifier cette position. Cependant, un des membres est d'opinion que dans la mesure où cette technique ouvre des possibilités d'eugénisme et de sexage, elle doit être pratiquée dans un centre spécialisé; cette pratique s'inscrirait, selon un autre membre, dans la même logique que les

services de diagnostic prénatal qui ouvrent aussi des perspectives d'eugénisme et de sexage de convenance.

Le comité est majoritairement d'avis que l'insémination artificielle homologue avec sperme frais peut être pratiquée en cabinet privé sans encadrement spécifique.

Après avoir pris en considération le fait que l'insémination artificielle avec sperme congelé et l'insémination artificielle hétérologue soulèvent de nombreuses questions et peuvent impliquer des problèmes plus complexes que l'insémination homologue avec sperme frais, tant au niveau de l'acte lui-même et de sa pratique qu'au niveau des structures nécessaires à la sélection des donneurs, à l'entreposage et à la conservation des gamètes, à la gestion et à la conservation des données, **les membres reconnaissent en consensus la nécessité d'en limiter la pratique à des lieux spécifiques. Le comité recommande que l'insémination artificielle avec sperme congelé et l'insémination artificielle hétérologue ne soient pratiquées que dans des centres spécialisés.**

Le comité définit comme spécialisé un centre agréé qui possède une équipe spécialisée en infertilité et qui dispose de l'organisation nécessaire à la mise en place des recommandations du comité (voir au chapitre 9 les recommandations du comité concernant l'agrément des cliniques offrant des services en reproduction artificielle), notamment sur la sélection des donneurs, l'examen et la conservation des gamètes, la gestion et la conservation des dossiers.

Le comité recommande, pour des fins d'analyse et d'observation distinctes des pratiques, que la Régie de l'assurance-maladie du Québec donne un code d'acte distinct aux inséminations artificielles homologues et hétérologues.

5.4.3

La clientèle visée par la pratique de l'insémination artificielle

Le comité n'est pas arrivé à un consensus sur la définition de la clientèle visée par la pratique de l'insémination artificielle. Deux opinions majeures comportant chacune des nuances ont été débattues. D'une part, tous les membres du comité reconnaissent que l'insémination artificielle avec donneur doit d'abord être accessible aux couples ayant un problème d'infertilité, ainsi qu'à ceux dont l'un des conjoints présente un risque élevé de transmission de maladie héréditaire grave. Des membres ont, cependant, exprimé des réserves souhaitant que l'infertilité soit médicalement démontrée ou que le risque soit lié à une maladie très grave.

D'autre part, une autre question a aussi été débattue, à savoir si l'accès à cette pratique devait être ouvert aux femmes seules ou à orientation homosexuelle.

La majorité des membres estime que la pratique de l'insémination artificielle devrait être ouverte à toutes les femmes, quel que soit leur statut. Les tenants de cette position soutiennent qu'on ne peut exclure ou inclure des personnes sur la base de notions comme l'état civil ou l'orientation sexuelle, mais plutôt en se basant sur le bien-être de l'enfant à venir. Selon certains membres du comité, refuser l'accès à l'insémination artificielle aux femmes seules ou d'orientation homosexuelle équivaut à obliger celles qui sont déterminées à avoir un enfant à recourir à un partenaire occasionnel avec les risques que cela comporte, notamment en terme de maladies transmissibles sexuellement, et en terme d'informations médicales éventuellement importantes pour la santé de l'enfant.

L'autre point de vue exprimé est qu'il faut nécessairement poser une limite à l'accès de cette technique et que pour ce faire, il faut disposer d'une balise clairement identifiable, telle que l'état matrimonial. Le recours à l'insémi-

nation artificielle avec donneur n'est pas un droit qui peut être revendiqué. Puisque les nouvelles technologies de la reproduction sont conçues pour pallier à l'infertilité, il est évident qu'elles doivent s'adresser à des couples. Faute de cette balise minimale, la technique devient disponible sur demande.

La majorité des membres du comité recommande que la clientèle visée par l'insémination artificielle soit définie pour inclure les couples ayant un problème d'infertilité ou ayant un risque élevé de transmission de maladie héréditaire grave, mais aussi les femmes seules quel que soit leur statut⁽¹⁾.

5.4.4 L'utilisation de l'insémination artificielle pour des motifs autres que l'infertilité

Les débats sur cette question ont porté essentiellement sur l'utilisation de l'insémination artificielle pour prédéterminer le sexe de l'enfant à venir. Cette problématique est d'autant plus pertinente qu'une clinique offre déjà ce service à Toronto¹³. **Les membres du comité s'entendent unanimement pour recommander que l'insémination artificielle ne soit pas offerte à des couples fertiles qui en feraient la demande aux fins de sexage de convenance.**

Cependant, la pratique du sexage, dans le cas de maladie héréditaire grave liée au sexe (ex.: hémophilie, dystrophie musculaire de Duchène) paraît acceptable pour la majorité des membres. Une membre y voit cependant la possibilité d'un glissement vers le sexage de convenance et dans cette perspective, s'y est opposée; un tel danger a aussi été reconnu par d'autres membres du comité sans que cette crainte ne motive chez eux un rejet de principe.

5.4.5 La sélection des donneurs

Ayant d'emblée accepté la nécessité de critères de sélection communs des donneurs d'un centre à l'autre, les membres du comité se sont questionnés sur la nature de ces critères et sur la limite à établir entre une saine sélection et des mesures eugénistes. Les discussions ont porté sur l'établissement de critères médicaux, psychologiques et sociaux.

Le comité recommande d'utiliser comme critères médicaux ceux qui ont été proposés en 1981 dans le rapport du Comité consultatif au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur le stockage et l'utilisation du sperme humain. Il est par ailleurs proposé de remettre ce texte à jour à partir de celui publié par l'American Fertility Society en 1986, et intitulé «**New Guidelines For the Use of Semen Donor in Artificial Insemination**». (Ces textes sont reproduits à l'annexe 3.)

L'ensemble des membres admet qu'il est nécessaire de recourir à une sélection psychologique minimale du donneur et de ses motivations. Tous conviennent aussi de la nécessité d'un entretien préalable avec le candidat au moment de la sélection, au cours duquel les questions suivantes devraient être discutées: les motivations du candidat, les aspects émotifs du recours à la technique, les implications éthiques et légales qu'elle soulève ainsi que l'importance et la portée du geste qu'il s'apprête à poser. On devrait s'assurer, au terme de cet entretien, que le donneur comprenne bien les implications éventuelles de son geste. Il devrait par ailleurs s'engager, à ce moment, à informer la clinique d'éventuelles maladies héréditaires qu'il pourrait transmettre.

Actuellement, le recrutement des donneurs se fait principalement dans les facultés de médecine; le comité suggère aux médecins qui pratiquent l'insémina-

tion artificielle d'élargir leur bassin de donneurs en raison notamment du danger de consanguinité.

La pratique de l'appariement (matching) entre le donneur et le père social suscite également une controverse au sein du comité. Cette pratique consiste essentiellement à essayer de trouver parmi les donneurs disponibles un individu dont les caractéristiques physiques s'apparenteraient à ceux du conjoint de la femme inséminée. Deux positions sur cette question ont été énoncées.

Selon les tenants de la première position, l'agencement devrait être interdit car il contribue à mentir à l'enfant en lui donnant l'illusion que le conjoint de sa mère est bien son père biologique. Cette illusion pourrait le priver de la connaissance de ses antécédents biologiques. Cette pratique vise essentiellement à protéger le conjoint de l'embarras associé à l'infertilité masculine alors que les femmes infertiles font la une des journaux dans le cas de la fécondation *in vitro*. Par ailleurs, cette pratique utilisée pour raisons de convenance peut conduire à une forme de sélection eugénique.

La seconde position est plutôt à l'effet que certaines caractéristiques minimales, par exemple des critères raciaux ou culturels, pourraient faire l'objet d'une sélection. Une certaine homogénéité des caractéristiques entre le donneur et le conjoint peut aller dans le sens des intérêts de l'enfant en permettant une meilleure intégration dans sa famille ou dans la société et n'a rien à voir avec une pratique eugénique. Le but de la technique n'est pas de produire des enfants sur mesure mais si les futurs parents préfèrent avoir, quand c'est possible, un donneur ayant une ressemblance minimale avec le conjoint, cela devrait être accessible.

La majorité des membres du comité est d'avis que les couples devraient avoir la possibilité de demander un agencement minimal entre les caracté-

ristiques du donneur et celles du conjoint de la femme inséminée.

Par ailleurs, le comité ne s'opposerait pas au fait qu'un couple propose son propre donneur, en autant que ce dernier satisfasse aux exigences de la clinique et que soient respectées les règles de droit relatives à l'empêchement au mariage.

5.4.6 Le dépistage de l'infection au virus d'immunodéficience humaine chez les donneurs

La situation créée depuis quelques années par l'épidémie d'infections au virus d'immunodéficience humaine (VIH), responsable du syndrome d'immunodéficience acquise ou SIDA, comporte des implications particulières pour la sélection des donneurs de sperme.

Au Québec, la plus récente mise à jour au moment de rédiger ce rapport indiquait un total de 414 cas de SIDA, dont 180 personnes vivantes et 234 décédées. On y dénombrait 21 enfants de moins de quinze ans (10 garçons et 11 filles) et 393 adultes (350 hommes et 43 femmes)¹⁴. Selon des sources internes du ministère de la Santé et des Services sociaux, il y aurait quelques dizaines de milliers de porteurs au Québec.

Un comité¹⁵ a été mis sur pied cette année par le ministère de la Santé et des Services sociaux en rapport avec cette question et il revient à ce comité de considérer l'évolution de l'épidémie au Québec et les moyens à mettre en oeuvre pour y faire face. Le présent comité estime cependant devoir poser le problème de la transmission du virus par insémination artificielle hétérologue.

Dans les plus récents documents de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation Pan-

américaine de Santé, que nous avons consultés, les quatre modes de transmission du VIH reconnus sont les suivants:

- ▶ transmission par contact sexuel;
- ▶ transmission par transfusion sanguine;
- ▶ transmission par seringue intraveineuse non stérile;
- ▶ transmission périnatale, à l'accouchement ou par l'allaitement.

Il n'est pas explicitement fait état de transmission du virus par le sperme d'un donneur dans la pratique de l'insémination artificielle. Cependant, quatre cas de contamination auraient été confirmés en Australie¹⁶. Un texte d'information préparé par le Comité SIDA-Québec identifie également les femmes qui ont recours à l'insémination artificielle hétérologue comme une catégorie devant prendre des précautions et leur recommande de s'assurer auprès du médecin que le sang du donneur a bien fait l'objet d'un test de dépistage¹⁷. Le comité est informé qu'une des cliniques québécoises offrant l'insémination hétérologue effectue un test de dépistage à intervalle de six mois sur chaque donneur, mais ignore si les autres cliniques ont des mesures particulières à ce sujet.

Le dépistage du VIH s'effectue présentement de trois façons: premièrement, par la détection des anticorps produits dans le sang suite à l'exposition au virus, deuxièmement, par les tests du système immunitaire, et troisièmement, par la détection du virus lui-même dans le sang.

Les tests de détection du virus ne sont pas encore suffisamment au point pour être utilisés par les médecins dans le diagnostic du SIDA; ils sont trop spécialisés et servent principalement aux chercheurs. Il n'existe pas de moyen de détection du virus dans le sperme. Les tests du système immunitaire comportent pour leur part des analyses spéciales des globules blancs et des anticorps; ils peuvent être faits par le médecin chez les personnes présentant des symptômes suspects. Ces deux méthodes offrent peu d'inté-

rêt pour le dépistage de l'infection chez les donneurs de sperme.

Les tests de détection des anticorps contre le VIH sont quant à eux pratiqués sur le sang d'un individu et révèlent qu'à un moment donné, le virus a pénétré la circulation sanguine de cet individu; ces personnes sont dites séropositives. Un tel résultat indique que le virus se trouve **probablement** dans leur organisme et qu'elles peuvent le transmettre, mais pas nécessairement qu'elles auront elles-mêmes le SIDA ou un syndrome para-SIDA¹⁸⁻¹⁹.

Selon l'Organisation Pan-américaine de la Santé, les tests actuels de détection des anticorps au VIH ont un haut degré de spécificité et de sensibilité, c'est-à-dire qu'ils donnent très peu de faux résultats négatifs ou positifs²⁰. Par exemple, une étude récente du Laboratoire de santé publique du Québec a mesuré la fiabilité du test Elisa, qui est utilisé dans le programme québécois de diagnostic du VIH; sa sensibilité a été évaluée entre 96,5 et 97,6 %, et sa spécificité, entre 99,6 et 100 %²¹.

Une autre source consultée par le comité a émis l'avis que les récentes versions du test Elisa sont extrêmement sensibles, réussissant dans près de 100 % des cas à détecter le virus, mais un peu moins spécifiques, c'est-à-dire générant entre 0 et 7 % de faux positifs²². Ces chiffres doivent cependant être considérés sous toute réserve puisque les taux de sensibilité varient de façon importante en fonction de la population testée²³.

Mais la lacune principale de ces tests, surtout en ce qui a trait au dépistage chez les donneurs de sperme, provient du fait que les anticorps n'apparaissent en quantité suffisante qu'au bout de deux ou trois mois, en moyenne, après l'exposition au virus; cette période de latence est très variable et peut aller jusqu'à 14 mois dans des cas extrêmes. Ainsi, un donneur de sperme peut être testé le

jour où il fournit un échantillon de son sperme mais s'il a été en contact avec le virus depuis moins de deux mois, le test ne pourra peut-être pas détecter d'anticorps dans son sang. Pour être à peu près certain qu'un échantillon de sperme n'est pas contaminé, il faudrait le congeler, tester le sang du donneur environ six mois plus tard et, ensuite, utiliser le sperme congelé seulement si le résultat est négatif.

Cette méthode présente deux inconvénients principaux: premièrement, elle oblige la clinique qui recrute les donneurs à compter des délais importants dans l'utilisation du sperme et à répéter les tests au bout de six mois après chaque don de sperme; et deuxièmement, elle empêche l'utilisation de sperme frais et abaisse conséquemment le taux de réussite des inséminations.

Néanmoins, le comité est d'avis que les cliniques pratiquant l'insémination artificielle hétérologue ont l'obligation de tester les donneurs pour chaque don de sperme; même si le risque de contamination est statistiquement faible, les conséquences d'un seul cas de contamination justifient des mesures de sécurité, comme cela se fait déjà avec les dons de sang.

Le comité recommande donc que le dépistage du VIH soit obligatoire pour tous les dons de sperme et que les cliniques n'utilisent que du sperme congelé après avoir testé le donneur au moins six mois après le don au moyen des tests les plus fiables, de façon à réduire au minimum le risque de contamination. Le comité estime qu'il s'agit là d'une responsabilité professionnelle médicale et non pas d'un choix à laisser aux bénéficiaires.

Le comité recommande également que des recherches soient entreprises pour améliorer le taux de réussite des inséminations faites à partir de sperme congelé et qu'un niveau d'expertise suffisant soit assuré chez les praticiens utilisant cette technique.

Le comité recommande enfin que les règles de confidentialité soient sévèrement respectées dans les cas de résultats positifs et qu'on n'informe un donneur de ce résultat qu'après l'avoir confirmé de façon certaine par un second test, ceci en raison de l'impact très grand d'une telle information pour la personne concernée.

5.4.7 La rémunération des donneurs

Même si le droit actuel reconnaît la possibilité pour une personne de recevoir un paiement pour fournir un tissu ou une partie renouvelable du corps humain, **tous les membres du comité sont d'avis que le don de sperme doit rester gratuit.** Ils mettent de l'avant le principe de non-commercialisation du corps humain et croient que l'argent pourrait être un incitatif malsain. Une membre s'oppose même au remboursement des frais encourus par le donneur. **Le comité recommande majoritairement que le donneur soit remboursé de ses frais raisonnables et que ce remboursement ne soit pas à la charge de l'État.**

5.4.8 L'utilisation maximum d'un même donneur

La question de l'utilisation d'un même donneur a été abordée selon deux perspectives: la première est d'éviter la possibilité d'union consanguine entre les enfants conçus par un même donneur, et la seconde est d'éviter de transformer le donneur en étalon de reproduction.

Il y a consensus sur le fait d'imposer un nombre limite d'utilisations d'un même donneur. Les opinions varient toutefois au sein du comité sur ce que devrait être ce nombre.

La majorité des membres recommande que la limite à l'utilisation du sperme d'un même donneur soit celle proposée dans le rapport du Comité consultatif canadien sur l'entreposage et l'utilisation du sperme hu-

main, soit 6 grossesses ou 30 utilisations. Il s'ensuit la nécessité de centraliser l'information concernant les dons de sperme dans l'ensemble des cliniques.

Une membre souhaite voir ce nombre divisé par trois, soit 2 grossesses et 10 utilisations. Elle considère que les risques de consanguinité s'en trouveront diminués et que cela aura comme conséquence d'humaniser davantage le processus.

5.4.9 L'information au donneur sur les résultats

Devrait-on informer le donneur du fait que son sperme a été utilisé dans une insémination féconde? L'ensemble des membres s'entendent pour admettre que cela est une bonne pratique si le donneur en fait la demande, dans la mesure où cela peut donner un caractère plus concret à son geste. Par contre, le donneur doit être libre de refuser cette information. Un consensus clair se dégage des discussions du comité sur la nécessité d'informer le donneur de la naissance d'un enfant qui aurait des problèmes de santé dont il serait en toute vraisemblance responsable.

Le comité recommande d'offrir au donneur l'information concernant le nombre d'enfants qu'il a générés si celui-ci en fait la demande. Le comité recommande aussi d'informer le donneur dans tous les cas de naissance d'un enfant avec des problèmes dont il est ou pourrait être responsable.

5.4.10 Les données relatives à l'insémination artificielle hétérologue, leur conservation et leur divulgation

La principale question débattue par le comité concernant les données relatives à l'insémination artificielle hétérologue fut de savoir si l'enfant conçu par le biais

d'une technique de reproduction utilisant les gamètes d'un donneur devrait avoir accès à des renseignements sur ce dernier, et si oui, de quel type de renseignements et à quelles conditions.

En ce qui a trait à la question de **principe** de l'accès à des renseignements nominatifs sur le donneur, aucun des membres n'a soutenu une position absolue ou inconditionnelle dans un sens ou dans l'autre. Tous ont exprimé un souci d'assurer le respect des personnes et d'éviter, dans la mesure du possible, les bouleversements émotifs susceptibles de se produire dans les situations envisagées, que ce soit chez l'enfant, chez les parents ou chez le donneur.

Deux séries de considérations ont été mises de l'avant, les unes prônant la levée de l'anonymat sous une série de conditions, les autres prônant son maintien sous une autre série de conditions. Les arguments qui suivent sont avancés pour étayer la position allant dans le sens de la levée de l'anonymat.

- L'accès à des informations sociobiologiques concernant le géniteur est un élément essentiel de l'expérience humaine par laquelle tout individu cherche à s'insérer dans le monde selon une dimension à la fois corporelle et historique. C'est une partie importante de notre identité.
- L'insémination artificielle avec donneur est une pratique acceptable. Il faut la reconnaître comme telle et lever le voile sur cette pratique. Si le don de sperme est un acte légitime et altruiste, il ne devrait pas être dramatisé par le secret.
- Il faut être prudent en ce qui concerne l'impact mal connu d'un tel secret autour des origines d'un enfant sur les rapports familiaux. On devrait miser sur le fait que des relations claires dans un contexte de franchise créent un climat plus sain pour le développement de l'enfant.
- Si on choisit de recourir à ces techniques pour concevoir un enfant, cela ne nous confère pas le droit de lui cacher ses origines.

- ▶ La reconnaissance du droit à la connaissance des antécédents biologiques est aussi un moyen de mettre un frein à la reproduction commercialisée d'êtres humains en dehors d'un projet d'enfant puisque les dépositaires de gamètes ne peuvent pas échanger ces tissus comme de simples objets de propriété à moins de faire abstraction des liens potentiels de filiation qu'ils recèlent.
- ▶ Ces pratiques vont être appelées à se développer en raison du faible nombre de bébés disponibles pour l'adoption. Il faut voir leur avenir dans un projet de société. Ce projet de société ne peut être basé que sur la franchise et la netteté des rapports humains.

Les arguments qui suivent vont dans le sens d'un maintien de l'anonymat.

- ▶ L'accès à des renseignements nominatifs va nuire au recrutement des donneurs et donc réduire l'accès à des couples pour qui cela représente une possibilité de fonder une famille.
- ▶ Compte tenu de l'attitude négative de la société envers l'insémination artificielle, cela risque d'avoir un impact négatif sur l'enfant et la famille en marginalisant les couples infertiles et en portant atteinte à leur vie privée.
- ▶ Le don de sperme ou d'ovule n'est pas un acte de paternité ou de maternité.
- ▶ En droit constitutionnel, le droit à la connaissance des antécédents biologiques n'est pas explicitement reconnu, contrairement au droit à la vie privée.
- ▶ Même si un tel droit est reconnu sous certaines conditions aux enfants adoptés, on ne peut pas établir une parfaite analogie entre l'adoption et les techniques de reproduction utilisant une tierce personne, les motivations des parties étant différentes. Dans le premier cas, l'enfant n'est pas délibérément conçu et la décision de le confier à l'adoption est souvent prise en raison de circonstances personnelles difficiles. Dans le second cas, le geste du donneur de sperme ainsi que la conception de l'enfant sont délibérés;

de plus, l'un des deux parents légaux a un lien biologique avec l'enfant.

- ▶ Un enfant n'a pas besoin de recevoir un jour trois feuilles de papier avec des renseignements mais bien de construire son histoire familiale à partir de ce que diverses sources lui apportent à divers moments de sa vie.
- ▶ La finalité des nouvelles technologies de la reproduction est la création d'une famille. Celle-ci, comme toute autre famille, a droit à la dignité et à la vie privée.
- ▶ Les bouleversements émotifs que peut causer la recherche du père biologique par l'enfant, que ce soit chez le donneur et sa famille ou dans la famille de l'enfant, sont trop importants par comparaison avec les inconvénients que comporte le maintien de l'anonymat.

À la suite de longs débats, le comité en est arrivé aux conclusions suivantes.

Les membres sont unanimes à reconnaître:

- ▶ **qu'on ne peut pas obliger les parents légaux à informer l'enfant du fait qu'il a été conçu par une technique de reproduction utilisant les gamètes d'un tiers;**
- ▶ **qu'il faut dégager les donneurs de sperme de toute responsabilité parentale vis-à-vis des enfants conçus;**
- ▶ **qu'il faut pouvoir identifier le donneur auquel on a eu recours lorsqu'une grossesse est constatée suite à une série d'inséminations;**
- ▶ **qu'il faut garantir d'une part, la confidentialité des dossiers, et d'autre part, la fiabilité de l'accès aux informations dans les circonstances permises;**
- ▶ **que toute nouvelle disposition en cette matière ne devrait s'appliquer qu'aux dons de sperme effectués après son entrée en vigueur.**

Le comité recommande donc unanimement que la loi soit modifiée pour établir de façon claire l'absence de toute responsabilité parentale chez les donneurs de sperme.

Il recommande aussi à l'unanimité que les cliniques pratiquant l'insémination hétérologue n'utilisent qu'un seul donneur pour les inséminations pratiquées lors d'un même cycle.

Il recommande enfin unanimement que la tenue et la conservation des dossiers relatifs aux grossesses obtenues par insémination hétérologue soient soumises à des exigences rigoureuses au même titre que les dossiers médicaux.

En ce qui a trait aux conditions d'accès aux informations concernant le donneur, la distinction doit être faite entre les informations nominatives et non nominatives.

Le comité recommande à l'unanimité que l'accès aux informations non nominatives sur le donneur soit accordé, sur demande, à l'enfant de 14 ans et plus ainsi qu'aux parents «sociobiologiques»; le Ministère devrait déterminer par règlement les informations à inclure au sommaire non nominatif des antécédents. Le sommaire est actuellement disponible dès la naissance en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Le comité recommande à l'unanimité que l'accès aux informations nominatives puisse être donné au médecin concerné en cas de nécessité médicale pour l'enfant, sur ordonnance d'un tribunal et dans le respect des droits de toutes les parties.

C'est au sujet des conditions permettant de donner à l'enfant lui-même l'accès aux informations nominatives que des divergences plus ou moins grandes sont apparues parmi les membres.

Le principe général accepté par la majorité des membres est que l'anonymat du donneur soit maintenu et que l'accès aux informations nominatives ne

soit accordé qu'à l'enfant majeur qui en fait la demande, mais à certaines conditions au sujet desquelles le comité est demeuré divisé.

La majorité des membres recommande que le droit du père biologique de refuser le dévoilement de son identité ou la rencontre avec l'enfant soit respecté. Selon cette proposition, chaque donneur serait informé, au moment où il se présente pour un don de sperme, que si un enfant est conçu, il ou elle pourra à sa majorité demander d'avoir accès aux informations nominatives à son sujet; ces informations seront alors transmises à l'enfant à la condition que le donneur fournisse à ce moment son consentement à cet effet. Une membre maintient une position dissidente sur cette question (iii).

Ce consentement est jugé suffisant par une partie du comité pour accéder à la demande de l'enfant majeur; ces membres jugent utile qu'un support psychosocial soit disponible pour l'aider à clarifier les motifs de sa demande et en voir les conséquences. D'autres membres cependant sont d'avis que la demande de l'enfant doit être fondée sur des motifs sérieux, tels que des problèmes d'ajustement psychologique ou social, et qu'un tribunal (ou une autre instance) devrait en juger avant que le consentement du père biologique soit sollicité; cette position a pour but de protéger ce dernier du bouleversement émotif que pourrait lui causer la sollicitation de son consentement.

En ce qui concerne la réciproque de la recommandation précédente, à savoir si le donneur aura droit à des données nominatives sur les enfants issus de ses dons, **le comité recommande majoritairement que le principe de la vie privée des parents et des enfants soit respecté avant tout et qu'on limite le droit du donneur d'effectuer une recherche de sa descendance aux cas graves de nécessité médicale et sur l'ordonnance d'un tribunal. Les parents devraient être contactés les premiers et si l'enfant**

n'est pas au courant de la façon dont il a été conçu, on ne devrait pas aller plus loin.

5.4.11 Le consentement du conjoint

La question du consentement du conjoint n'a pas été abordée dans la perspective d'un consentement à l'acte lui-même, c'est-à-dire à l'insémination de sa conjointe. Selon notre droit, une tierce personne ne peut, sauf dans certaines circonstances bien précises, consentir au nom d'une autre à ce qu'un acte médical soit pratiqué sur elle. Il est convenu que c'est l'acceptation de la responsabilité parentale de l'enfant à venir qui est en cause.

Le comité recommande à l'unanimité que l'acceptation de la responsabilité parentale de l'enfant à naître fasse l'objet d'un consentement de la part du conjoint de la femme chez qui on pratique une insémination hétérologue. La majorité des membres croit que ce consentement devrait être écrit. Toutefois, un consentement verbal peut, dans certains cas, être une forme valide de consentement et les membres du comité ne souhaitent pas que l'absence d'un écrit soit interprétée de manière à empêcher la preuve d'un consentement. Dans les cas où le conjoint réfuterait la paternité, un tel empêchement pourrait être contraire aux intérêts de l'enfant, car selon l'article 589 du Code civil, la filiation de celui-ci doit pouvoir être prouvée par tout moyen.

Sur la question du statut légal de l'enfant, les membres du comité ont convenu de recommander que l'enfant conçu par insémination artificielle soit considéré comme l'enfant de la mère et du conjoint consentant, que ce dernier soit époux ou conjoint de fait et qu'il s'agisse d'insémination homologue ou hétérologue.

5.4.12 L'insémination artificielle post mortem

Dans ses délibérations, le comité a envisagé la pratique de l'insémination artificielle **post mortem** en

distinguant les caractères homologue et hétérologue de la pratique, à savoir l'insémination avec le sperme congelé du conjoint décédé, et l'insémination avec le sperme congelé d'un donneur décédé.

Selon le comité, une telle pratique, en plus de nier la mort, transgresse la temporalité du projet d'enfant. Dans la situation où le conjoint est mort, l'insémination artificielle homologue **post mortem ne satisfait pas à la condition voulant que le projet d'enfant soit un projet commun. Par ailleurs, bien que défavorables à la pratique, certains membres ne souhaitent pas la bannir complètement, concevant des cas où elle pourrait être acceptable. **L'ensemble des membres est plutôt défavorable en principe à la pratique de l'insémination post mortem homologue.****

En ce qui a trait aux inséminations artificielles hétérologues, les membres considèrent que le donneur n'est pas partie prenante au projet parental et qu'il serait irréaliste d'exiger que les cliniques vérifient à chaque insémination si le donneur est toujours vivant. **Le comité ne juge donc pas cette pratique inacceptable.**

Dissidences

i Dissidence de madame Francine McKenzie relativement à l'acceptabilité de principe de l'insémination artificielle (5.4.1): L'acceptabilité de principe de l'insémination artificielle demeure fonction de la manière dont cette technique est pratiquée. Une telle pratique doit ainsi, pour être acceptable, lever l'anonymat du donneur de sperme en reconnaissance du droit de l'enfant d'avoir accès à ses origines biologiques.

ii Dissidence de madame Francine McKenzie relativement à la clientèle visée par l'insémination artificielle (5.4.3): Les femmes seules et les couples homosexuels ne pouvant démontrer leur infertilité, l'accès à cette technique devrait être restreint aux couples hétérosexuels ayant un problème d'infertilité médicalement démontré, ou encore dans le cas

de maladie héréditaire très grave. Il s'ensuit que les couples atteints d'une infertilité idiopathique en seraient exclus. Compte tenu que l'IAD peut favoriser le sexage et l'eugénisme, il me semble important de réserver cette pratique aux couples.

iii Dissidence de madame Francine McKenzie relativement à la divulgation des données en rapport avec l'insémination artificielle hétérologue (5.4.10):

Il ne faut surtout pas assujettir le droit de l'enfant au droit du donneur de sperme de «préserver sa vie privée». En conséquence, le consentement du donneur ne devrait pas être requis pour dévoiler à l'enfant les renseignements nominatifs. Cependant, le donneur doit demeurer libre de rencontrer ou non l'enfant.

CHAPITRE 5: RÉFÉRENCES

1. J.E. RIOUX et C.D.F. ACKMAN, "Artificial Insemination and Sperm Banks: The Canadian Experience" in **Human Artificial Insemination and Semen Preservation**, edited by George David and Wendel Price, New York, Plenum Press, 1980, p. 31.
2. George DAVID et Wendel PRICE, **Human Artificial Insemination and Semen Preservation**, New York, Plenum Press, 1980, 639 p.
3. Jules PAQUIN, **Morale et médecine**, Montréal, Éditions L'Immaculée-Conception, 1957, pp. 313-317.
4. Jacques-E. RIOUX, «Aspects cliniques. Scénario général» dans **L'insémination artificielle thérapeutique**, édité par Marcel J. Melançon, Québec, Presses de l'Université Laval, 1983, p. 26.
5. Sylvain GAGNON, «Aspects cliniques. Rapport médical» dans **L'insémination artificielle thérapeutique**, édité par Marcel J. Melançon, Québec, Presses de l'Université Laval, 1983, p. 56.
6. **Stockage et utilisation du sperme humain**, Rapport du Comité consultatif au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, avril 1981, 82 p.
7. Ibid., page 14.
8. Ibid., page 15.
9. "New York Sperm Bank Does Fertile Business with Canada" in **The Gazette**, July 31, 1986.
10. Francie HORNSTEIN, "Children by Donor Insemination: A New Choice for Lesbians" in **Test-Tube Women. What Future for Motherhood?**, edited by R. Arditti, R. Duelli Klein and S. Minden, Boston, Pandora Press, 1984, pp. 373-381.
11. Cette section du chapitre a été préparée avec la collaboration spéciale de Me Marie-José Longtin.
12. **Stockage et utilisation du sperme humain**, op. cit., p. XIII.
13. Cheryl CORNACCHIA, "New Franchises Offer You a Designer Baby" in **The Gazette**, Montréal, March 12, 1988.
14. **Surveillance des cas du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA), Québec, cas cumulatifs 1979-1987. Mise à jour, no. 87-4**, 19 octobre 1987.
15. Groupe de travail sur le SIDA parrainé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et créé à l'automne 1987.
16. Eric LAPLANTE, **Étude sur les femmes et le SIDA et recommandations du CSF**, Conseil du Statut de la femme, août 1987, p. 2, (document non publié).
17. **Les femmes et le SIDA**, Comité SIDA-Québec, février 1986.
18. **La détection du SIDA**, Groupe consultatif d'éducation du public de l'Ontario sur le SIDA, février 1986.
19. Il s'agit du syndrome associé au SIDA (SAS) ou du syndrome de lymphadénopathie persistante (SLP), moins grave que le SIDA lui-même, et qui se développe chez 25 à 50 % des personnes infectées par le VIH (Source: **Epidemiological Bulletin**, vol. 8, n° 1-2, 1987, Pan American Health Organization).
20. **Epidemiological Bulletin**, op. cit.
21. Informations fournies par la Division de virologie-immunologie du Laboratoire de santé publique du Québec.
22. Informations fournies par le professeur Don Fraser, Université Queen's, Ottawa.
23. Deborah M. BARNES, "New Questions about AIDS Test Accuracy", **Science**, Vol. 238, (November 13, 1987), pp. 884-885.

6

La pratique de la fécondation *in vitro*

6.1 État de la situation au Québec

La pratique de la fécondation *in vitro* humaine au Québec remonte à 1979, mais jusqu'à la mise en place du présent comité de travail, le ministère de la Santé et des Services sociaux ne disposait d'aucune donnée ni sur les cliniques qui la pratiquaient, à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau public de services de santé, ni sur les activités de ces cliniques. Le comité de travail a donc pris l'initiative de recueillir un certain nombre d'informations de base en adressant directement aux responsables de ces cliniques un questionnaire inspiré d'une étude française¹. Les résultats de cette première cueillette d'information (effectuée entre juin et octobre 1987), bien que présentant certains problèmes d'interprétation et d'uniformisation des données, nous permettent premièrement, de brosser un premier profil de la pratique de la fécondation *in vitro* au Québec; deuxièmement, d'identifier quelques questions pertinentes; et troisièmement, de formuler déjà certaines propositions à l'intention du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mentionnons ici que les informations qui suivent portent à la fois sur la pratique de la fécondation *in vitro* et sur celle de la fécondation *in vivo*, cette dernière étant une technique dérivée qui consiste à déposer un ou plusieurs ovules avec le sperme directement dans les trompes de Fallope.

6.1.1 Où pratique-t-on la fécondation *in vitro*?

En octobre 1987, on dénombrait six cliniques de fécondation *in vitro* au Québec, dont cinq cliniques attachées à un centre hospitalier et une clinique privée². La plus ancienne fonctionne depuis huit ans, la plus récente depuis dix mois. Trois de ces cliniques pratiquent présentement la fécondation *in vitro* proprement dite et le *in vivo* ainsi qu'une variation de cette technique baptisée «civette».

Notons que des changements survenus entre le moment de la cueillette d'informations et la rédaction du rapport ont déjà modifié la situation décrite dans les pages qui suivent³.

6.1.2 Profil des équipes oeuvrant dans ces cliniques

Selon les informations recueillies par questionnaire, la composition des équipes de professionnels assurant le fonctionnement des cliniques varie sensiblement. On y retrouve partout des **gynécologues-obstétriciens** (de 2 à 4) dont la plupart pratiquent à temps partiel, soit en fonction de la demande, soit une semaine par mois ou selon une autre formule. Toutes les cliniques sauf une ont au moins un **biologiste** (ou un biochimiste, ou une technicienne en biochimie ou en génétique, ou les deux) soit à temps plein, soit à temps partiel. Toutes les cliniques sauf une mentionnent des **infirmières** (de 2 à 4) à temps partiel plus souvent qu'à temps plein. Trois cliniques retiennent les services d'un **psychologue** à temps partiel; une autre clinique s'est adjointe une psychiatre et a mis sur pied une association dans le but d'offrir un support psychologique aux couples inscrits.

Une ou deux cliniques mentionnent aussi la collaboration d'**échographistes**, d'un **urologue**, d'un **séménologiste**, d'un **endocrinologue**, ou d'un **anesthésiste**, généralement à temps partiel. Deux cliniques disposent enfin d'une **secrétaire** à temps plein.

Il est possible que ces informations ne soient pas aussi exhaustives pour chacune des cliniques. D'autres collaborations occasionnelles à l'intérieur des établissements ont pu être omises, n'étant pas envisagées comme partie intégrante de l'équipe professionnelle de la clinique.

6.1.3 Quelle clientèle est admise?

Les cliniques rejointes ne disposent d'aucune donnée socio-économique sur leur clientèle, si ce n'est sa répartition selon l'âge. Parmi les femmes inscrites, les plus jeunes ont 21 ans (chiffre mentionné dans trois cliniques); les plus âgées ont 35 ans (deux cliniques), 40 ans (deux cliniques) et jusqu'à 46 ans (une clinique). L'âge moyen, lorsqu'il a été rapporté, se situe le plus souvent autour de 33 ou 35 ans.

Certains critères d'admissibilité relatifs à la situation des personnes qui s'adressent aux cliniques ont été mentionnés:

- ▶ le **statut conjugal**, («être en couple») est un critère explicitement formulé dans quatre cliniques, et une cinquième exige que ces couples soient légalement mariés;
- ▶ la **capacité financière**, c'est-à-dire posséder l'argent requis pour défrayer les coûts de l'intervention est aussi un critère dans cinq cliniques, la sixième ayant pour politique d'hospitaliser les patientes, ce qui modifie la structure des coûts;
- ▶ une clinique exige un **délai** de trois ans avant de constater l'infertilité du couple;
- ▶ le **recours préalable aux traitements et chirurgies usuels** est exigé par trois cliniques, tandis qu'une quatrième exige l'investigation usuelle de base et évalue par la suite si la fécondation **in vitro** constitue un traitement adéquat (à noter que cette dernière clinique mentionne l'infertilité idiopathique et l'infertilité masculine comme indications acceptées). Une cinquième enfin exige dans certains cas de procéder à l'insémination intra-utérine simple ou accompagnée de stimulation hormonale avant de recourir à la fécondation **in vivo**;
- ▶ trois cliniques fixent une limite d'âge pour accepter une femme, cette limite variant de 36 à 40 ans; une seule clinique fixe un âge minimum, qui est de 20 ans.

6.1.4 Indications médicales retenues

La liste des indications proposées au questionnaire était incomplète et certains répondants y ont ajouté

des précisions ou n'ont pas fait la distinction entre les indications de fécondation **in vitro** et **in vivo**. Par conséquent, on doit interpréter les informations qui suivent comme un profil approximatif des indications plutôt qu'une mesure exacte de chacune.

Les cliniques ont indiqué, par ordre de fréquence, les indications qu'elles retiennent pour admettre un couple à leur programme, et qui se répartissent comme suit:

- ▶ la **stérilité tubaire involontaire**, c'est-à-dire l'obstruction des trompes de Fallope, est le facteur le plus fréquent et ce pour cinq des six cliniques (la sixième clinique, ne pratiquant que le **in vivo**, s'adresse exclusivement aux femmes ayant des trompes normales).
- ▶ l'**infertilité idiopathique** (sans cause connue) est retenue comme indication par cinq des six cliniques; elle occupe le premier rang pour la pratique du **in vivo** dans deux de ces cliniques, et tient le second rang dans deux autres cliniques qui n'offrent que la fécondation **in vitro**.
- ▶ l'**infertilité masculine** (ou la présence de «facteurs mâles») est aussi mentionnée par toutes les cliniques sauf une qui n'est pas équipée pour ce type de cas et la refuse comme indication⁴; à noter, une clinique qui ne pratique que le **in vivo** la présente comme son indication la plus fréquente, alors qu'elle vient au second rang pour la fécondation **in vitro** dans une autre clinique.
- ▶ l'**endométriose** est une indication mentionnée par deux cliniques pratiquant le **in vivo** et où elle occupe le second rang.
- ▶ la **stérilité tubaire volontaire** (ligature des trompes) est également une indication de recours à la fécondation **in vitro** dans deux cliniques, et représenterait 5 % des couples admis à l'une d'entre elles.

6.1.5 Informations fournies et consentement exigé

Selon les réponses transmises, presque toutes les cliniques pratiquant la fécondation **in vitro**, **in vivo**

ou la civette présentent ces services aux couples intéressés comme des «pratiques nouvelles mais médicalement reconnues». Une clinique, qui offre le **in vivo** depuis un an, le présente en tant que «programme à l'étape de mise au point expérimentale».

Toutes les cliniques demandent aux couples un consentement, généralement écrit et intégré à un formulaire comportant des informations de base; une clinique n'a pas de formulaire type et dit obtenir le consentement dans le cadre d'une entrevue d'environ deux heures.

Les informations offertes dans le formulaire de consentement varient passablement, faisant parfois état d'un autre document écrit ou d'explications verbales préalablement fournies par les médecins. La plupart des formulaires ne contiennent aucune information chiffrée sur les taux de réussite et font une mise en garde générale à l'effet que la procédure ne comporte aucune garantie d'obtenir une grossesse. Dans une clinique, le formulaire fait état de 30 % d'**échecs** possibles lors d'un prélèvement d'ovule, et de 5 à 10 % de **succès** lors du transfert d'un seul embryon.

Quant aux risques encourus, trois formulaires indiquent qu'il n'y en a pas davantage que lors d'une grossesse naturelle tout en mentionnant, sans les chiffrer, les possibilités de grossesses multiples, de complications, d'anomalies du fœtus ou d'accouchement par césarienne. Deux formulaires font allusion à la possibilité d'avortement spontané, laissant entendre qu'elle se compare à celle inhérente à toute grossesse. Les autres formulaires ne font aucune référence aux risques pour la santé de la femme ou des enfants ainsi conçus.

Quatre formulaires prévoient la disposition des gamètes et des embryons non implantés: on indique dans un cas qu'ils seront détruits, on indique dans un autre que le couple en demeurera propriétaire, dans un autre en-

core, on laisse entendre qu'il sera préférable de les congeler pour une tentative subséquente, et un quatrième enfin prévoit qu'ils seront détruits avant le 14^e jour suivant la fécondation⁵.

Les cliniques précisent qu'en dehors des informations intégrées au formulaire de consentement, elles offrent aux couples des informations supplémentaires lors d'une première rencontre. Elles affirment y expliquer les différentes étapes à suivre et décrire les examens et interventions qui seront pratiqués. Quelques cliniques disent offrir aussi des explications sur les causes d'infertilité ainsi que des chiffres plus précis sur les taux de succès: pour la fécondation **in vitro** proprement dite, «10 à 25 % par essai», «15 à 25 %», «25 à 30 % de grossesses», «une femme sur cinq aura un bébé vivant», et pour le **in vivo**, «30 % de grossesses par essai».

Fait intéressant, une clinique dit mentionner lors de cette première rencontre que «50 % des femmes qui consultent à une clinique d'infertilité n'ont pas de pathologie et deviendront enceintes sans avoir besoin d'aucun traitement»: cette information ne s'applique cependant pas de la même façon à la clientèle des cliniques d'infertilité et à celle des cliniques de fécondation **in vitro** ou **in vivo**. Trois cliniques disent souligner l'importance soit d'une évaluation ou d'un support psychologique, soit les deux, au cours de la démarche. Une autre enfin indique qu'elle prévient les couples intéressés que «le programme est très long et très éprouvant physiquement et émotionnellement pour toutes les personnes impliquées», et qu'elle leur expose les principes éthiques qui sont respectés dans cette clinique (ex.: pas d'expériences sur les embryons, pas de recours aux mères porteuses, pas de don d'ovule ou de sperme, transfert de tous les embryons sains, etc.).

6.1.6 Nombre de couples inscrits

Le nombre total de couples inscrits aux programmes de fécondation **in vitro** dans l'ensemble des

cliniques depuis le début de leurs activités serait d'environ 1 500°. Le nombre le plus important, soit 530, est rapporté par la clinique qui fut la première à ouvrir ses portes tandis que la dernière indique le nombre le plus faible, soit 85 approximativement.

Cependant, le nombre de femmes ayant débuté un protocole de stimulation ovarienne est nettement moins élevé, soit 596. Les raisons de l'écart à cette première étape ne sont pas précisées. D'une clinique à l'autre, les chiffres rapportés varient entre 32 et 240 femmes. Si on examine les données distinctement selon les deux principales techniques, on compte 513 femmes ayant entrepris la stimulation ovarienne en vue d'une fécondation **in vitro** et 83 en vue d'un **in vivo**.

6.1.7 Résultats obtenus

Parmi les 596 femmes qui se sont réellement engagées dans la procédure, on comptait au moment de l'enquête 17 naissances vivantes, dont un accouchement de triplets et deux accouchements de jumeaux. Il y eut au total 13 accouchements dont 6 auraient requis une césarienne. Par ailleurs, au moment de l'enquête, 18 grossesses de plus de trois mois étaient en cours.

Les différentes étapes de la procédure sont chacune responsable d'une fraction des échecs et des abandons. Ainsi sur les 596 femmes ayant entrepris la stimulation ovarienne, 536 femmes ont eu un prélèvement d'ovules. Sur ce nombre, un peu plus de 400⁷ ont eu par la suite un transfert d'embryons ou de gamètes.

Au-delà de cette étape, le nombre de grossesses diminue de façon plus radicale. Le principal facteur d'échec serait que les embryons transférés ne réussissent pas à s'implanter dans l'utérus. Ainsi l'ensemble des cliniques ne rapportaient en octobre 1987 que 64 grossesses dont une cinquantaine⁸ de grossesses clini-

ques confirmées par une échographie, incluant trois grossesses ectopiques. Neuf de ces grossesses cliniques étaient des grossesses multiples: cinq cas de jumeaux, trois cas de triplets et un cas de quadruplets.

Les taux de succès des cliniques québécoises, calculés sur la base du nombre de naissances vivantes chez toutes les femmes ayant entrepris la stimulation ovarienne, varient donc selon les cliniques de 0 à 5 % pour la fécondation **in vitro** proprement dite, et de 0 à 8 % pour le **in vivo**. Si on utilise comme base de calcul le nombre de grossesses cliniques chez les femmes qui ont reçu un transfert d'embryons (ou de gamètes), on obtient des taux variant entre 11 et 17 % pour la fécondation **in vitro**⁹, et entre 17 et 33 % pour le **in vivo**.

6.1.8 Nombre d'ovules par prélèvement et nombre d'embryons par transfert

Les prélèvements d'ovules sont effectués, dans la plupart des cliniques, par laparoscopie¹⁰. Certaines cliniques disent utiliser aussi ou surtout la méthode de ponction vaginale ou urétrale sous échographie. Les réponses fournies par les cliniques font état d'un nombre **moyen** d'ovules par prélèvement; le nombre le plus bas est de 2 à 3, et le plus élevé est de 6,3 ovules. Les informations transmises ne permettent pas de connaître le nombre d'ovules prélevés qui sont effectivement fécondés par la suite.

Quant au nombre **moyen** d'embryons transférés lors d'une tentative, les cliniques l'évaluent en moyenne entre 1,9 et 2,9 embryons; elles affirment ne jamais dépasser un nombre maximum d'embryons, ce nombre variant de 3 à 6 selon les cliniques. On peut noter que le nombre moyen d'ovules prélevés est presque partout supérieur au nombre maximum d'embryons transférables. Une seule clinique qui prélève en moyenne 2 ou 3 ovules affirme transférer tous ceux qui sont fécondés.

6.1.9 Congélation d'embryons

Une seule clinique au Québec est équipée pour effectuer la congélation d'embryons, et ce depuis octobre 1985. Elle a comme politique de congeler systématiquement tous les embryons surnuméraires; le couple dont ils proviennent est informé du nombre d'embryons qui ont été congelés et peut revenir les utiliser pour une autre tentative de transfert ou pour en disposer autrement. La clinique dit ne pas avoir établi de durée maximum de conservation et mentionne qu'aucun embryon n'y était conservé depuis plus d'un an au moment de l'enquête. Cette même clinique prévoit établir prochainement de nouvelles modalités d'encadrement tout en maintenant le principe selon lequel le couple a la libre disposition des embryons qu'il a conçus.

En octobre 1987, cette clinique conservait 33 embryons conçus par 18 couples; elle rapportait dix tentatives d'implantation d'embryons décongelés sans qu'aucune naissance en ait résulté.

Par ailleurs, deux autres cliniques envisagent d'offrir la congélation d'embryons d'ici cinq ans.

6.1.10 Congélation d'ovules

Aucune clinique québécoise ne semble pouvoir pratiquer la congélation d'ovules à l'heure actuelle, cette procédure étant encore hautement expérimentale. Cependant, la seule clinique qui pratique déjà la congélation d'embryons dit envisager aussi la congélation d'ovules d'ici les cinq prochaines années.

6.1.11 Dons d'ovules et dons d'embryons

Toutes les cliniques interrogées disent ne pas effectuer de dons d'embryons à l'heure actuelle, mais deux d'entre elles ont l'intention de le faire à compter de 1988, et une autre d'ici cinq ans.

Par ailleurs, une seule clinique dit pratiquer le don d'ovules, une deuxième envisage cette pratique à court terme, et deux autres prévoient s'y adonner d'ici cinq ans.

6.2 Débats et positions du comité

Le comité s'est penché sur la pratique de la fécondation *in vitro* qui vient d'être décrite. Il n'a cependant pas étudié en détail toutes les questions qui auraient pu être soulevées par les résultats de l'enquête et considère qu'il y a encore place pour une analyse plus poussée de la situation. Les membres ont d'abord débattu l'acceptabilité de principe de la pratique, étape qui les a amenés à discuter aussi du statut scientifique de cette technique ainsi que de l'évaluation de son efficacité. Le comité a ensuite débattu les critères d'admissibilité à cette technique puis l'acceptabilité de la création et du transfert de plusieurs embryons lors d'une tentative donnée. Il a aussi examiné diverses questions relatives à la congélation et au don d'embryons ou d'ovules, pour terminer avec la question de l'importation de sperme, d'ovules et d'embryons.

6.2.1 La fécondation *in vitro* est-elle acceptable en principe?

Le comité a pris connaissance des données disponibles sur l'état actuel de cette technique, avec ses risques et ses avantages, et a considéré les principes qu'elle met en jeu tels que la médicalisation de la conception, la reproduction dissociée de la sexualité, la transformation de la maternité, etc. (voir le chapitre 4).

En principe, les différentes composantes de la procédure de fécondation *in vitro*, depuis la stimulation ovarienne jusqu'au transfert d'embryon, et le fait de produire ainsi des embryons en dehors du corps de la femme, n'apparaissent pas inacceptables aux yeux des membres du comité, dans la mesure où elles permettent de réaliser un projet de

procréation sans porter atteinte à la dignité et aux droits des personnes concernées.

Cependant, au-delà de la considération de principe, se posent un bon nombre de considérations de fait et de circonstances qui conduisent plusieurs membres du comité à émettre des réserves. Ainsi un membre a affirmé ne pas pouvoir répondre abstraitement à la question d'acceptabilité sans voir le contexte actuel de la pratique et s'interroger sur les implications éventuelles d'une pratique plus large et à plus long terme; en ce sens, elle craint les effets d'entraînement d'une position de principe favorable. Une membre limite par ailleurs son acceptation de principe aux cas où existe un projet immédiat d'enfant, avec les gamètes du couple concerné uniquement; elle précise que sa position ne suppose pas la reconnaissance d'un droit à l'enfant. Elle dénonce la stimulation hormonale et la création d'embryons surnuméraires qu'elle entraîne, et souhaite fortement que l'on fasse une investigation pour identifier d'autres approches moins éprouvantes pour les femmes.

Deux éléments de la discussion sont considérés comme problématiques aux yeux du comité et ont été l'objet de débats, à savoir quels sont les taux de succès réels de la technique, et s'agit-il d'une pratique encore expérimentale?

Les taux de succès avancés aujourd'hui par les praticiens de la fécondation **in vitro** se situent autour de 15 à 25 %. Les nombreuses façons de calculer ces taux ont souvent été remises en question et ce autant à l'extérieur qu'à l'intérieur des milieux de pratique. L'objet de la demande des couples étant non pas un début de grossesse mais bien la naissance d'un enfant, il peut sembler abusif de calculer les taux de réussite en ne tenant compte, comme on le fait souvent, que du nombre de femmes qui ont un test de grossesse positif une semaine après le transfert d'un embryon, mis en pourcentage de celles qui ont eu un transfert.

En effet, ce mode de calcul élimine toutes celles chez qui la stimulation ovarienne n'a pas permis la maturation d'ovules, celles dont les ovules n'ont pu être fertilisés **in vitro** et celles dont les ovules fertilisés ne se sont pas développés de façon satisfaisante pour effectuer un transfert; de plus, toutes les femmes dont la grossesse s'est par la suite avérée ectopique ou a résulté en une fausse-couche demeurent incluses dans un tel calcul. Or, en incluant toutes celles qui entreprennent la stimulation ovarienne et en comptant celles qui, parmi elles, accoucheront d'un enfant vivant, le taux de succès des meilleures cliniques au monde pour la fécondation **in vitro** proprement dite ne dépasserait pas 10 %¹¹.

À cela, certains répondent que déjà le fait de débiter une grossesse est quand même un résultat pour celles qui n'y sont jamais parvenues sans ce moyen, et qu'il faudrait, pour être juste, comparer ces résultats avec le taux de réussite de la procréation naturelle qui est, pour un cycle donné, de l'ordre de 25 % environ. Mais considérant le caractère très lourd de la fécondation **in vitro**, certains membres du comité continuent d'évaluer ces résultats comme décevants et ne pouvant justifier une ouverture très large à cette pratique. Les membres du comité se sont également entendus pour dire que les taux de réussite fournis par les cliniques aux couples intéressés devraient être basés sur les résultats obtenus par cette même clinique, être calculés de la même façon dans toutes les cliniques et être expliqués de façon à ce que les gens sachent exactement ce qu'ils veulent dire.

Des divergences sont aussi apparues à l'intérieur du comité sur la question du caractère expérimental de la pratique, les membres n'ayant pas de perception commune de ce qui constitue de la recherche médicale et de ce qui est une pratique médicale reconnue. On a fait une distinction entre la recherche en tant que telle, qui a pour objectif de mettre au point et d'évaluer les risques et l'efficacité d'une technique, et le caractère expérimental de la phase d'introduction d'une technique nouvelle dans une clinique

donnée ou chez un praticien qui ne l'a jamais utilisée. On convient que les cliniques québécoises en sont encore en général à cette phase d'introduction d'une technique nouvelle, de mise au point et de formation des praticiens et qu'elles n'obtiennent d'ailleurs pas les mêmes taux de réussite que les grandes équipes anglaises et australiennes.

Les membres du comité n'étaient cependant pas unanimes au sujet du caractère expérimental de la technique, et ce non seulement telle que pratiquée au Québec mais de façon générale. Certains jugent que la fécondation **in vitro** étant pratiquée depuis plus de dix ans avec succès, ayant donné lieu à plus de 5 000 naissances et fait l'objet de nombreuses études, ses risques et son efficacité étant suffisamment connus, on ne peut plus la considérer comme une entreprise expérimentale.

D'autres membres, par contre, allèguent les divers aspects inconnus du processus et de ses effets comme raisons suffisantes pour considérer cette technique comme expérimentale; une membre cite par exemple un taux de grossesses multiples de 12 à 30 %, un taux d'accouchements prématurés de 27 %, les présentations de siège quinze fois plus fréquentes que la normale, les césariennes pratiquées dans un cas sur deux, auxquels s'ajoutent les effets secondaires des hormones utilisées pour la stimulation ovarienne, les risques encourus lors du prélèvement d'ovocytes et les dangers de l'anesthésie générale¹². Les innovations continues dans les différentes étapes de la procédure (en vue d'augmenter les taux de succès justement) incitent également ces membres à affirmer que la fécondation **in vitro** n'est pas encore une pratique médicale établie, que ce soit dans les cliniques québécoises ou dans les cliniques les plus avancées.

En conclusion de cette question, **le comité accepte en principe la fécondation in vitro, apportant les réserves suivantes émises par une majorité des membres:**

- ▶ **la fécondation in vitro est une pratique acceptable en autant que les risques encourus sont bien évalués et qu'on obtienne une bonne maîtrise de la technique;**
- ▶ **il s'agit d'une pratique impliquant un haut degré de médicalisation et pouvant affecter l'intégrité physique des femmes; on doit donc privilégier le recours à des interventions moins lourdes;**
- ▶ **à cause des glissements possibles vers des utilisations abusives, il y aurait lieu de soumettre les centres qui la pratiquent à un encadrement raisonnable;**
- ▶ **enfin, des informations plus exactes devraient être accessibles aux personnes intéressées à y recourir de façon à ce qu'elles puissent y donner un consentement éclairé.**

À cet effet, le comité fait les recommandations suivantes. Les taux de réussite devraient être établis annuellement pour chaque clinique, sur la base de leurs propres résultats. Ces taux devraient être calculés de façon uniformisée pour toutes les cliniques et permettre notamment de bien distinguer les chiffres basés sur les grossesses cliniques et ceux basés sur les naissances vivantes. Une dissidence apparaît en fin de chapitre concernant cette base de calcul(i).

Le comité considère que ce type d'information est nécessaire à la prise de décision des couples qui s'adressent aux cliniques et devrait leur être fourni. Il estime que le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait également disposer de ces informations relatives à chaque clinique et pouvoir établir à partir de ces données un taux moyen de réussite pour l'ensemble des cliniques; ceci contribuerait à une meilleure évaluation des services offerts et à la définition des politiques du Ministère en cette matière.

6.2.2 Éligibilité à la fécondation in vitro

Le comité a convenu à la majorité que la fécondation in vitro devrait pouvoir être offerte aux per-

sonnes présentant une infertilité médicalement démontrée dans le cadre d'un projet d'enfant. Pour la majorité des membres, le terme «personnes» fait référence aux couples mariés ou en union de fait. Comme ce fut le cas à propos de l'éligibilité à l'insémination artificielle cependant, une des membres souhaiterait y inclure les personnes seules sous réserve d'une évaluation plus sévère, alors qu'à l'opposé, une autre membre réserverait l'accès à cette technique aux couples légalement mariés.

Le terme «infertilité médicalement démontrée» prête aussi à des interprétations variables; la majorité du comité y inclut les infertilités idiopathiques (i.e. cas non expliqués après les investigations habituelles et qui forment environ 30 % de la clientèle en fécondation **in vitro**), tandis que d'autres préféreraient exclure ce type d'indication. Une partie du comité ajoute que les couples intéressés devraient au préalable avoir tenté les autres recours thérapeutiques envisageables.

Une membre souhaite par ailleurs exclure les femmes qui auront subi une stérilisation chirurgicale volontaire, conformément à sa dissidence de la section 2.1. D'autres membres se sont objectés à cette position, alléguant qu'il n'y a pas lieu de juger des circonstances qui ont pu conduire une femme à recourir à la stérilisation. Se démarquant des avis précédents, un autre membre s'en remettrait quant à lui entièrement à la discrétion des médecins et suggère l'utilisation de la liste d'indications établie par l'American Fertility Society (voir l'annexe 4).

Au plan de l'évaluation psychologique des candidats, le comité est d'avis qu'ils ne devraient pas être soumis à un examen trop lourd ou à des exigences supérieures à celles qu'on formule en général à l'égard des couples fertiles qui souhaitent devenir parents. Il y aurait plutôt lieu d'offrir une ressource psychologique à titre de support à leur démarche. Selon le comité, un bon entretien

clinique devrait être suffisant pour identifier les cas réellement évidents de situations problématiques pouvant présenter un danger pour l'enfant à naître (ex.: toxicomanies graves, antécédents de violence, etc.).

Enfin, le comité considère que l'État n'est pas tenu d'assurer l'accessibilité des services de fécondation in vitro dans chaque région; le comité est en effet d'avis que bien d'autres besoins sociaux et de santé doivent être considérés en priorité dans une optique d'équité entre les régions. Toutefois, la mise en place éventuelle de nouveaux services devrait tenir compte de ce principe d'équité.

6.2.3

Acceptabilité de principe de la production et du transfert de plusieurs embryons à la fois

Le comité s'est interrogé sur l'acceptabilité de principe de la pratique courante en fécondation **in vitro** qui consiste à féconder si possible plus d'un ovule et donc à produire éventuellement plusieurs embryons de manière à augmenter les chances de grossesse.

Le comité a d'abord débattu le premier aspect de la question concernant la production d'embryons surnuméraires. **La majorité du comité est plutôt d'accord avec cette pratique mais certains membres l'admettent en autant que l'on puisse congeler les embryons non transférés, et d'autres, à la condition que cette pratique soit définie comme une mesure temporaire jusqu'à ce qu'on trouve le moyen de congeler efficacement les ovules par exemple ou qu'on réussisse à obtenir des taux de succès meilleurs avec moins d'embryons.** Une membre a formulé une dissidence sur le principe même de la production d'embryons surnuméraires⁽⁴⁾.

Le comité a ensuite débattu le second aspect de la question, à savoir s'il est acceptable de procéder au transfert de plusieurs embryons à la fois chez une même femme. **La majorité des membres n'a pas émis d'objection de principe, mais il y a eu consensus cependant sur la nécessité de mieux évaluer les risques de grossesses multiples;** en effet celles-ci se produisent assez fréquemment suite au transfert de plusieurs embryons, et la présence de trois fœtus ou plus constitue un danger pour la santé de la mère ainsi que pour les enfants à naître.

Le comité déplore par ailleurs unanimement la pratique dite de «réduction des fœtus» suite à une fécondation *in vitro*; elle consiste à pratiquer un avortement sur l'un (ou plus d'un) des fœtus présents afin de diminuer les risques de la grossesse. **Le comité recommande que tous les moyens possibles soient pris pour éviter les situations conduisant à considérer le recours à cette pratique comme nécessaire.**

Les membres proposent plutôt que des recherches soient entreprises pour mieux établir les risques de grossesse multiple en fonction du nombre d'embryons transférés lors d'une tentative donnée et qu'une limite acceptable du nombre des embryons transférés soit établie en tenant compte à la fois du facteur d'efficacité (taux de réussite) et du risque de grossesse multiple. **Le comité estime également que les recherches devraient tenter d'améliorer les chances de grossesse à partir de moins d'embryons, idéalement à partir d'un seul embryon à la fois. Les recherches pourraient même tendre à permettre de pratiquer la fécondation *in vitro* sans recourir à la stimulation ovarienne.**

6.2.4 Congélation d'embryons et usage d'embryons congelés à des fins de grossesse

La pratique de la congélation des embryons suscite de sérieuses réserves chez la majorité des

membres du comité, soit pour des raisons de principe relatives à la dignité de la reproduction humaine, à la crainte d'intemporalité et de brouillage de générations, soit parce qu'elle risque de donner lieu à des pratiques d'échange, voire de commercialisation, soit encore pour des raisons liées au caractère expérimental de cette technique, de la perte d'un grand nombre de ces embryons et des autres risques encore mal évalués.

Cependant, en raison du respect qu'elle accorde au potentiel de vie humaine présent dans l'embryon, la majorité des membres se voit forcée d'admettre qu'elle préfère malgré tout cette solution à la destruction d'un embryon, ce qui peut être la seule alternative dans l'état actuel des pratiques et des connaissances. **Le comité accepte donc en majorité, comme le moindre de deux maux et de façon provisoire, la pratique de la congélation des embryons à titre expérimental et de la façon la plus limitée possible (par exemple dans le cadre exclusif d'un projet immédiat d'enfant). Il recommande que le consentement préalable du couple concerné soit requis pour la congélation des embryons.** Une seule membre a totalement rejeté le principe de cette pratique étant donné qu'elle n'est pas en faveur de la production d'embryons surnuméraires. Elle évoque aussi les sérieuses réticences émises par l'American Fertility Society concernant cette pratique. Un autre membre accepte le principe sans réserve, invoquant qu'il s'agit d'un élément essentiel à un programme de fécondation *in vitro*, et que cela permet d'éviter à la femme de devoir reprendre le processus depuis le début si un premier transfert d'embryon échoue.

Ayant accepté avec réserve le principe de la congélation d'embryons, le comité s'est penché sur les limites acceptables de leur conservation. Après une longue discussion, les membres du comité en sont arrivés à un consensus sur le fait qu'il devait nécessairement y avoir une durée limitée, que cette limite d'autre part devrait permettre à la femme de se remettre soit d'un premier essai infructueux

ou d'une grossesse ayant résulté en fausse-couche, ou encore de se rétablir suffisamment suite à un premier accouchement, avant de tenter un deuxième transfert.

La majorité des membres a convenu qu'un maximum de 24 mois à compter de la première tentative ne devrait pas être dépassé, afin que l'on préserve le sens d'un projet immédiat d'enfant et qu'on n'ouvre pas davantage la voie à des projets plus imprécis ou lointains: ceux-ci, en plus de brouiller la temporalité des générations, comportent un risque accru de désaccord ou de dissolution du couple. **La majorité des membres dit être ouverte à l'idée que des exceptions puissent être faites pour permettre une prolongation au-delà de 24 mois dans des circonstances particulières et après discussion avec l'équipe médicale.** Ces membres soulignent que la limite de 24 mois crée une pression indue sur la femme pour entreprendre une deuxième grossesse dans un délai assez court.

6.2.5 Responsabilité des embryons congelés

Le comité a été unanime sur la question de savoir qui peut décider de ce qu'il advient des embryons congelés. **Tous conviennent aisément que les couples doivent être les premiers détenteurs de cette responsabilité, à l'intérieur des limites éthiques établies, par exemple à l'intérieur de la durée maximum de conservation.**

Si les deux conjoints abandonnent leur projet d'enfant ou ne sont plus en accord à ce sujet, ou encore s'ils disparaissent, la situation devient plus délicate. Certains jugent qu'il est alors préférable de détruire automatiquement les embryons congelés.

La majorité des membres croit qu'un comité d'éthique pourrait juger de la meilleure décision à prendre dans chaque cas. Le comité s'est aussi entendu pour proposer que le formulaire de consentement à la

congélation d'embryons soit conçu de façon à permettre aux couples de prévoir les mesures à prendre dans de telles éventualités.

6.2.6 Don d'embryon

Le comité s'est montré très divisé à propos de l'acceptabilité des dons d'embryon. Le seul point sur lequel une majorité des membres s'est entendue est qu'il serait inacceptable de produire des embryons dans le seul but de les donner. Quant à savoir si un couple disposant d'embryons surnuméraires suite à une fécondation **in vitro** pourrait choisir d'en faire don plutôt que de les voir détruire, les membres ont des réponses variées. La diversité d'opinions est telle qu'aucune tendance n'a pu être clairement dégagée dans un sens ou un autre. Ainsi, certains membres s'y sont opposés en raison des pressions qui risquent de s'exercer sur les femmes inscrites en fécondation **in vitro**, et éventuellement sur d'autres femmes, ou encore en invoquant le principe que la technique n'est acceptable que lorsque pratiquée à partir des gamètes du couple lui-même. D'autres membres ont exprimé des réserves, insistant pour que cela demeure une pratique exceptionnelle, ou ne se résignant à cette éventualité que parce qu'ils préfèrent en principe le don à la destruction; ils ne souhaitent pas cependant que le don devienne un choix forcé pour éviter la destruction. Enfin, un autre membre juge également inconcevable de préférer la destruction au don, mais s'est dit très préoccupé par la rupture délibérée des liens biologiques entre parents et enfants qui découle d'une telle pratique.

Le comité ne s'est pas rallié non plus autour de la solution de soumettre de tels cas au jugement d'un comité d'éthique.

6.2.7 Don d'ovule

La majorité des membres a admis en principe la pratique du don d'ovules mais en y apposant des conditions qui limitent significativement les libertés re-

connues dans l'article 20 du Code civil¹³. **Ces conditions sont les suivantes: premièrement, des prélèvements d'ovules ne devraient jamais être pratiqués sans le consentement éclairé de la femme concernée; deuxièmement, ces prélèvements ne devraient jamais être pratiqués dans le seul but de procurer des ovules à une autre femme; et troisièmement, ces prélèvements ne devraient faire l'objet d'aucune forme de sollicitation à l'occasion d'une laparoscopie, d'une ligature ou d'une autre chirurgie, et n'être envisagés qu'à la demande expresse de la femme qui doit subir l'intervention.**

Un membre se dit quant à lui opposé au don d'ovules pour fins reproductives si le don est pratiqué dans le contexte d'une chirurgie stérilisante; il ne s'y oppose pas cependant si le don est fait à des fins de recherche, par exemple afin d'améliorer la technique de congélation de l'ovule.

Pour la majorité des membres, les dons d'ovules devraient préférablement être limités aux ovules prélevés chez des femmes inscrites en fécondation *in vitro* et qui en ont un nombre suffisant pour leurs propres besoins. On devrait également conserver à cette pratique un caractère exceptionnel et prendre toutes les mesures nécessaires pour empêcher le trafic et la commercialisation des ovules. Une membre a inscrit sa dissidence sur cette position du comité¹⁴.

6.2.8 Usage d'ovules congelés

Il n'y a pas eu de consensus sur la congélation d'ovules et leur utilisation ultérieure à des fins de grossesse. **Une majorité des membres s'est déclarée favorable en principe à cette pratique, y voyant la solution au délicat problème des embryons surnuméraires. Cependant, plusieurs ont exprimé des réserves à son application étant donné le caractère encore très expérimental de cette technique.** D'autres membres craignent surtout l'émergence

possible d'un système de reproduction programmée: stérilisation – prélèvement de gamètes – reproduction médicalement assistée¹⁴.

6.2.9 Importation d'embryons, d'ovules et de sperme

Le comité s'est unanimement opposé au commerce international de gamètes et d'embryons humains. En référence aux positions énoncées plus haut dans ce chapitre et dans le chapitre précédent, les objections variaient en nature, allant de l'impossibilité de contrôler les standards de qualité du matériel, à la remise en cause du droit des enfants de connaître leurs antécédents biologiques, aux problèmes d'ordre médical (ex.: étude et suivi des maladies d'origine génétique), jusqu'au danger d'exploitation reproductive des populations de pays défavorisés et de commercialisation du matériel de reproduction humaine.

Dissidences

i Dissidence de madame Francine McKenzie relativement à l'acceptabilité de principe de la fécondation *in vitro* (6.2.1): Le taux de succès devrait être calculé à partir du début (nombre de femmes ayant subi la stimulation hormonale) jusqu'à la fin du cycle (nombre de femmes ayant donné naissance à un enfant vivant), compte tenu du fait que le processus commence avec la stimulation hormonale, le projet étant un enfant vivant.

ii Dissidence de madame Francine McKenzie relativement à l'acceptabilité de la fertilisation et du transfert de plusieurs embryons à la fois (6.2.3).

La fécondation *in vitro* est à mes yeux une méthode expérimentale qui devrait s'inscrire dans un projet de couple, avec l'utilisation des gamètes du couple et dans le respect de l'intégrité physique des femmes (la stimulation hormonale étant une violation du cycle naturel). Il doit y avoir aussi respect de l'autonomie reproductrice des femmes et ces dernières doivent prendre leurs décisions en toute connais-

sance de cause. La fécondation **in vitro** ne devrait être utilisée que dans les cas d'infertilité médicalement démontrée et lorsque les autres interventions ont été tentées sans succès. Quand l'homme est infertile ou quand les deux partenaires sont infertiles, on ne devrait pas offrir la fécondation **in vitro**. De plus, il faudrait trouver d'autres techniques que celles consistant à stimuler les hormones et à créer des embryons surnuméraires. Je suis contre la création par la technique d'embryons surnuméraires et contre leur utilisation pour fins de recherche. Quant à l'accessibilité, je ne suis pas sûre qu'il faille, au nom d'une certaine concurrence, multiplier les centres; il pourrait y avoir une seule clinique bien équipée et ce serait suffisant.

iii Dissidence de madame Francine McKenzie relativement au don d'ovule (6.2.7):

Compte tenu des abus auxquels ces pratiques peuvent conduire, je m'inscris en faux contre tout don d'ovules, que ce soit pour rendre service à une autre femme ou encore pour favoriser la mise au point de techniques comme la congélation d'ovules.

CHAPITRE 6: RÉFÉRENCES

1. Dr Nicole ATHÉA, **La fécondation *in vitro***, Direction générale de la santé, France, 1985, 65 pages. **La cueillette et le traitement des informations provenant des cliniques québécoises ont été effectuées par Joanne Huot pour le compte du comité.**
2. Ces cliniques sont, par ordre d'ancienneté, celles du Centre hospitalier de l'Université Laval à Québec, du Centre hospitalier Queen Elizabeth, du Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, et du Centre hospitalier St-Luc à Montréal, du Centre hospitalier de Chicoutimi et de l'Institut de fertilité de Montréal (clinique privée).
3. Au moment de rédiger le rapport, soit en mars 1988, la seule clinique privée en opération au Québec avait fermé ses portes. Quant à la clinique du Centre hospitalier Queen Elizabeth, elle était inactive depuis un an et l'Université McGill, à laquelle elle était rattachée, envisageait de s'associer plutôt au Centre hospitalier Royal Victoria.
4. Il s'agit, rappelons-le, de cas où il n'y a pas de problème d'infertilité chez la femme qui subit l'intervention, mais plutôt une volonté de concevoir un enfant biologiquement issu de son conjoint, après avoir tenté l'insémination artificielle avec son sperme sans succès; le facteur habituellement identifié chez le conjoint est l'oligoasthénospermie, c'est-à-dire des spermatozoïdes peu mobiles et en faible concentration.
5. La limite de 14 jours est celle proposée par le comité Warnock (voir annexe I).
6. Deux cliniques nous ont transmis des données qui ne remontent pas jusqu'au tout début de leurs activités.

7. L'une des cliniques n'ayant fourni que le taux de fécondation des ovules, nous savons que le nombre total de transferts se situe entre 375 (nombre rapporté par les autres cliniques) et 468 (maximum possible si toutes les patientes de cette clinique ont eu un transfert). On peut supposer qu'il se situe autour de 420.
8. L'une des cliniques a rapporté 6 grossesses, sans spécifier s'il s'agissait de grossesses biochimiques ou de grossesses cliniques. Le total pour l'ensemble des cliniques se situerait donc entre 49 et 55.
9. En excluant les données de l'une des cliniques, qui rapporte des taux **annuels** variant entre 0 et 33 %, ce qui rend la comparaison impossible.
10. Intervention qui consiste à introduire un télescope à travers le nombril, sous anesthésie générale, pour voir directement l'utérus, les trompes et les ovaires.
11. Joachim MARCUS-STEIFF, «Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué» dans **Les temps modernes**, no. 482, septembre 1986, pp. 1-50.
- Voir aussi Michael R. SOULES, "The in Vitro Fertilization Pregnancy Rate: Let's Be Honest with One Another" in **Fertility and Sterility**, vol. 43, no. 4, avril 1985, pp. 511-513.
12. Joachim MARCUS-STEIFF, cité dans Francine McKenzie, «La maternité en miettes» dans **Enjeux**, Conseil du statut de la femme, Québec, Les publications du Québec, 1987, p. 5.
13. Article 20. «Le majeur peut consentir par écrit à l'aliénation entre vifs d'une partie de son corps ou à se soumettre à une expérimentation, pourvu que le risque couru ne soit pas hors de proportion avec le bienfait qu'on peut en espérer.
- Le mineur doué de discernement le peut également avec l'autorisation d'un juge de la Cour supérieure et le consentement du titulaire de l'autorité parentale à condition qu'il n'en résulte pas un risque sérieux pour sa santé.
- L'aliénation doit être gratuite à moins que son objet ne soit une partie du corps susceptible de régénération.
- Le consentement doit être donné par écrit; il peut être pareillement révoqué.»
14. Allusion au système VCI (vasectomie et congélation du sperme/insémination) déjà proposé comme alternative à la contraception.

7

La pratique des contrats de grossesse

Avant de traiter de la pratique des contrats de grossesse au Québec, il est utile d'exposer ici les considérations qui ont conduit le comité à retenir l'expression «contrat de grossesse» pour désigner ce phénomène, et de montrer les implications d'un tel choix.

L'usage le plus répandu dans les médias et le langage courant est de parler de «mère porteuse». Certaines critiques soulignent que cette expression met davantage en évidence l'implication de la mère dans cette pratique plutôt que celle du couple qui y prend part. D'autres objections à l'expression «mère porteuse» reposent sur son effet trompeur, sur l'impression donnée que ces mères ne sont pas des mères au même titre que les autres, que l'enfant qu'elles mettent au monde n'a d'autre lien avec elles que d'avoir été «porté». Le statut de mère est donc déjà divisé entre la femme enceinte et la conjointe du père avant même que celle-ci n'ait adopté l'enfant ou ne l'ait pris à sa charge. Il y a donc un glissement de sens nouveau en regard de concepts déjà connus comme ceux de mère naturelle et de mère adoptive.

D'autres expressions comme «mère d'emprunt», «prêt d'utérus» et «location d'utérus» véhiculent la même image d'une maternité différente au point de vue biologique, en plus d'accentuer le caractère instrumental de la grossesse et sa réduction à un phénomène strictement physiologique et aliénable. Ces termes admettent implicitement la commercialisation de la grossesse en signifiant que le corps de la mère peut être emprunté, loué, etc.

L'expression «mère de substitution», bien qu'elle ne renforce pas au même degré le morcellement de la maternité en ses différentes étapes, ni sa réduction à un processus biologique, a quand même le tort d'être mal à propos, pour ne pas dire d'être à contresens. En effet, si la femme qui met l'enfant au monde se substitue à quelqu'un, c'est à l'épouse du père: elle serait donc plutôt «épouse de substitution». Ou bien faudrait-il plutôt désigner la conjointe du père comme celle qui se substitue à la mère naturelle?

Enfin, certaines critiques désignent la pratique comme étant un «achat» ou une «vente d'enfant», ce qui peut être considéré ou non comme exact mais qui est en tout cas incomplet puisque les demandeurs achètent des droits non seulement sur l'enfant mais également sur la personne de la mère pour toute la période entourant la grossesse.

L'expression «contrat de grossesse» a quant à elle l'avantage d'être plus équitable en mettant au premier plan la notion d'entente, d'engagement contractuel auquel prennent part plus d'une personne et non pas la mère seule. Elle réfère aussi à la période couverte par l'entente comme étant la grossesse, ce qui, sans être rigoureusement exact, rappelle néanmoins une réalité plus complexe que le seul geste de céder un enfant.

7.1 État de la situation au Québec

Il n'existe actuellement aucun portrait d'ensemble de la pratique des contrats de grossesse¹ au Québec. Celle-ci n'a en effet jamais été décrite ou étudiée, même de façon exploratoire, en partie sans doute à cause du caractère très confidentiel et hors norme de ces arrangements, en partie aussi parce qu'elle ne semble pas largement répandue et n'a pas donné lieu chez nous à des dénouements dramatiques ou à des démarches judiciaires pouvant capter l'attention des médias et de l'opinion publique, comme ce fut le cas ailleurs.

Le comité n'a pas commandé d'étude particulière avant de se pencher sur les questions que soulève cette pratique, en raison des difficultés méthodologiques et des délais qu'aurait supposé un tel travail. Mais de nombreux indices permettent d'affirmer que cette pratique est apparue au Québec depuis quelques années déjà. Ainsi, des avocats de Québec et de Montréal ont déclaré publiquement à la radio et à la télévision qu'ils préparaient des contrats de cette nature pour une certaine clientèle; des médecins de l'hôpital Sainte-Justine à Montréal et du Centre hospitalier de l'Univer-

sité de Sherbrooke ont admis également devant les médias avoir eu connaissance de quelques dizaines d'accouchements de mères sous contrat; des annonces sollicitant ou proposant les services d'une «mère porteuse» paraissent de temps à autre dans les quotidiens des grands centres comme dans ceux des régions éloignées; enfin des agences américaines comptent des Québécoises dans leurs «catalogues» de candidates à la maternité sous contrat et disent pouvoir offrir ce service à moindre coût étant donné les frais assurés par le régime de soins de santé québécois⁷. Sans pouvoir mesurer l'ampleur du phénomène ni son rythme d'évolution, on sait à tout le moins que la pratique existe, même si on ne voit pas encore ici d'agences spécialisées ayant pignon sur rue.

7.2 Le contexte juridique³

Les contrats de cet ordre n'ont jusqu'à présent reçu aucune reconnaissance légale au Québec et les juristes associées aux travaux du comité doutent sérieusement que leur validité puisse être établie dans le contexte du droit actuel.

En effet, le contrat par lequel une femme s'engage à porter un enfant et à le remettre à la naissance à une autre personne pourrait être considéré comme nul à deux titres. D'une part, l'obligation contractuelle de céder l'enfant va à l'encontre des règles sur l'adoption, et d'autre part, la gestation ou la cession d'un enfant ne peuvent être considérés comme des «choses» pouvant faire l'objet de commerce.

Par ailleurs, si les parties liées à un contrat de grossesse conviennent de recourir à la procédure habituelle pour réaliser légalement l'adoption de l'enfant, le fait pour la mère de se soumettre à ces procédures en contrepartie d'un paiement pourrait constituer aussi une infraction à la Loi sur la protection de la jeunesse⁴ puisque cette loi condamne quiconque tire un profit en rapport avec l'adoption d'un enfant. Cette infraction concernerait également

toute autre personne impliquée dans les arrangements relatifs à de telles adoptions, qu'ils prennent ou non la forme de contrats écrits.

Mise à part la question de leur légalité, les situations de fait créées par ces contrats feront surgir des problèmes de filiation et de responsabilité parentale pour les enfants ainsi conçus.

Au Québec, la filiation est généralement établie par le «titre», c'est-à-dire l'acte de naissance, ainsi que par la «possession d'état», c'est-à-dire un ensemble suffisant de faits qui confirment les rapports de filiation entre l'enfant et les personnes dont on le dit issu. Dès que la possession d'état est conforme au titre, la filiation est établie de manière incontestable.

Trois situations peuvent se présenter suite à un contrat de grossesse. La première est que les parties font la déclaration à l'acte de naissance en indiquant la conjointe du père comme étant la mère. Dans cette situation, si la mère sous contrat accepte de céder l'enfant, le titre et la possession d'état sont réunis et cette filiation pourra difficilement être contestée par la suite à moins d'invoquer la fraude et de pouvoir le démontrer. Si la mère sous contrat refuse de céder l'enfant à la naissance, elle peut elle-même déclarer l'enfant comme sien ou contester la déclaration de paternité ou de maternité du couple demandeur.

Dans ce dernier cas, si la mère sous contrat n'est pas mariée, le litige se réglera par les tribunaux qui régleront également l'exercice de l'autorité parentale à partager entre le père et la mère, en tenant compte de l'intérêt et des droits de l'enfant. Si la mère sous contrat est mariée, la situation devient plus complexe; le mari de la mère est présumé selon la loi être le père de l'enfant. Il est cependant douteux que cette présomption suffise à elle seule à invalider le titre et la possession d'état. Donc si l'enfant a été remis au

couple demandeur, la contestation de paternité serait probablement difficile de la part du mari de la mère sous contrat; mais si l'enfant n'est pas cédé et que le mari de la mère le déclare sien, c'est le père biologique cette fois qui ne peut plus contester la paternité déclarée par le mari; à tout le moins cette contestation serait rendue difficile puisque l'article 588 du Code civil l'empêche de fonder la contestation sur le motif que l'enfant a été conçu par insémination artificielle. De plus, si le mari de la mère sous contrat avait consenti à l'insémination artificielle, il ne pourrait plus ensuite désavouer l'enfant dans le cas où le père biologique refuserait d'en reconnaître la paternité.

Une deuxième situation pouvant se présenter suite à un contrat de grossesse est que les parties font la déclaration à la naissance conformément à la filiation biologique et procèdent ensuite par la voie de l'adoption.

Si la mère sous contrat n'est pas mariée et a consenti à l'adoption, elle peut encore rétracter son consentement, dans les 30 jours de la remise de l'enfant, sans formalités; elle peut aussi, jusqu'au moment où le tribunal émet l'ordonnance de placement, demander à ce tribunal la restitution de son enfant et le tribunal décide suivant l'intérêt de l'enfant.

Si la mère sous contrat est mariée, le mari doit lui aussi donner son consentement à l'adoption, puisqu'il est sinon le père déclaré, du moins le père présumé de l'enfant.

Une troisième situation à envisager est celle où le père biologique refuserait de reconnaître la paternité de l'enfant et où la mère sous contrat (non mariée) souhaiterait la faire établir. Dans ce cas, la mère pourrait à la limite faire établir la paternité en soumettant le fait de l'insémination artificielle comme élément de preuve.

Dans l'ensemble, d'après les juristes associées au comité, le droit actuel offre des solutions qui protègent généralement la mère biologique davantage que le couple demandeur. Il faut cependant se rappeler que ces règles n'ont pas été rédigées pour s'appliquer à de telles situations, qui n'étaient pas concevables alors.

En résumé, les seuls arrangements possibles dans le cadre des lois en vigueur au Québec sont ceux qui respectent les procédures normales de l'adoption. C'est donc dire notamment:

- que ces procédures doivent être exécutées **après** la naissance;
- que la mère dispose d'un délai de 30 jours après avoir donné son consentement pour revenir sur sa décision;
- que personne ne doit tirer profit de cette adoption;
- que l'enfant adopté conserve le droit de connaître, à certaines conditions, ses antécédents biologiques à l'âge de 18 ans.

7.3 Débats et positions du comité

Les ententes relatives aux contrats de grossesse peuvent prendre différentes formes et survenir dans des circonstances très variées. Pour débattre les questions soulevées par cette pratique, le comité a utilisé un cas type réunissant les principaux éléments de la situation qui semble la plus répandue jusqu'ici, et qui ont été décrits à la section 3.4. Une multitude d'autres situations auraient pu être évoquées puisque chacun des neuf éléments de ce cas type est susceptible de variations, mais ce portrait correspond vraisemblablement à la situation la plus fréquente. Étant donné les positions prises par le comité sur la base de ce cas type, une ligne directrice applicable aux autres situations pourra être déduite.

Le comité a d'abord débattu l'acceptabilité de principe de la pratique des contrats de grossesse, c'est-à-dire des contrats portant sur la conception d'un enfant et la

cession de cet enfant à la naissance en retour d'une forme quelconque de paiement à la mère, laquelle renonce à ses droits parentaux. Une deuxième question de principe a été posée à propos des ententes semblables conclues en privé sans le support d'un contrat formel.

La plupart des autres questions gravitant autour des contrats de grossesse ont aussi été étudiées, à savoir: peut-on contraindre la femme qui porte l'enfant à certains comportements ou limiter de quelque autre façon sa liberté durant la grossesse? Peut-on la contraindre à céder l'enfant à la naissance? Sur quelles bases doit-on sélectionner les candidates et les couples demandeurs? À quelles normes professionnelles doit être soumise cette pratique? Et enfin, des agences spécialisées peuvent-elles s'établir au Québec? Ces questions ont été traitées, lorsqu'il y avait lieu, en complément à la position de principe préalablement adoptée par le comité.

7.3.1 Acceptabilité de principe des contrats de grossesse

Le comité s'est unanimement prononcé contre le principe des contrats de grossesse, ceux-ci étant définis comme une entente convenue entre des personnes en vue de la cession d'un enfant à sa naissance, entente convenue avant la conception, prenant la forme d'un contrat écrit et prévoyant une forme ou une autre de paiement à la mère qui renonce à ses droits parentaux.

Les motifs invoqués par le comité pour rejeter cette pratique sont à la fois d'ordre individuel et d'ordre social. Au plan de l'impact individuel, ces motifs sont d'une part, la rupture possiblement traumatisante du lien entre la mère et l'enfant à la naissance, et d'autre part, le danger d'abus et d'exploitation émotive ou économique des personnes impliquées.

Au plan de l'impact social, le comité y voit une forme de commercialisation de la fonction reproductrice

et du corps humain, ainsi qu'un risque particulier d'exploitation de femmes de milieux défavorisés qui auraient peine à résister à la perspective d'un gain quelles qu'en soient les conditions. Il s'oppose d'une part au principe de faire d'un enfant un objet de contrat: il s'oppose d'autre part au principe d'exiger de la femme sous contrat qu'elle renonce à ses droits fondamentaux avant et pendant sa grossesse, en subordonnant au médecin ou au couple demandeur le consentement aux actes médicaux pratiqués sur elle, ou d'autres décisions touchant son alimentation, ses déplacements, son travail, etc.

Le comité a tenu à souligner son inquiétude au sujet de la tendance observable en obstétrique à restreindre de plus en plus les droits des femmes enceintes au nom du bien-être de l'enfant à naître ou de la responsabilité médicale envers le fœtus qu'elles portent. Ainsi aux États-Unis, des césariennes ont déjà été imposées par jugement des tribunaux à des femmes enceintes qui refusaient l'intervention⁵. Cette problématique est aussi actuelle au Canada où on connaît cinq causes rapportées dans lesquelles des tribunaux sont intervenus pour limiter les libertés individuelles d'une femme enceinte dans l'intérêt du fœtus qu'elle portait⁶. Le nombre de ces causes laisse présumer que beaucoup de situations semblables n'ont pas été apportées jusqu'aux tribunaux. La sanction des contrats de grossesse pourrait, de l'avis du comité, encourager une telle tendance dans l'évolution de la pratique obstétricale.

Cette opinion majoritaire n'exclut pas que les membres du comité soient préoccupés de la protection du fœtus. Ils croient que cette protection est une responsabilité qui doit être assumée non seulement par les femmes enceintes mais également par l'État et par toute la société, notamment par des mesures touchant divers facteurs environnementaux; cependant ceci ne justifie pas qu'on en vienne à restreindre les droits fondamentaux des femmes enceintes ou à leur imposer des contraintes qu'elles n'accepteraient pas librement.

7.3.2 **Acceptabilité de principe des arrangements privés sans contrat**

Prenant en considération les cas où des ententes semblables à celles décrites ci-haut seraient prises en privé, sans contrat formel et sans aucune forme de paiement, entre des personnes agissant sur la base de rapports de convivialité, **le comité a exprimé une opposition moins radicale mais quand même majoritaire contre le principe de cette pratique.**

Les membres du comité ont reconnu qu'il peut se présenter des situations où des motifs généreux et des arrangements de bonne foi ne portent pas atteinte à la dignité et aux droits des parties concernées. Cependant, plusieurs membres croient qu'il existe, même là, une possibilité encore grande que se développent des rapports de sujétion, des abus ou des conflits pouvant affecter gravement toutes les personnes concernées, si l'on tient compte de tous les rapports humains qui sont en jeu. D'autres membres ont aussi soutenu que quelles que soient les circonstances, cette pratique équivaut au don d'enfant, lequel est contraire à notre droit et possiblement contraire aux intérêts de l'enfant.

La majorité des membres est d'avis que les lois actuelles devraient suffire à décourager cette pratique, qu'elles doivent continuer d'être appliquées et qu'il n'y a pas lieu de mettre de l'avant de nouvelles mesures touchant les ententes privées. Une seule membre estime que des dispositions juridiques nouvelles sont nécessaires pour régler de façon plus satisfaisante les conflits qui se produiront dans les faits.

7.3.3 **La pratique des contrats de grossesse doit-elle être rendue illégale?**

D'après la compréhension que le comité a de la législation actuelle, la pratique des grossesses sous

contrat est en soi illicite, en vertu du Code civil et de la Loi sur la protection de la jeunesse. **La majorité des membres du comité est d'accord pour ajouter aux lois actuelles une disposition interdisant toute sollicitation et toute forme de publicité de la part d'intermédiaires relativement à la préparation et à l'exécution de contrats de grossesse.** Quant à la sollicitation ou à la publicité par des personnes directement intéressées (soit couple demandeur ou mère sous contrat), le comité est demeuré divisé, plusieurs membres hésitant à en faire une infraction punissable. Une membre inscrit à ce sujet une position dissidente (i).

Par ailleurs, la majorité des membres recommande d'interdire l'opération d'agences ou les activités d'intermédiaires spécialisés dans ce type de contrats et recommandent de modifier la Loi sur la protection de la jeunesse à l'article 135.1 afin que cet article s'applique sans équivoque aux intermédiaires impliqués dans les contrats de grossesse.

Cependant, la majorité du comité s'est montrée défavorable à l'adoption d'une disposition juridique visant les individus personnellement impliqués dans de tels contrats, soit le couple demandeur et la mère. Plusieurs membres estiment que l'application des dispositions actuelles de la loi qui interdisent tout commerce relatif à une adoption prévoient des pénalités suffisantes à l'égard de ces personnes. Une membre a soutenu qu'en criminalisant les comportements des individus, on renverrait ceux et celles qui s'y risqueront malgré tout (et il y en aura inévitablement) à des pratiques de marché noir où les abus que l'on craint seraient encore plus graves.

7.3.4 **Autres questions relatives aux contrats de grossesse**

Les autres questions généralement soulevées par la pratique des contrats de grossesse et mentionnées au point 7.2 n'ont pas été examinées par le comité. Le

rejet de principe de cette pratique constitue en soi une réponse à ces questions qui ne réfèrent qu'à des modalités d'exercice.

Le cas particulier des grossesses sous contrat avec transfert d'embryon a cependant été considéré par le comité. Il s'agit de la situation, encore très exceptionnelle, où une femme accepte de mener à terme un embryon conçu *in vitro* à partir des gamètes d'un couple demandeur. Le comité s'est plus brièvement penché sur cette pratique, pour en venir à un jugement défavorable pour les motifs déjà évoqués, auxquels s'ajoutent les risques médicaux encore plus élevés pour la mère utérine, et le danger d'ouvrir la porte à des pratiques sociales encore plus inacceptables.

Dissidence

(i) Dissidence de Mme Francine McKenzie relativement à la pénalisation des contrats de grossesse (7.3.3):

Pour nous, tout intervenant devrait être punissable et l'on devrait amender en conséquence l'article 135.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse.

CHAPITRE 7: RÉFÉRENCES

1. Le choix de l'expression «contrat de grossesse» pour désigner le phénomène traité ici est motivé par une série de considérations qui ont été exposées à la section 3.5.
2. «De vives réactions», *Journal de Québec*, 24-10-84, p. 4; «Les bébés à contrat (1ère partie)», *Journal de Québec*, 01-11-82, p. 5; «Au moins cinq autres cas de mères-porteuses au pays dont un à Québec», *La Presse*, 17-07-82; «Nadia offre d'être mère-porteuse pour 15 000\$», *Le Soleil*, 03-03-83, p. 1; Isabelle PARÉ, «Mères porteuses demandées» dans *Le Devoir*.
3. Cette section du chapitre a été préparée grâce à la collaboration spéciale de Me Bartha Knoppers et de Me Marie-José Longtin.
4. Loi sur la protection de la jeunesse, article 135.1:
135.1. Que le placement ou l'adoption ait lieu au Québec ou ailleurs et qu'il s'agisse d'un enfant domicilié au Québec ou non, quiconque
 - a) donne ou reçoit ou accepte de donner ou de recevoir, directement ou indirectement, un paiement ou un avantage, soit pour procurer un placement ou contribuer à un placement en vue d'adoption, soit pour obtenir l'adoption d'un enfant;
 - b) contrairement à la présente loi, place, tente de placer, contribue à placer un enfant en vue de son adoption ou contribue à le faire adopter; ou
 - c) contrairement à présente loi, adopte ou tente d'adopter un enfant;
 - d) contrairement à la procédure d'adoption prévue à l'article 72.3, fait entrer ou contribue à faire entrer au Québec un enfant né hors du Québec;commet une infraction et est passible, sur poursuite sommaire, en outre du paiement des frais, d'une amende de 2 000\$ à 5 000\$, s'il s'agit d'un individu, et d'une amende de 5 000\$ à 10 000\$, s'il s'agit d'une corporation.
5. Caroline KAUFMAN, Paul WILLIAMS, "Fetal Surgery: The Social Implications of Medical and Surgical Treatment of the Unborn Child" in *Women and Health*, vol. 10, n° 1, (spring 1985), pp. 25-37; *New England Journal of Medicine*.
6. Sandra ROGERS, "Fetal Rights and Maternal Rights: Is There a Conflict?" in *Revue juridique La femme et le droit*, vol. 1, n° 2, 1986, pp. 456-469.

8

8.1 État de la situation au Québec

En réponse à l'enquête effectuée pour les fins de ce rapport, les praticiens de la fécondation **in vitro** au Québec ont dans l'ensemble affirmé qu'ils ne faisaient pas de recherche sur des embryons humains. Par contre, à la question portant sur les projets de recherche menés dans les centres, il est fait mention à deux reprises d'études en cours visant à comprendre les mécanismes de la fécondation: ces projets concernent l'essai d'un nouveau milieu de développement embryonnaire et l'étude de l'interaction entre les spermatozoïdes et la zone pellucide de l'ovule afin de comprendre les mécanismes de la fécondation. Ce type de recherche n'implique pas que l'on procède à des fécondations dans le seul but d'en faire l'étude, mais que l'on profite pour ce faire des fécondations effectuées à la clinique en vue d'une grossesse.

Par ailleurs, certaines cliniques font état de travaux sur la mise au point de protocoles de congélation/décongélation d'embryons. Ne connaissant pas le détail de ces travaux, le comité ne peut établir s'il s'agit de recherches au sens propre du terme ou plutôt d'essais cliniques à partir de recherches déjà publiées.

8.2 Débats et positions du comité

La majorité des membres estime qu'à partir des informations dont elle dispose à l'heure actuelle au Québec, il n'y a pas de clinique suffisamment avancée pour effectuer de la recherche et de l'expérimentation sur des embryons humains. Les membres sont toutefois conscients de l'importance de cette question et sont particulièrement préoccupés par les possibilités de commercialisation des embryons et de production d'embryons à des fins de recherche.

La majorité des membres ne s'estime pas en mesure de se prononcer définitivement sur son acceptabilité de principe en l'absence de données empiri-

Les recherches sur l'embryon

ques, notamment sur les laboratoires privés, et d'une compréhension approfondie de ce que peut comporter ce type de recherche. Dans l'attente d'une compréhension et de réflexions plus poussées, le comité se montre pour le moment favorable à l'esprit des limites mises de l'avant par le Conseil de l'Europe (voir annexe 5).

Une membre du comité estime quant à elle que rien ne permet d'adhérer à l'affirmation selon laquelle il n'y a pas de clinique suffisamment avancée pour effectuer de la recherche et de l'expérimentation sur des embryons humains. La recherche sur les embryons reste, dans le contexte actuel des pratiques médicales, particulièrement difficile à contrôler. Non seulement est-il difficile de connaître avec précision la nature des différentes recherches déjà entreprises, mais l'absence de moyens de contrôle adaptés à ce genre de pratiques et le caractère moralement discutable de celles-ci justifient à son avis qu'un moratoire soit imposé en ce domaine.

Le comité est d'avis qu'une politique pourrait être élaborée sur l'ensemble de la question de la recherche sur les embryons humains. Toutefois, une discussion ouverte devra précéder l'élaboration de cette politique. Cette discussion devra non seulement impliquer la communauté scientifique mais aussi les représentants-e-s des divers courants d'opinion que l'on retrouve dans la société québécoise. Dans cet esprit, le comité recommande donc, à la majorité, la formation prochaine d'un groupe de travail en vue d'étudier cette question et de suggérer au Ministère des principes directeurs qui pourront s'appliquer à la recherche impliquant des embryons humains⁹¹. Il s'agit, selon les membres, d'une question nécessitant une réflexion approfondie et qu'il serait imprudent de reporter jusqu'à ce que des faits accomplis en viennent à tenir lieu de politiques publiques.

Entre-temps, les membres jugent nécessaire l'élaboration d'un mécanisme efficace permettant au Ministère d'être au fait des travaux effectués dans les milieux de recherche et impliquant des embryons humains. Un tel mécanisme devrait permettre d'établir des liens entre le Ministère et les organismes de subvention privés et publics. Cette préoccupation donne lieu à d'autres recommandations formulées à la section 9.4.2.

Dissidence

I Dissidence de madame Francine McKenzie relativement à la formation d'un groupe de travail sur la recherche impliquant des embryons humains:

Cette question devrait être soumise à l'organisme consultatif dont je propose la création au chapitre 9.

9

L'encadrement de la pratique et de la recherche en technologies de reproduction humaine

9.1 État de la situation au Québec

La situation de l'encadrement des **pratiques** de reproduction artificielle au Québec peut se décrire globalement en quelques phrases. Aucun encadrement particulier n'existe au sujet de ces pratiques, que ce soit au plan des lois, des règlements, des politiques publiques, du contrôle des lieux de pratique ou des praticiens eux-mêmes non plus que de la production des données. Les formes générales d'encadrement de la pratique médicale peuvent, jusqu'à un certain point, s'appliquer à certains aspects de la reproduction artificielle sans toutefois s'adresser aux problématiques nouvelles qu'elles soulèvent. Des comités d'éthique attachés aux centres hospitaliers pourraient en théorie être appelés à se prononcer sur les conditions de pratique ou sur la mise en place d'un nouveau service à l'intérieur de leur établissement mais il est difficile de dire sur quelles bases ces comités, lorsqu'ils existent, s'appuieraient le cas échéant.

Dans le domaine de la **recherche** en reproduction artificielle chez l'humain, il n'existe présentement aucun encadrement particulier au Québec. Les recherches en cours sont sujettes aux mêmes règles d'encadrement que celles appliquées aux autres secteurs de recherche. Ainsi les projets qui sont formellement présentés à l'intérieur des institutions de recherche sont nécessairement soumis à l'approbation d'un comité d'éthique qui les évalue sur la base de principes généraux clairement établis, à savoir:

- 1° Quelle est la valeur scientifique du projet?
- 2° Le projet comporte-t-il des risques physiques ou psychologiques pour les sujets qui y participent?
- 3° Y a-t-il un équilibre raisonnable entre les risques encourus par les sujets impliqués et les bénéfices escomptés du projet?
- 4° Les sujets seront-ils en mesure de comprendre la nature du projet et les risques attachés à leur participation?
- 5° Les sujets seront-ils en mesure de donner un consentement volontaire et éclairé?
- 6° La sélection des sujets s'opérera-t-elle en toute justice?

9.2 Questions soulevées

Au moment de se prononcer sur l'encadrement de la pratique et de la recherche en technologies de reproduction humaine, le comité n'a pas jugé pertinent de débattre d'abord le **principe** d'un encadrement en soi, comme il l'a fait à propos des autres questions. En effet, les membres ont jugé que ces activités se pratiquent de toute façon dans le cadre de systèmes plus larges, soit celui de la pratique de la médecine d'une part et celui de la recherche médicale d'autre part, lesquels sont déjà régis par un certain nombre de règles pouvant s'appliquer indifféremment aux technologies de reproduction humaine comme à d'autres activités.

La première question débattue par le comité fut donc plutôt de déterminer s'il serait utile de concevoir des règles **nouvelles** d'encadrement qui s'adresseraient de façon plus spécifique au champ des technologies de reproduction et, si oui, quel y serait le rôle de l'État ou d'autres instances.

Dans un premier temps, le comité s'est penché sur l'encadrement de la **pratique** et a débattu les aspects suivants de la question:

- ▶ l'utilité d'un encadrement particulier;
- ▶ le contrôle de la pratique;
- ▶ la définition des normes de qualité professionnelle;
- ▶ la définition de normes d'éthique sociale;
- ▶ la gestion des données sur les pratiques;
- ▶ l'observation de l'état et de l'évolution des pratiques;
- ▶ la fonction «conseil» auprès de l'État.

Dans un second temps, le comité a abordé l'encadrement de la **recherche** en technologies de reproduction humaine et a également débattu l'utilité d'un encadrement particulier dans ce domaine.

9.3 Débats et positions du comité sur l'encadrement de la pratique

9.3.1 Le principe d'un encadrement particulier de la pratique

Le comité a majoritairement convenu de la nécessité d'un encadrement particulier, ayant déjà reconnu ce principe au cours de ses discussions sur chacune des pratiques. Les considérations à l'appui de cette position se trouvent en partie formulées dans les chapitres qui précèdent, mais se résument essentiellement au fait que ces techniques diffèrent, par leur nature, des autres champs de la pratique médicale; elles interviennent en effet directement dans la «production» de la vie humaine et, de ce fait, peuvent avoir (et ont déjà) un impact déterminant autant sur les résultats de la procréation que sur l'organisation des rapports sociaux.

Les membres ont également convenu, à la majorité, des principes suivants:

1° que l'encadrement des pratiques en reproduction humaine relève d'une politique sociale qui ne doit pas être assimilée à l'élaboration des normes de qualité professionnelle des services.

2° que, comprise en ce sens, la fonction d'encadrement des pratiques ne doit pas être laissée à la profession médicale ou aux autres professions directement impliquées (hormis le contrôle de la qualité professionnelle).

3° que par ailleurs, la fonction d'encadrement devrait être conçue et exercée de façon à éviter l'écueil de la bureaucratie excessive; cette position du comité tient à deux préoccupations différentes chez les membres, plusieurs craignant surtout le développement de mécanismes de contrôle trop lourds, d'autres souhaitant que le public et les milieux concernés puissent participer à l'exercice de ce contrôle.

9.3.2 Le contrôle de la pratique

Le comité estime qu'il est préférable de restreindre la pratique des technologies de reproduction à des cliniques spécialement agréées (sauf en ce qui a trait à l'insémination artificielle homologue avec sperme frais), et de remettre à chaque clinique la responsabilité de rendre compte de la compétence et de la pratique des professionnels qui y travaillent. Pour obtenir leur agrément, ces cliniques spécialisées devraient se conformer aux exigences professionnelles, administratives et éthiques minimales établies pour l'ensemble des services et se soumettre au contrôle du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Comme mécanisme de surveillance et d'évaluation, la majorité des membres du comité s'est ralliée à la proposition de former à intervalles réguliers un groupe d'évaluation qui recevrait du Ministère le mandat d'effectuer des visites d'évaluation périodiques dans chacune des cliniques agréées.

Ces visites auraient pour but de vérifier la compétence des équipes professionnelles, les conditions de pratique et le respect des normes professionnelles et éthiques édictées pour leurs activités. Un tel système de visites sur les lieux (site visits) est une tradition de longue date dans les milieux de la recherche scientifique et constitue, de l'avis d'un des membres, un mécanisme de contrôle efficace à la condition que les inspecteurs ne soient pas les mêmes à chaque visite et qu'ils sachent établir un climat de confiance avec les équipes qu'ils rencontrent. **Le groupe proposé devrait donc avoir une base permanente en tant que structure, mais être composé de membres différents d'un mandat à l'autre.**

Le groupe d'évaluation devrait avoir une composition multidisciplinaire, c'est-à-dire réunir des experts de différentes disciplines allant des sciences pures aux sciences humaines, ainsi que des personnes prove-

nant de milieux sociaux concernés à titres divers par les technologies de reproduction humaine.

Après avoir effectué la visite de l'ensemble des cliniques, le groupe d'évaluation procéderait à l'analyse des observations recueillies, formulerait les questions et les constats pertinents, et présenterait un rapport au Ministère en lui soumettant ses recommandations. Il suggérerait aussi, en se basant sur les résultats de l'évaluation, une échéance appropriée pour la prochaine série de visites. Il reviendrait au Ministère de fixer cette échéance et de prévoir la nomination de nouveaux membres en temps voulu.

Deux membres du comité ne se sont pas ralliés à la proposition majoritaire et recommandent plutôt que le contrôle de la pratique (hormis l'agrément des cliniques) relève d'un organisme indépendant, dont la composition reflèterait l'implication globale et le droit de regard de l'ensemble de la société; il serait chargé de pouvoirs plus importants et d'un mandat touchant des questions plus larges que la reproduction artificielle.

L'une des deux membres a développé sa position plus en détail sous forme de dissidence à la fin du présent chapitre^(iv) et inscrit, par ailleurs, sa dissidence sur la formule des visites d'évaluation périodiques^(v).

9.3.3 La définition des normes de qualité professionnelle

Le comité a majoritairement recommandé que les normes de qualité professionnelle soient établies par les différentes corporations professionnelles, à savoir celles des médecins, des biologistes et d'autres professions médicales et non médicales. Cependant, des normes minimales devraient être édictées par le Ministère et intégrées au mécanisme d'agrément des cliniques ainsi qu'au mécanisme d'évaluation périodique.

Ces normes minimales seraient définies par l'ensemble des cliniques agréées, et seraient révisées régulièrement. **La majorité des membres suggère que ces cliniques se constituent en réseau québécois des technologies de reproduction humaine**, aux fins d'exercer cette fonction ainsi que d'autres qui seront traitées plus loin.

9.3.4 La définition des normes d'éthique sociale

La majorité des membres du comité estime que des principes généraux d'éthique sociale concernant la pratique en technologies de reproduction humaine devraient être formulés à une échelle provinciale et s'appliquer à l'ensemble des cliniques. Des normes provinciales leur apparaissent plus équitables et plus simples à faire respecter que des normes établies à l'échelle locale.

La majorité des membres croit que ces normes devraient être édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur la base de consultations diverses incluant les avis des groupes d'évaluation et du réseau des cliniques agréées. Des instances décentralisées telles que les comités d'éthique institutionnels pourraient quant à elles se prononcer sur des cas particuliers et être associées à l'élaboration des normes générales. La révision de ces normes devrait être assurée par le Ministère au besoin.

Le groupe d'évaluation recevrait le mandat de s'assurer, au moment de ses visites, du respect de ces normes dans les cliniques agréées.

9.3.5 La gestion des données sur les pratiques

Le comité recommande majoritairement que soit assurée l'uniformisation des données permettant de décrire de façon comparable les services dispensés par l'ensemble des cliniques. En ce qui a trait à la fécondation *in vitro*, il estime qu'il y aurait même lieu d'uniformiser les don-

nées produites dans toutes les provinces canadiennes, et éventuellement à l'échelle mondiale; ceci faciliterait grandement l'observation, l'étude des pratiques et l'établissement de comparaisons valables. L'American Fertility Society s'apprête à proposer un modèle d'élaboration de données auquel des cliniques de divers pays ont adhéré et qui pourrait être utilisé, après les adaptations nécessaires, dans les cliniques québécoises. Un Registre canadien de grossesses dues à la fécondation *in vitro* a été mis sur pied et a été confié à un centre hospitalier de Toronto (voir l'annexe 6).

La majorité des membres du comité recommande que les cliniques agréées, réunies en réseau, reçoivent du Ministère le mandat de définir les informations nécessaires pour la description adéquate et uniformisée des pratiques en reproduction artificielle, (incluant d'une part la description de la clientèle, des pratiques, des taux de réussite et d'autre part, les données non nominatives sur les pratiques impliquant un don de gamètes). Le réseau en assurerait la cueillette, la compilation, le traitement et la publication. Le Ministère devrait pour sa part fournir le financement nécessaire à ces opérations.

Par ailleurs, cette banque de données devrait être accessible au public de façon à permettre au milieu de la recherche et aux organismes concernés d'en faire l'examen. Le Réseau devrait également s'assurer que les données produites par chacune des cliniques soient publiées sous forme d'un rapport annuel accessible au public.

9.3.6 L'observation de l'état et de l'évolution des pratiques

L'uniformisation et la centralisation des données décrivant les activités des cliniques agréées rendent possible l'exercice d'une observation continue des pratiques en reproduction artificielle.

Le comité estime qu'il importe de suivre de très près leur évolution étant donné à la fois la rapidité des changements dans ce domaine et l'ampleur des effets possibles à plus long terme. Cette observation devrait permettre incidemment de noter immédiatement des tendances émergentes ou de repérer certaines situations requérant une intervention ou une étude particulière.

La majorité des membres du comité propose que cette fonction d'observation soit laissée au milieu de la recherche universitaire et aux organismes qui s'intéressent à l'évolution des technologies de reproduction humaine. Ces membres estiment cependant que l'État a la responsabilité de soutenir ce travail par un financement approprié. De même, l'étude des impacts sociaux découlant des technologies de reproduction devrait être encouragée par l'État.

9.3.7 La fonction «conseil» auprès de l'État

Les membres du comité ont majoritairement rejeté l'idée d'une instance permanente exerçant des fonctions d'étude et de conseil auprès du Ministère sur les questions relatives aux technologies de reproduction humaine. Ils estiment que la réflexion menée dans la société en général et plus particulièrement dans les groupes de recherche éthique devrait suffire pour que les questions importantes soient soulevées dans l'opinion publique. De plus, les rapports soumis au Ministère par les groupes d'évaluation alimenteront ses prises de décision à intervalles plus ou moins longs (dépendant du rythme des visites d'évaluation). Le Ministère pourrait donc être amené à former éventuellement d'autres comités de travail *ad hoc*, semblables au présent comité, pour l'aviser sur les questions précises.

9.4 Débats et positions du comité sur l'encadrement de la recherche

9.4.1 Le principe d'un encadrement particulier de la recherche

Le comité est demeuré divisé quant à la pertinence d'élaborer, pour la recherche en reproduction humaine, un encadrement spécifique autre que celui dont la recherche médicale fait déjà l'objet.

Le comité a voulu distinguer la recherche impliquant les embryons humains et les autres types de recherche en reproduction artificielle.

En ce qui a trait à la recherche sur les **embryons**, la majorité des membres a émis l'opinion que les structures d'encadrement déjà établies sont satisfaisantes, mais que des principes d'encadrement spécifiques devraient être élaborés; des recommandations à cet effet sont présentées au chapitre 8.

En ce qui a trait aux autres types de recherche en reproduction artificielle, la majorité des membres est d'avis qu'il n'y a pas lieu de créer des structures ni des principes d'encadrement spécifiques autres que ceux qui se rapportent à la recherche en général, bien que certains aménagements nouveaux soient justifiables comme il est indiqué à la section suivante.

Ces membres expriment cependant leur inquiétude à propos des recherches en reproduction humaine réalisées dans le secteur privé (ex.: laboratoires des compagnies pharmaceutiques ou autres), lesquelles ne sont soumises à aucun encadrement et au sujet desquelles aucune information n'est disponible.

Une autre partie du comité estime au contraire que l'intérêt public justifie un droit de regard plus important sur l'orientation des recherches en reproduction humaine. La marge assez mince entre les recherches en reproduction animale et l'application aux sujets humains exige selon elle une surveillance plus étroite. À son avis, l'État devrait pouvoir faire le point sur les travaux en cours dans ce domaine, effectuer un plus grand contrôle et définir des orientations prioritaires pour la recherche. Une membre inscrit une dissidence précise en ce sens^(m).

9.4.2 La surveillance des conditions de recherche en reproduction humaine artificielle

Les membres du comité qui ont soutenu au point 9.3.2 la proposition majoritaire de visites d'évaluation périodiques dans les cliniques agréées recommandent que ces visites soient aussi l'occasion d'observer les recherches menées dans ces milieux concurremment avec la pratique clinique, et d'en faire état dans leur rapport au Ministère.

Quant aux recherches effectuées ailleurs dans le réseau public de santé ou en milieu universitaire, elles sont soumises au préalable à un comité d'éthique de recherche. Cependant, la surveillance du déroulement des travaux suite à l'approbation du protocole initial n'est pas assurée. Il y aurait lieu, de l'avis de la majorité des membres, de profiter de la mise en place des groupes d'évaluation des pratiques en reproduction artificielle pour combler cette lacune.

Le comité recommande donc à la majorité qu'un lien soit établi entre tous les comités d'éthique de recherche en vue de constituer un relevé de tous les projets approuvés ayant trait aux technologies de reproduction humaine, et impliquant soit des embryons, soit des sujets humains. Ce relevé serait transmis au groupe

d'évaluation qui, en plus de visiter les cliniques agréées, sélectionnerait quelques-uns des projets en marche dans d'autres établissements de recherche et irait vérifier sur place la conformité des travaux avec les protocoles initialement approuvés.

9.4.3 Études suggérées par le comité

Au fil de ses réunions, le comité a pu constater un manque de données ou d'analyse sur certaines questions particulières. Ce constat l'a amené à suggérer quelques études, en plus de celles ayant fait l'objet de recommandations aux chapitres précédents, qui permettraient une meilleure compréhension de la réalité; elles sont brièvement décrites ici, sans ordre de priorité. **Le comité recommande que, tout en tenant compte des orientations prioritaires suggérées tout au long du rapport (notamment aux chapitres 2, 5 et 6), le Ministère favorise la réalisation des études particulières énumérées ci-après.**

Infertilité – stérilité

- ▶ étude épidémiologique visant à mieux circonscrire l'ampleur réelle des problèmes d'infertilité et de stérilité dans la population québécoise et de prévoir leur évolution dans les années à venir;
- ▶ études sur l'infertilité idiopathique en vue d'améliorer les méthodes diagnostiques.

Insémination artificielle

- ▶ étude sur le taux de mortalité parmi les grossesses obtenues par insémination artificielle;
- ▶ étude comparative des taux de succès de l'insémination artificielle au Québec, selon les cliniques où elle est pratiquée, ainsi que des conditions permettant d'obtenir les meilleurs taux;
- ▶ étude descriptive de la pratique de l'insémination artificielle au Québec selon l'utilisation de sperme frais ou congelé, et selon le recours au sperme du conjoint ou d'un donneur;

étude à entreprendre au moment où des données distinctes seront disponibles pour ces actes, ce qui n'est pas le cas présentement;

- ▶ étude sur l'état des pratiques d'auto-insémination avec donneur au Québec, à savoir les inséminations pratiquées en dehors du cadre médical.

Sexage

- ▶ étude sur l'état des pratiques de sexage au Québec, selon qu'il est effectué à des fins médicales ou non médicales, et estimation de la fréquence des maladies génétiques associées au sexe dans la population.

Fécondation *in vitro*

- ▶ étude permettant d'évaluer les risques de grossesses multiples en fonction du nombre d'embryons transférés lors d'une même tentative, et de mettre en relation ces taux de risque et les taux de succès espérés.

Congélation des ovules

- ▶ études sur les procédés de congélation des ovules afin d'en faire une alternative valable à la congélation des embryons surnuméraires.

Répertoire de projets de recherche

- ▶ constitution d'un répertoire des projets de recherche envisagés à court et à moyen termes dans le domaine des technologies de reproduction humaine, à l'échelle internationale, incluant les recherches sur les aspects médicaux, sociaux et éthiques.

Dissidences:

i Dissidence de madame Francine McKenzie relativement au contrôle de la pratique (9.3.2):

Je considère que l'évolution fulgurante des nouvelles technologies de la reproduction suscite de multiples interrogations d'ordre éthique et social et qu'un encadrement ferme et éclairé s'impose. Je propose donc la création d'un organisme

consultatif à forte teneur éthique. Cet organisme serait investi de responsabilités assez larges afin de ne pas multiplier les structures.

Il aurait le mandat

- ▶ de **conseiller le gouvernement** sur les questions importantes reliées à la procréatique mais également sur les questions plus larges concernant le vie et la mort (eugénisme, euthanasie, dons d'organes, stérilisation...);
- ▶ d'**informer le plus large public** possible sur ces questions. Ce Conseil devrait être représentatif de la société, muni d'une grande crédibilité et faire preuve d'indépendance d'esprit. Je propose une structure légère composée de sept représentant-e-s de la société provenant de différents milieux.

Sa composition serait la suivante: un ou une clinicien-ne chercheur-euse, un praticien ou une praticienne en milieu communautaire, deux spécialistes du domaine social et éthique, un ou une spécialiste des questions juridiques et deux représentant-e-s des usagers et usagères dont une personne provenant des groupes de femmes.

En vertu de son mandat d'information et de conseil, **il exercerait notamment les fonctions suivantes:**

- ▶ dans le cadre des nouvelles technologies de la reproduction:
 - ▶ émettre des avis d'ordre éthique et conseiller le gouvernement sur toute question relative à la procréation artificielle, notamment sur l'établissement des modalités pour la constitution des banques d'information médicale et sociale concernant les donneurs de gamètes, sur les modes de conservation des données ainsi que sur les mécanismes de consultation;
 - ▶ s'assurer que l'information relative aux conditions entourant la pratique des nouvelles technologies de la reproduction soit disponible et soit diffusée auprès d'un large public: taux de succès, caractéristiques des clientèles, nombre de femmes traitées, nature des traitements, suivi du nombre des naissances, rapport annuel de la clinique, etc.;

- ▶ faire un suivi des protocoles de recherche faits dans les hôpitaux dans le domaine des nouvelles technologies de la reproduction: s'assurer que les techniques expérimentales soient soumises à une approbation (comme ce qui se fait à l'heure actuelle pour les médicaments) avant leur généralisation;
- ▶ et dans un cadre plus large:
 - ▶ s'assurer que des recherches soient effectuées dans le but de suivre l'évolution des pratiques relatives à toutes les questions liées à la vie et à la mort et que soit évalué l'impact médical, social et éthique de ces pratiques en vue de prendre de nouvelles dispositions, si nécessaire;
 - ▶ conseiller le gouvernement sur toute question relative à la vie, à la mort (eugénisme, euthanasie, dons d'organes, stérilisation...) et formuler des avis susceptibles de faire progresser la réflexion éthique dans la société.

De plus, pour assurer un meilleur encadrement de la pratique, je propose qu'un groupe de travail **ad hoc** prenne la relève de notre comité dans les plus brefs délais et précise les normes d'encadrement et d'accréditation auxquelles devraient se conformer les centres spécialisés. Le mandat de ce comité sera court et devra donner lieu à l'établissement d'une grille d'évaluation et de suivi des conditions entourant la pratique dans le domaine des nouvelles technologies de la reproduction.

ii Dissidence de madame Francine McKenzie relativement à la surveillance et au contrôle des services offerts (9.3.2):
Le système des «site visits» constitue un mécanisme de contrôle insuffisant pour répondre aux besoins d'encadrement et peut ouvrir la porte à la complaisance.

iii Dissidence de madame Francine McKenzie relativement à l'encadrement de la recherche (9.4.1):
Le Comité d'éthique que j'ai proposé devrait jouer un rôle important dans l'encadrement de la recherche en reproduction humaine en assurant le suivi des protocoles de recherche des centres hospitaliers et des cliniques d'infertilité.

10

Le financement des services et de la recherche en technologies de reproduction humaine

10.1 État de la situation au Québec

10.1.1 Le financement des services

Il n'existe pas de mode de financement unique des services en technologies de reproduction. Le financement de l'insémination artificielle avec donneur, de l'insémination artificielle homologue et de la fécondation **in vitro** présentent chacun quelques particularités.

Ainsi l'insémination artificielle est un acte médical remboursé par le régime d'assurance-maladie depuis 1971. Le coût des quelques 6 810 inséminations réclamées en 1984 était de 68 200 \$¹. Ce montant inclut à la fois les coûts d'inséminations homologues et hétérologues. Cependant, les inséminations hétérologues occasionnent, en plus de la rémunération de l'acte médical, des frais relatifs à l'obtention du sperme. Ces frais ne sont pas uniformes d'une clinique à l'autre mais sont toujours assumés par les couples bénéficiaires; ces derniers paient soit un montant global pour une série d'inséminations quel qu'en soit le nombre, soit un montant fixe pour chaque insémination pratiquée².

Les programmes de fécondation **in vitro** ne sont pas remboursables en tant que tels par le régime d'assurance-maladie. Certains actes pratiqués en cours du processus le sont cependant, à savoir les visites au médecin, les échographies, les laparoscopies et les tests sanguins. Il est impossible de savoir quelles sommes exactement représentent ces réclamations; les informations recueillies par le comité³ indiquent notamment que certaines cliniques ne réclameraient aucun de ces actes tandis que d'autres financeraient jusqu'à 20 % de leur programme par des réclamations à la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

D'autres sources de financement public sont également impliquées: budget de fonctionnement de la clinique, avances de fonds provenant du centre hospitalier, salaires du personnel du centre hospitalier. Quant au finance-

ment privé, il provient de fonds de recherche, de dons de compagnies pharmaceutiques, d'emprunts et d'investissements personnels ou d'autres dons privés.

Toujours selon les renseignements obtenus auprès des cliniques québécoises, on peut estimer à plus de 3 500 \$ le coût total d'une fécondation **in vitro**. Les couples bénéficiaires doivent quant à eux déboursier un montant pouvant varier entre 1 100 et 2 500 \$ par tentative. Ce montant est établi sur la base de calculs différents dans chacune des cliniques; il peut couvrir par exemple l'achat des hormones requises pour stimuler l'ovulation (de 600 à 1 000 \$), les salaires et le matériel de laboratoire (de 500 à 1 000 \$), les salaires et le matériel de la clinique (de 500 à 900 \$), ou d'autres frais.

10.1.2 Le financement de la recherche

Il n'existe présentement aucune politique publique touchant le financement de la recherche dans le domaine de la reproduction humaine au Québec. Les recherches en cours sont sujettes aux mêmes règles de financement que celles appliquées aux autres secteurs de recherche.

10.2 Débats et positions du comité

La majorité des membres du comité s'est montrée ouverte à l'idée d'un financement éventuellement plus large des services et de la recherche en reproduction artificielle mais y pose des conditions et souhaite en limiter le développement. **Un financement public de la recherche et des services devrait être assujéti aux conditions suivantes:**

- **l'État ne doit pas assumer totalement les coûts des services en reproduction artificielle; une partie de ces coûts doit être à la charge des bénéficiaires;**
- **les coûts des services doivent être uniformisés d'une clinique à l'autre, dans toutes les régions;**

- **des mesures doivent être prises pour identifier et réduire les risques impliqués par le recours aux technologies de reproduction et pour en améliorer les taux de succès;**
- **des informations claires et précises sur l'état et l'évolution des pratiques et de la recherche en reproduction artificielle doivent être recueillies et rendues accessibles;**
- **les pratiques et la recherche en reproduction artificielle doivent faire l'objet d'évaluations périodiques;**
- **l'État doit définir des priorités de financement en recherche en complémentarité des programmes existants;**
- **l'organisation des services de santé en rapport avec l'infertilité doit être orientée selon un continuum en privilégiant d'abord les interventions préventives, puis le traitement de l'infertilité et ultimement le recours aux technologies de reproduction;**
- **l'accès aux technologies de reproduction ne doit pas être priorisé aux dépens d'autres besoins socio-sanitaires en périnatalité, en planning et en soutien aux familles, à l'égard desquels l'État ne fait pas suffisamment.**

Ces énoncés devront s'appliquer à la mise en oeuvre de certaines recommandations déjà formulées par le comité aux chapitres précédents, ainsi qu'aux nouvelles recommandations qui s'y ajoutent ci-après.

Au chapitre 2, le comité a recommandé que l'état et les organismes subventionnaires consacrent des fonds importants aux recherches sur les causes et le traitement de l'infertilité ainsi que sur la contraception, l'infécondité et les alternatives à la stérilisation volontaire précoce et qu'ils appuient particulièrement les centres de recherche qui font des travaux en ce sens (voir 2.6).

Le comité a également recommandé que le dépistage et le traitement des maladies transmissibles sexuellement soit accessible et gratuit dans toutes les régions du Québec et que le Ministère apporte des solutions satisfai-

santes à divers problèmes identifiés par les intervenant-e-s oeuvrant dans ce domaine (voir 2.6).

Au chapitre 5, en ce qui concerne les risques de transmission du virus d'immunodéficience humaine dans la pratique de l'insémination hétérologue, le comité a recommandé que tous les donneurs soient testés et que les cliniques n'utilisent que du sperme congelé après avoir testé le donneur au moins 6 mois après le don au moyen des tests les plus fiables, de façon à réduire au minimum le risque de contamination (voir 5.4.6). La responsabilité de recruter et de tester adéquatement les donneurs, de congeler et d'entreposer les paillettes de sperme, serait confiée aux cliniques agréées regroupées en réseau des technologies de reproduction humaine. **La majorité des membres du comité estime que les 8 centres d'insémination artificielle déjà établis sont suffisants pour le Québec et recommande que l'État assume les coûts qu'entraîneront pour ces centres les recommandations ci-haut mentionnées.** Le comité estime, sur la base de renseignements fournis par l'un des membres, qu'il faudrait prévoir un budget d'installation de 75 000 \$ par centre pour un total de 600 000 \$, et un budget de fonctionnement annuel de 60 000 \$ par centre, pour un total de 480 000 \$.

Au chapitre 6, les membres ont proposé que des recherches soient entreprises pour mieux établir les risques de grossesses multiples en fonction du nombre d'embryons transférés lors d'une tentative de fécondation **in vitro** (voir 6.2.3). Le comité estime que les recherches devraient tenter d'améliorer les chances de grossesse à partir de moins d'embryons, idéalement à partir d'un seul embryon à la fois. Les recherches pourraient même tendre à permettre de pratiquer la fécondation **in vitro** sans recourir à la stimulation ovarienne (voir 6.2.3). Cela implique un support financier aux projets en ce sens.

D'autre part, en ce qui concerne spécifiquement les deux modes de fécondation **in vitro** et **in vivo**, il existe actuellement cinq centres identifiés au Québec qui disposent de l'équipement nécessaire pour offrir ce service; ces centres pourraient être responsables de la recherche, de l'amélioration des techniques et de la production de données standardisées. **Tout en retenant les conditions exposées au début de la présente section, la majorité des membres du comité accepte le principe d'un financement partiel des services de fécondation in vitro par l'État.** Sur la base de renseignements fournis par l'un des membres, le comité estime qu'il faudrait prévoir un budget annuel de 350 000 \$ pour un centre pratiquant entre 100 et 200 tentatives, et un budget supplémentaire de 100 000 \$ pour chaque centaine de tentatives additionnelles; le budget de base pour 5 centres serait donc de 1 750 000 \$ par année. Une membre formule une dissidence globale sur les deux recommandations précédentesⁱⁱⁱ.

Au chapitre 9, le comité a recommandé la mise en place de groupes d'évaluation périodique des pratiques et de la recherche en technologies de reproduction humaine. Le Ministère devrait prévoir les montants nécessaires à l'exercice de cette fonction.

Le comité a également recommandé que l'ensemble des fonctions de tenue de dossier, de collecte et de publication de données quantitatives sur l'état et l'évolution des pratiques et de la recherche (voir 9.3.5) soit confié au réseau québécois des technologies de reproduction humaine. Un membre du comité a évalué à 150 000 \$ par année le budget nécessaire à cette fonction du réseau.

En ce qui concerne le financement de la recherche, les considérations soulevées dans le présent rapport témoignent de l'importance d'identifier certains types de recherches comme prioritaires dans l'intérêt de la collectivité. **Le comité recommande majoritairement que, dans le**

cadre de ses propres programmes de financement, l'État définisse des orientations en conséquence et s'assure que progressent des champs d'étude importants mais moins attrayants pour les investisseurs privés, tels que les projets de nature pluridisciplinaire et les projets axés sur la prévention.

En ce qui a trait à l'observation de l'état et de l'évolution des pratiques ainsi qu'à l'étude de leurs impacts sociaux, le comité a émis l'opinion que ce champ de recherche devrait en général être laissé à l'initiative des milieux universitaires et communautaires mais que l'État a la responsabilité de soutenir ce travail par un financement approprié (voir 9.3.6). **Dans cet esprit, le comité recommande majoritairement que le Ministère crée un programme de subventions à la recherche sur l'impact social des technologies de reproduction et sur d'autres pratiques médicales telles que la stérilisation des handicapés mentaux, l'euthanasie, la réanimation des patients en phase terminale et le traitement des nouveau-nés sévèrement handicapés.**

Dissidence

i Dissidence de madame Francine McKenzie relativement au financement public des services (10.2):

Dans l'état actuel des services de santé au Québec, je considère inacceptable d'élargir le financement en regard des services d'infertilité. Les actes liés à la fécondation **in vitro** sont déjà couverts par l'assurance-maladie du Québec (laparoscopies, échographies, consultations médicales). Je recommande le **statu quo** sur cette question. Considérant les chiffres obtenus, on peut estimer entre 3 500 et 5 000 \$ le coût total d'une FIV. Avec un taux de succès idéal de 10 %, on peut évaluer de 35 000 à 50 000 \$ le coût moyen d'un enfant issu de cette technique. Compte tenu du caractère expérimental de ces techniques et de leur lourdeur, il n'est pas judicieux d'en augmenter le financement public, d'autant plus

que d'autres priorités s'imposent au système de santé du Québec en regard du vieillissement de la population, de la prévention de la stérilité et des services de périnatalité notamment.

CHAPITRE 10: RÉFÉRENCES

1. Céline PERRON, **Portrait statistique des couples qui ont recours à l'assistance médicale pour résoudre un problème d'infertilité**, Québec, Conseil du statut de la femme, 1986.
2. André JEAN, **Pratiques cliniques et expérimentales au Québec**, Québec, Conseil du statut de la femme, 1985.
3. Données recueillies pour le comité par Joanne Huot auprès des cliniques québécoises de fécondation **in vitro** en octobre 1987.

Conclusion

Avis et recommandations majoritaires

Après avoir présenté les différentes composantes des problèmes d'infertilité et avoir dressé un portrait sommaire des technologies développées pour remédier à ces problèmes, le comité s'est penché sur un grand nombre de questions soulevées par l'application de ces technologies.

Afin de donner un aperçu d'ensemble des conclusions auxquelles le comité est parvenu, cette partie du rapport reprend les positions et recommandations exprimées par la majorité des membres. Rappelons que sur quelques questions, les membres du comité n'ont pu dégager aucune position majoritaire et que ces questions mériteraient sans doute d'être débattues ou étudiées plus à fond, même si elles ne sont pas mises en évidence dans les pages qui suivent.

Par ailleurs, le comité a été saisi, très peu de temps avant le dépôt de son rapport, du projet de création du Conseil d'évaluation des technologies de la santé. N'ayant pas eu la possibilité d'étudier attentivement le mandat de ce nouvel organisme, le comité se voit obligé de présenter ses recommandations sans pouvoir identifier avec précision le rôle que pourrait jouer un tel conseil dans leur mise en oeuvre. Le Ministère devra lui-même évaluer si la création de cet organisme répond à certaines recommandations du comité et si des modifications à son mandat ou à sa composition lui permettraient d'en assumer davantage.

Ce qui demeure certain, c'est que le développement et les applications des technologies de reproduction humaine affecteront la société québécoise à plusieurs niveaux et probablement à une échelle de plus en plus grande. En conséquence, il y a lieu de rechercher une perspective globale à partir de laquelle des décisions pourront

être prises, principalement en matière de santé mais aussi en matière de droit, d'éducation et de recherche. Le travail effectué par le présent comité en constitue un jalon important dans lequel s'expriment déjà les nombreux enjeux et les intérêts divergents qui doivent entrer en ligne de compte dans une politique cohérente des services de santé ayant trait à l'infertilité et à la vie reproductive.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est interpellé au premier chef par les recommandations qui suivent, mais le comité souhaite que tous les milieux concernés par ces questions s'impliquent éventuellement eux aussi dans la réflexion et la définition des orientations collectives dans le domaine des technologies de reproduction humaine.

Voici donc les positions et recommandations majoritaires auxquelles est parvenu le présent comité.

L'infertilité

1. De façon générale, les membres du comité sont d'avis que les technologies de la reproduction doivent être situées dans un continuum préventif-curatif-palliatif; devant la question de l'accès aux technologies de la reproduction, on doit tout d'abord travailler à éliminer de façon préventive toutes les causes d'infertilité et de stérilité sur lesquelles il est possible d'agir et d'exercer une forme de contrôle.
2. La majorité des membres est d'avis qu'il faut sérieusement réexaminer le délai actuel d'un an utilisé pour définir l'infertilité et en discuter les conséquences.
3. Le comité désire mettre en garde la ministre de la Santé et des Services sociaux au sujet de l'évolution du recours à la stérilisation volontaire.
4. Le comité recommande que les médecins et les autres intervenants et intervenantes en planification des naissances soient attentifs à l'impact de l'utilisation de certains moyens

contraceptifs (stérilet, contraceptifs oraux, etc.) sur l'appareil reproducteur des femmes et qu'ils en informent leurs patientes; le comité recommande aussi que cette réalité soit prise en compte dans les programmes d'éducation sexuelle et que les moyens de sensibilisation appropriés pour d'autres groupes d'âge soient utilisés.

5. Le comité recommande que le dépistage et le traitement des maladies transmissibles sexuellement soient accessibles et gratuits dans toutes les régions du Québec, ce qui implique la mise en place de services spécialisés ainsi que le financement des médicaments et du matériel nécessaire; le comité recommande aussi que le Ministère apporte des solutions satisfaisantes aux problèmes identifiés par les intervenants et intervenantes dans ce domaine, notamment en regard de l'accès aux services de laboratoire et du personnel de support nécessaire.

6. Le comité recommande que l'État et les organismes subventionnaires consacrent des fonds importants aux recherches sur les causes et le traitement de l'infertilité ainsi que sur la contraception, l'infécondité et les alternatives à la stérilisation volontaire précoce, et qu'ils appuient particulièrement les centres de recherche qui font des travaux dans ce sens.

L'insémination artificielle

7. Le comité convient majoritairement de l'acceptabilité de principe d'inséminations artificielles homologues et hétérologues.

8. Le comité est majoritairement d'avis que l'insémination artificielle homologue avec du sperme frais peut être pratiquée en cabinet privé, sans encadrement spécifique.

9. Les membres reconnaissent unanimement la nécessité de limiter la pratique de l'insémination artificielle hétérologue à des lieux spécifiques; ils recommandent que l'insémination artificielle avec sperme congelé et l'insémination artificielle

hétérologue ne soient pratiquées que dans des centres spécialisés.

10. Le comité recommande, pour des fins d'analyse et d'observation distinctes des pratiques, que la Régie de l'Assurance-maladie du Québec donne un code d'acte distinct aux inséminations artificielles homologues et hétérologues.

11. La majorité des membres recommande que la clientèle visée par l'insémination artificielle soit définie pour inclure les couples ayant un problème d'infertilité ou ayant un risque élevé de transmission de maladie héréditaire grave, mais aussi les femmes seules, quel que soit leur statut.

12. Le comité recommande à l'unanimité que l'insémination artificielle ne soit pas offerte à des couples fertiles qui en feraient la demande aux fins de sexage de convenance; cependant, dans les cas de maladie héréditaire grave liée au sexe, la pratique du sexage apparaît acceptable à la majorité des membres.

13. Le comité recommande d'utiliser comme critères médicaux de sélection des donneurs de sperme, ceux qui ont été proposés en 1981 dans le rapport du Comité consultatif au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur le stockage et l'utilisation du sperme humain.

14. Le comité est d'avis qu'il est nécessaire de recourir à une sélection psychologique minimale du donneur et de ses motivations; tous conviennent aussi de la nécessité d'un entretien préalable avec le candidat au moment de la sélection, au cours duquel les questions suivantes devraient être discutées: les motivations du candidat, les aspects émotifs du recours à la technique, les implications éthiques et légales qu'elle soulève ainsi que l'importance et la portée du geste qu'il s'apprête à poser.

- 15.** Le comité suggère aux médecins qui pratiquent l'insémination artificielle hétérologue d'élargir leur bassin de donneurs en raison notamment du risque de consanguinité.
- 16.** La majorité des membres du comité est d'avis que les couples devraient avoir la possibilité de demander un agencement minimal entre les caractéristiques du donneur et celles du conjoint de la femme inséminée.
- 17.** Le comité recommande que le dépistage du virus d'immunodéficience humaine soit obligatoire pour tous les dons de sperme et que les cliniques n'utilisent que du sperme congelé après avoir testé le donneur au moins six mois après le don, au moyen des tests les plus fiables, de façon à réduire au minimum le risque de contamination.
- 18.** Le comité recommande que les règles de confidentialité soient sévèrement respectées dans les cas de résultats positifs au test de dépistage et qu'on n'informe le donneur de ce résultat qu'après l'avoir confirmé de façon certaine avec un second test, ceci en raison de l'impact très grand d'une telle information pour la personne concernée.
- 19.** Le comité recommande également que des recherches soient entreprises pour améliorer le taux de réussite des inséminations faites à partir de sperme congelé et qu'un niveau d'expertise suffisant soit assuré chez les praticiens utilisant cette technique.
- 20.** Le comité est unanimement d'avis que le don de sperme doit demeurer gratuit.
- 21.** Le comité recommande majoritairement que le donneur soit remboursé de ses frais raisonnables et que ce remboursement ne soit pas à la charge de l'État, mais plutôt à celle des bénéficiaires.
- 22.** Le comité recommande unanimement d'imposer une limite à l'utilisation du sperme d'un même donneur; la majorité des membres recommande que cette limite soit celle proposée dans le rapport du Comité consultatif canadien sur l'entreposage et l'utilisation du sperme humain, soit 6 grossesses ou 30 utilisations.
- 23.** Le comité recommande d'offrir au donneur l'information concernant le nombre d'enfants qu'il a générés si celui-ci en fait la demande; le comité recommande aussi d'informer le donneur, dans tous les cas, de la naissance d'un enfant avec des problèmes dont il est ou pourrait être responsable.
- 24.** En ce qui a trait à la divulgation des informations relatives aux inséminations hétérologues, le comité est unanimement d'avis:
- ▶ qu'on ne peut pas obliger les parents légaux à informer l'enfant du fait qu'il a été conçu par une technique de reproduction utilisant les gamètes d'un tiers;
 - ▶ qu'il faut dégager les donneurs de sperme de toute responsabilité parentale vis-à-vis des enfants conçus;
 - ▶ qu'il faut pouvoir identifier le donneur auquel on a eu recours lorsqu'une grossesse est constatée suite à une série d'inséminations;
 - ▶ qu'il faut garantir, d'une part, la confidentialité des dossiers et, d'autre part, la fiabilité de l'accès aux informations dans les circonstances permises;
 - ▶ que toute nouvelle disposition en cette matière ne devrait s'appliquer qu'aux dons de sperme effectués après son entrée en vigueur.
- 25.** Le comité recommande donc unanimement que la loi soit modifiée pour établir de façon claire l'absence de toute responsabilité parentale chez les donneurs de sperme.
- 26.** Le comité recommande aussi à l'unanimité que les cliniques pratiquant l'insémination hétérologue n'utilisent qu'un

seul donneur pour les inséminations pratiquées lors d'un même cycle.

27. Il recommande enfin unanimement que la tenue et la conservation des dossiers relatifs aux grossesses obtenues par insémination hétérologue soient soumises à des exigences rigoureuses au même titre que les dossiers médicaux.

28. Le comité recommande à l'unanimité que l'accès aux informations **non nominatives** sur le donneur soit accordé, sur demande, à l'enfant de 14 ans et plus, ainsi qu'aux parents «sociobiologiques»; le Ministère devrait déterminer, par règlement, les informations à inclure au sommaire non nominatif des antécédents.

29. Le comité recommande à l'unanimité que l'accès aux informations **nominatives** puisse être donné au médecin concerné en cas de nécessité médicale pour l'enfant, sur ordonnance d'un tribunal et dans le respect des droits de toutes les parties.

30. En ce qui a trait à l'accès aux données nominatives pour l'enfant, le principe général accepté par la majorité des membres est que l'anonymat du donneur soit maintenu et que l'accès aux informations **nominatives** ne soit accordé qu'à l'enfant majeur qui en fait la demande, mais à certaines conditions au sujet desquelles le comité est demeuré divisé.

31. La majorité des membres recommande que le droit du père biologique de refuser le dévoilement de son identité ou la rencontre avec l'enfant soit respecté, mais il y a eu division sur la nécessité d'imposer d'autres conditions avant de solliciter ce consentement du père biologique.

32. En ce qui concerne les informations nominatives au sujet des enfants conçus à partir d'un don de sperme, le comité recommande majoritairement que le principe de la vie privée des parents et des enfants soit respecté avant tout et qu'on

limite le droit du donneur d'effectuer une recherche de sa descendance aux cas graves de nécessité médicale et sur l'ordonnance d'un tribunal; les parents devraient être contactés les premiers et si l'enfant n'est pas au courant de la façon dont il a été conçu, on ne devrait pas aller plus loin.

33. Le comité recommande à l'unanimité que l'acceptation de la responsabilité parentale de l'enfant à naître fasse l'objet d'un consentement écrit de la part du conjoint de la femme chez qui on pratique une insémination hétérologue.

34. Le comité recommande à l'unanimité que l'enfant conçu par insémination artificielle soit considéré comme l'enfant de la mère et du conjoint consentant, que ce dernier soit époux ou conjoint de fait et qu'il s'agisse d'insémination homologue ou hétérologue.

35. Les membres du comité sont plutôt défavorables, en principe, à la pratique de l'insémination **homologue post mortem**; d'autre part, ils considèrent acceptable la pratique de l'insémination **hétérologue post mortem**.

La fécondation *in vitro*

36. Le comité a accepté en principe la pratique de la fécondation **in vitro** en apportant les réserves suivantes émises par une majorité des membres:

- ▶ la fécondation **in vitro** est une pratique acceptable en autant que les risques encourus soient bien évalués et qu'on obtienne une bonne maîtrise de la technique;
- ▶ il s'agit d'une pratique impliquant un haut degré de médicalisation et pouvant affecter l'intégrité physique des femmes; on doit donc privilégier le recours à des interventions moins lourdes;
- ▶ à cause des glissements possibles vers des utilisations abusives, il y aurait lieu de soumettre les centres qui la pratiquent à un encadrement raisonnable;

► enfin, des informations plus exactes devraient être accessibles aux personnes intéressées à y recourir de façon à ce qu'elles puissent donner un consentement éclairé.

37. Le comité recommande que les taux de réussite soient établis annuellement pour chaque clinique sur la base de ses propres résultats; ces taux devraient être calculés de façon uniforme pour toutes les cliniques et permettre de bien distinguer les chiffres basés sur les grossesses cliniques et ceux basés sur les naissances vivantes.

38. Le comité est majoritairement d'avis que la fécondation **in vitro** devrait pouvoir être offerte aux personnes présentant une infertilité médicalement démontrée dans le cadre d'un projet d'enfant; pour la majorité des membres, le terme «personnes» fait référence aux couples mariés ou en union de fait, et l'expression «infertilité médicalement démontrée» inclut les cas d'infertilité idiopathique.

39. Au plan de l'évaluation psychologique des candidats, le comité est d'avis qu'ils ne devraient pas être soumis à un examen trop lourd ou à des exigences supérieures à celles qu'on formule à l'égard des couples fertiles qui souhaitent devenir parents.

40. Le comité considère que l'État n'est pas tenu d'assurer l'accessibilité des services de fécondation **in vitro** dans chaque région; le comité est d'avis que bien d'autres besoins sociaux et de santé doivent être considérés en priorité dans une optique d'équité entre les régions.

41. La majorité des membres du comité admet la pratique de la création d'embryons surnuméraires mais certains membres l'admettent en autant que l'on puisse congeler les embryons non transférés, et d'autres, à la condition que cette pratique soit définie comme temporaire jusqu'à ce que l'on trouve le moyen de congeler efficacement les ovules ou qu'on réussisse à obtenir de meilleurs taux de succès avec moins d'embryons.

42. La majorité des membres accepte en principe le transfert de plusieurs embryons à la fois chez une même femme, mais il y a consensus sur la nécessité de mieux évaluer les risques de grossesse multiple.

43. Le comité déplore unanimement la pratique dite de «réduction des foetus» suite à une fécondation **in vitro** et il recommande que tous les moyens possibles soient pris pour éviter les situations conduisant à considérer le recours à cette pratique comme nécessaire.

44. Le comité recommande que des recherches soient entreprises pour mieux établir les risques de grossesse multiple en fonction du nombre d'embryons transférés lors d'une tentative donnée et qu'une limite acceptable du nombre d'embryons transférés soit établie en tenant compte à la fois du facteur d'efficacité (taux de réussite) et du risque de grossesse multiple. Le comité estime également que les recherches devraient tenter d'améliorer les chances de grossesse à partir de moins d'embryons, idéalement à partir d'un seul embryon à la fois. Les recherches pourraient même tendre à permettre la pratique de la fécondation **in vitro** sans recourir à la stimulation ovarienne.

45. Le comité accepte à la majorité, comme le moindre de deux maux et de façon provisoire, la pratique de la congélation des embryons à titre expérimental et de la façon la plus limitée possible (par exemple dans le cadre exclusif d'un projet d'enfant); il recommande que le consentement du couple soit requis avant la congélation des embryons.

46. Le comité recommande à la majorité qu'un délai de congélation d'un maximum de 24 mois à compter de la première tentative soit respecté afin que l'on préserve le sens d'un projet immédiat d'enfant; cependant la majorité des membres s'est montrée ouverte à l'idée que des exceptions puissent être faites pour permettre une prolongation au-delà de 24 mois dans des circonstances particulières et après discussion avec l'équipe médicale.

47. Le comité est d'avis que les couples doivent être les premiers détenteurs de la responsabilité des embryons congelés à l'intérieur des limites éthiques établies, par exemple à l'intérieur de la durée maximum de congélation.

48. La majorité des membres est d'avis qu'un comité d'éthique pourrait juger de la meilleure décision à prendre dans les cas où les parents sont disparus, ont abandonné leur projet d'enfant, ou ne s'entendent plus sur le sort à réserver aux embryons congelés; il recommande que le formulaire de consentement à la congélation d'embryon soit conçu de façon à permettre aux couples de convenir au préalable des mesures à prendre dans de telles éventualités.

49. La majorité des membres est d'avis qu'il est inacceptable de produire des embryons dans le seul but de les donner.

50. La majorité des membres a admis en principe la pratique du don d'ovules aux conditions suivantes:

- ▶ des prélèvements d'ovules ne devraient jamais être pratiqués sans le consentement éclairé de la femme concernée;
- ▶ ces prélèvements ne devraient jamais être pratiqués dans le seul but de procurer des ovules à une autre femme;
- ▶ à l'occasion d'une laparoscopie, d'une ligature ou d'une autre chirurgie, ces prélèvements ne devraient faire l'objet d'aucune forme de sollicitation et n'être envisagés qu'à la demande expresse de la femme devant subir l'intervention.

51. La majorité des membres est d'avis que les dons d'ovules devraient préférablement être limités aux ovules des femmes inscrites en fécondation **in vitro** et qui en ont un nombre suffisant pour leurs propres besoins; elle croit également qu'on devrait conserver à cette pratique son caractère exceptionnel et prendre toutes les mesures nécessaires pour empêcher le trafic et la commercialisation des ovules.

52. La majorité des membres du comité s'est déclarée favorable en principe à la pratique de la congélation d'ovules, y

voyant une solution au délicat problème des embryons sur-numéraires; cependant, plusieurs membres ont exprimé des réserves à son application étant donné le caractère encore très expérimental de la technique.

53. Le comité s'est unanimement opposé au commerce international de gamètes et d'embryons humains.

Les contrats de grossesse

54. Le comité s'est unanimement prononcé contre le principe des contrats de grossesse, ceux-ci étant définis comme une entente convenue entre des personnes en vue de la cession d'un enfant à sa naissance, entente convenue avant la conception, prenant la forme d'un contrat écrit et prévoyant une forme ou l'autre de paiement à la mère qui renonce à ses droits parentaux.

55. Le comité a exprimé une opposition, moins radicale mais quand même majoritaire, au principe des arrangements privés sans contrat. La majorité des membres est d'avis que les lois actuelles devraient suffire à décourager cette pratique, qu'elles doivent continuer à être appliquées et qu'il n'y a pas lieu de mettre de l'avant de nouvelles mesures touchant les ententes privées.

56. La majorité des membres du comité recommande que soit ajoutée aux lois actuelles une disposition nouvelle interdisant toute sollicitation et toute forme de publicité de la part d'intermédiaires relativement à la préparation et à l'exécution de contrats de grossesse.

57. La majorité des membres du comité recommande d'interdire l'opération d'agences ou les activités d'intermédiaires spécialisés dans ce type de contrats et recommande de modifier la Loi sur la protection de la jeunesse à l'article 135.1 afin que cet article s'applique sans équivoque aux intermédiaires impliqués dans les contrats de grossesse; cependant, le comité est majoritairement d'avis qu'il n'y a pas lieu d'ajou-

ter une disposition visant les individus personnellement impliqués dans de tels contrats, soit le couple demandeur et la mère.

58. Les membres du comité sont en principe défavorables à la pratique des contrats de grossesse avec transfert d'embryon pour les motifs évoqués au sujet des contrats de grossesse en général, auxquels s'ajoutent les risques médicaux encore plus élevés pour la mère utérine et le danger d'ouvrir la porte à des pratiques sociales encore plus inacceptables.

Les recherches sur l'embryon

59. La majorité des membres ne s'estime pas en mesure de se prononcer définitivement sur l'acceptabilité de principe de l'utilisation d'embryons pour la recherche, en l'absence de données empiriques, notamment sur les laboratoires privés, et d'une compréhension approfondie de ce que peut comporter ce type de recherche; dans l'attente d'une compréhension et de réflexions plus poussées, le comité se montre pour le moment favorable à l'esprit des limites mises de l'avant par le Conseil de l'Europe.

60. Le comité est d'avis qu'une politique pourrait être élaborée sur l'ensemble de la question de la recherche sur les embryons humains; toutefois, une discussion ouverte devra précéder l'élaboration de cette politique, discussion qui devra non seulement impliquer la communauté scientifique mais aussi les représentants et les représentantes des divers courants d'opinion que l'on retrouve dans la société québécoise.

61. Le comité recommande, à la majorité, la formation d'un groupe de travail en vue d'étudier la question des recherches sur l'embryon humain et de suggérer au ministre de la Santé et des Services sociaux des principes directeurs qui pourront s'appliquer à l'encadrement de ce champ de recherche.

L'encadrement des pratiques et de la recherche en technologie de reproduction humaine

62. Le comité a majoritairement convenu de la nécessité d'un encadrement particulier de la pratique des technologies.

63. Les membres ont également convenu, à la majorité, des principes suivants:

- que l'encadrement des pratiques en reproduction humaine relève d'une politique sociale qui ne doit pas être assimilée à l'élaboration des normes de qualité professionnelle des services;
- que, comprise en ce sens, la fonction d'encadrement des pratiques ne doit pas être laissée à la profession médicale ou aux autres professions directement impliquées (hormis le contrôle de la qualité professionnelle);
- que par ailleurs, la fonction d'encadrement devrait être conçue et exercée de façon à éviter l'écueil de la bureaucratie excessive.

64. Le comité recommande de restreindre la pratique des technologies de reproduction à des cliniques spécialement agréées (sauf en ce qui a trait à l'insémination artificielle homologue avec sperme frais).

65. Comme mécanisme de surveillance et d'évaluation, la majorité des membres du comité recommande au Ministère de former, à intervalles réguliers, un groupe d'évaluation qui recevrait le mandat d'effectuer des visites d'évaluation périodiques dans chacune des cliniques agréées et de présenter un rapport au Ministère en y joignant ses recommandations; le groupe proposé devrait avoir une base permanente en tant que structure, mais être formé de membres différents d'un mandat à l'autre et avoir une composition multidisciplinaire.

66. Le comité a majoritairement recommandé que les normes de qualité professionnelle soient établies par les cor-

porations des différentes professions concernées, à savoir celles des médecins, des biologistes et d'autres professions médicales et non médicales; cependant, des normes minimales devraient être édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et intégrées au mécanisme d'agrément des cliniques ainsi qu'au mécanisme d'évaluation périodique.

67. La majorité des membres suggère que les cliniques agréées se constituent éventuellement en un réseau provincial des technologies de reproduction humaine.

68. La majorité des membres du comité est d'avis que des principes généraux d'éthique sociale concernant la pratique en technologies de reproduction humaine devraient être formulés à une échelle provinciale et s'appliquer à l'ensemble des cliniques; ces membres croient que de telles normes devraient être édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur la base de consultations diverses incluant les avis des groupes d'évaluation et du réseau des cliniques agréées.

69. Le comité recommande majoritairement que soit assurée l'uniformisation des données permettant de décrire de façon comparable les services dispensés par l'ensemble des cliniques.

70. La majorité des membres du comité recommande que les cliniques agréées réunies en réseau reçoivent du ministère de la Santé et des Services sociaux le mandat de définir les informations nécessaires pour la description adéquate et uniformisée des pratiques en reproduction artificielle (incluant, d'une part, la description de la clientèle, des pratiques et des taux de réussite et, d'autre part, les données non nominatives sur les pratiques impliquant un don de gamètes). Le réseau devrait ensuite en assurer la cueillette, la compilation et la publication et voir, de plus, à ce que les données produites par chacune des cliniques soient publiées sous forme d'un rapport annuel accessible au public.

71. Le comité est majoritairement d'avis que la fonction d'observation de l'état et de l'évolution des pratiques doit être laissée au milieu de la recherche universitaire et aux organismes qui s'intéressent aux technologies de reproduction humaine.

72. Les membres du comité ont majoritairement rejeté l'idée de créer une instance permanente exerçant des fonctions d'étude et de conseil auprès du Ministère sur les questions relatives aux technologies de reproduction humaine.

73. En ce qui a trait à l'encadrement de la recherche en technologies de reproduction humaine, le comité est majoritairement d'avis qu'il n'y a pas lieu de créer des structures ni des principes d'encadrement spécifiques autres que ceux qui se rapportent à la recherche en général, à l'exception des recherches utilisant des embryons humains (voir les alinéas 61, 62 et 63).

74. La majorité des membres du comité recommande que les visites d'évaluation périodiques soient aussi l'occasion d'observer les recherches menées à l'intérieur des cliniques agréées concurremment à la pratique des technologies de reproduction et d'en faire état dans leur rapport au ministère de la Santé et des Services sociaux.

75. Le comité recommande à la majorité qu'un lien soit établi entre tous les comités d'éthique de recherche en vue de constituer un relevé de tous les projets, approuvés ailleurs que dans les cliniques agréées, ayant trait aux technologies de reproduction humaine et impliquant soit des embryons, soit des sujet humains; ce relevé serait transmis au groupe d'évaluation qui, en plus de visiter les cliniques agréées, sélectionnerait quelques-uns des projets en cours dans d'autres établissements de recherche et irait vérifier sur place la conformité des travaux avec les protocoles initialement approuvés.

76. Le comité recommande que, tout en tenant compte des orientations prioritaires suggérées tout au long du rapport (notamment aux chapitres 2, 5 et 6), le ministère de la Santé et des Services sociaux favorise la réalisation des études particulières mentionnées au point 9.4.3 du rapport.

Le financement des services et de la recherche en technologies de reproduction humaine

77. La majorité des membres du comité est d'avis qu'un financement public de la recherche et des services en technologies de reproduction humaine devrait être assujéti aux conditions suivantes:

- ▶ l'État ne doit pas assumer totalement les coûts des services en reproduction artificielle; une partie de ces coûts doit être à la charge des bénéficiaires;
- ▶ les coûts des services doivent être uniformisés d'une clinique à l'autre, dans toutes les régions;
- ▶ des mesures doivent être prises pour identifier et réduire les risques impliqués par le recours aux technologies de reproduction et pour en améliorer les taux de succès;
- ▶ des informations claires et précises sur l'état et l'évolution des pratiques et de la recherche en reproduction artificielle doivent être recueillies et rendues accessibles; – les pratiques et la recherche en reproduction humaine doivent faire l'objet d'évaluations périodiques;
- ▶ l'État doit définir des priorités de financement de la recherche en complémentarité des programmes existants;
- ▶ l'organisation des services de santé en rapport avec l'infertilité doit être orientée selon un continuum en privilégiant d'abord les interventions préventives, puis le traitement de l'infertilité et, ultimement, le recours aux technologies de reproduction;
- ▶ un accès plus large aux technologies de reproduction ne doit pas prévaloir aux dépens d'autres besoins socio-sanitaires en périnatalité, en planification des naissances et

en soutien aux familles, à l'égard desquels l'État ne fait pas suffisamment.

78. La majorité des membres du comité est d'avis que les huit centres d'insémination artificielle déjà établis sont suffisants pour le Québec, et recommande que l'État assume les coûts qu'entraîneront pour ces centres les recommandations destinées à prévenir la transmission du virus d'immunodéficience humaine par insémination hétérologue (voir les alinéas 18, 19 et 20).

79. Tout en retenant les conditions exposées à l'alinéa 78, la majorité des membres du comité accepte le principe d'un financement partiel des services de fécondation *in vitro* par l'État.

80. Le comité recommande majoritairement qu'à l'intérieur de ses propres politiques de financement à la recherche, l'État définisse des orientations en matière de technologies de reproduction humaine et s'assure que progressent des champs d'étude importants mais moins attrayants pour les investisseurs privés, tels que les projets de nature pluridisciplinaire et les projets axés sur la prévention.

81. Le comité recommande majoritairement que le Ministère crée un programme de subventions à la recherche sur l'impact social des technologies de reproduction et sur d'autres pratiques médicales telles que la stérilisation des handicapés mentaux, l'euthanasie, la réanimation des patients en phase terminale et le traitement des nouveau-nés sévèrement handicapés.

ERRATUM

La recommandation 79, à la page 193, doit se lire comme suit:
Tout en retenant les conditions exposées à l'alinéa 77 (et non 78), la majorité des membres du comité accepte le principe d'un financement partiel des services de fécondation in vitro par l'État.

Bibliographie des publications québécoises dans le domaine des technologies de reproduction

BLAINE, A.M. et al.:

Comité en mouvement: les femmes, la reproduction et les hommes de science, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, 1986, 244 p.

RESNE, Jacques:

La production humaine industrialisée, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1986, 125 p.

COMMISSION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES:

Le contrôle de la fécondité au contrôle des femmes, Montréal, 1986, 7 p.

Cahiers Femmes et Sexualité, n° 5, (mai 1987), pp. 31-32.

Documentaire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Montréal, avril 1986.

BLAISON-BOUCHER, Marie:

«L'apprenti sorcier à l'apprenti-sage» dans **Prêtres et Passés**, juillet-août 1984, pp. 393-401.

COMMISSION DE RECHERCHE EN ÉTHIQUE MÉDICALE:

La fécondation *in vitro*, bienfait pour l'humanité ou avantage scientifique? Dossier d'éthique médicale n° 3, Québec, GREM, 1985, 171 p.

BLAISE, André:

«Le shop ou le bout de chou éprouvette» dans **Santé et Société**, vol. 10, n° 10, (hiver 1988), pp. 49-54.

BLAISE, Bartha:

La fécondation artificielle et responsabilité médicale: une question de droit comparé, Montréal, Les Éditions Yvon Blais, 1986, 286 p.

"International Birth Technology and Human Right" in **American Journal of Comparative Law**, vol. 33, 1985, pp. 1-31.

"Legitimation of Artificial Insemination: Promise or Problem" in **Family Law Review**, vol. 1, 1978, pp. 108-117.

"Comparative Reforms in Reproductive Technology" in **Ottawa Review**, vol. 18, 1986, pp. 663-719.

"Reproductive Technology and International Mechanisms of Protection of The Human Person" dans **Revue de droit de l'Université de Montréal**, vol. 32, 1987, pp. 336-358.

Bibliographie des publications québécoises dans le domaine des technologies de reproduction

BEAUDOIN, Jean-Louis et LABRUSSE-RIOUX, Catherine:

Produire l'homme-De quel droit?, Paris, Les Presses Universitaires de France, 1987, 288 p., (Collection «Les Voies du droit»).

BEAULIEU, Carole:

«Droit et reproduction humaine: serons-nous des incubateurs ambulants?» dans **La Vie en Rose**, (avril 1985), pp. 14-15.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME:

Enjeux: quand la technologie transforme la maternité, Québec, les Publications du Québec, 1987, 39 p.

La gazette des femmes, Numéro spécial, (29 octobre 1987), 40 p.

Sortir la maternité du laboratoire, Actes du forum international sur les nouvelles technologies de reproduction, janvier 1988, 423 p.

BARNARD, Louise et DUNNIGAN, Lise, **Nouvelles technologies de la reproduction: analyses et questionnements féministes**, Québec, Direction de la recherche, Conseil du statut de la femme, 1986, 161 p.

CHOQUETTE, Marie, **Nouvelles technologies de la reproduction: étude des principales législations et recommandations**, Québec, Direction de la recherche, Conseil du statut de la femme, mars 1986, 94 p.

JEAN, André, **Nouvelles technologies de la reproduction: pratiques cliniques et expérimentales au Québec**, Québec, Direction de la recherche, Conseil du statut de la femme, 1986, 98 p.

QUELLETTE, Françoise-Romaine, **Les enfants que je veux... si je peux... Témoignages de femmes sous assistance médicale pour un problème d'infertilité**, Québec, Direction de la recherche, Conseil du statut de la femme, janvier 1987, 186 p.

PERRON, Céline, **Portrait statistique des couples qui ont recours à l'assistance médicale pour résoudre un problème d'infertilité**, Québec, Direction de la recherche, Conseil du statut de la femme, avril 1986, 55 p.

ROUSSEAU, Fernande, **Nouvelles technologies de la reproduction: questions soulevées dans la littérature générale**, Québec, Direction de la recherche, Conseil du statut de la femme, 1985, 89 p.

DAVIS, Simon C. et al.:

La fertilisation en laboratoire d'ici l'an 2000, Montréal, Les Éditions Bellarmin, 1981, 114 p.

DE VILAINÉ, A.M. et al.:

Maternité en mouvement: les femmes, la reproduction et les hommes de science, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, 1986, 244 p.

DUFRESNE, Jacques:

La reproduction humaine industrialisée, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1986, 125 p.

FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES:

Du contrôle de la fécondité au contrôle des femmes, Montréal, 1986, 7 p.

Les cahiers Femmes et Sexualité, n° 5, (mai 1987), pp. 31-81.

Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Montréal, avril 1986, 20 p.

GRATTON-BOUCHER, Marie:

«De l'apprenti sorcier à l'apprenti-sage» dans **Prêtres et Pasteurs**, juillet-août 1984, pp. 393-401.

GROUPE DE RECHERCHE EN ÉTHIQUE MÉDICALE:

La fécondation *in vitro*, bienfait pour l'humanité ou aventure scientifique? Dossier d'éthique médicale n° 3, Québec, GREM, 1985, 171 p.

JEAN, André:

«Baby shop ou le bout de chou éprouvette» dans **Santé et Société**, vol. 10, n° 10, (hiver 1988), pp. 49-54.

KNOPPERS, Bartha:

Conception artificielle et responsabilité médicale: une étude de droit comparé, Montréal, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1986, 286 p.

"Modern Birth Technology and Human Right" in **American Journal of Comparative Law**, vol. 33, 1985, pp. 1-31.

"The Legitimation of Artificial Insemination: Promise or Problem?" in **Family Law Review**, vol. 1, 1978, pp. 108-117.

"Legislative Reforms in Reproductive Technology" in **Ottawa Law Review**, vol. 18, 1986, pp. 663-719.

"Reproductive Technology and International Mechanisms of Protection of The Human Person" dans **Revue de droit de McGill**, vol. 32, 1987, pp. 336-358.

«Le statut juridique du fœtus: du droit comparé au droit en devenir» dans **Cahier de Bioéthique**, n° 2, Les Presses de l'Université Laval, 1980, pp. 205-222.

«LA FEMME ET LA REPRODUCTION»:

Dans **Revue juridique: la femme et le droit**, Numéro thématique, vol. 1, n° 2, (1986).

LAMBERT, Raymond et FORTIER, Michel:

«Analyse prospective en fécondation **in vitro**: quelques aspects techniques et éthiques» dans **Union médicale du Canada**, (octobre 1985), vol. 114, n° 10.

MELANÇON, Marcel et al.:

L'insémination artificielle thérapeutique, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1983, 217 p.

OUELLET, Monique:

Droit et science, Montréal, Les Éditions Thémis, 1987, 176 p.

RIOUX, Jacques:

Manuel pratique sur la reproduction, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1979, 329 p.

«Insémination artificielle: les faits» dans **Le médecin du Québec**, décembre 1977.

"Artificial Insemination and Sperm Bank: the Canadian Experience" in **Human Artificial Insemination and Sperm Preservation**, New York, Plenum Press, 1980, pp. 31-34.

ROCHON, Madeleine:

Sterilité et infertilité: deux concepts, deux réalités, Québec, Service des études socio-sanitaires, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1986, 36 p., (Collection «Études de santé»; numéro 3).

ROY, David:

«Éthique et insémination artificielle» dans **Le médecin du Québec**, vol. 12, n° 12, (décembre 1977), pp. 45-58.

"Human Reproduction via Laboratory Fertilization (otherwise known as test-tube conception)" in **The Church World**, vol. 49, n° 13, (August 24, 1978), p. 32.

"AID: an Overview of the Ethical Issues" in **Papers from the 1979 — 2nd National Conference on Health and the Law**, Canadian Hospital Association, 1980, pp. 137-141.

«La reproduction humaine: une prospective des 25 années à venir» dans **Fertilisation en laboratoire d'ici à l'an 2000**, Montréal, Les Éditions Bellarmin, 1981, pp. 91-111.

"Human Reproduction: the Next 25 Years" in **Proceedings Science Religion Conference**, Alberta, Edmonton Catholic Schools, 1983, pp. 42-49.

"Surrogate Mothering via Artificial Insemination: Moral and Ethical Issues — a Summary" in **Proceedings of the Twenty-first Annual Conference**, Toronto, Association of Family and Conciliation Courts, 1983, pp. 13-20.

"**In vitro** Fertilization and Embryo Transfer: Current Ethical Issues" in **Future Health**, (Summer 1984), pp. 6-8.

«Les techniques artificielles de procréation: questions éthiques actuelles» dans **Dialogue**, (1^{er} trimestre, 1985), pp. 13-20.

The Life Technologies and Public Policy, Montréal, l'Institut de recherches politiques, 1986, 202 p.

«UN BÉBÉ À TOUT PRIX? LES ENJEUX ÉTHIQUES DES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION»

Dans **Revue Notre-Dame**, numéro thématique, Sillery, Missionnaires du Sacré-Coeur, n° 3, (mars 1987), 32 p.

VANDELAC, Louise:

«Sexe et technologies de procréation: Mères porteuses déportées par la langue» dans **Sociologie et société**, vol. 19, n° 1, (avril 1987), pp. 97-115.

VILLEDIEU, Yannick:

«Échec à l'infécondité» dans **Québec-Science**, 1^{re} partie: (décembre 1980), 2^e partie: (janvier 1981).

ANNEXE 1

Liste des principaux rapports de commissions ou groupes d'étude utilisés dans le cadre des travaux du présent comité

American Fertility Society: Ethical Considerations of the New Reproductive technology, in **Fertility and Sterility**, September 1986.

Commission d'enquête concernant la fécondation et l'embryologie humaine, **Rapport de la Commission**, Traduction: Isabelle Espalieu, La Documentation Française, 1985. (Rapport Warnock)

Ontario Law Reform Commission: **Report on human artificial insemination and related matters**, Ministry of the Attorney General, 1985.

Royal Commission on Family and Children's Law: **Artificial Insemination**, Vancouver, 1975.

Special Committee appointed by the Queensland Government to enquire into the law relating to artificial insemination, **in vitro** fertilization and other related matters: **Report**, Queensland, Australie, 1984.

Comité consultatif du Ministère de la Santé et du Bien-être social Canada: **Stockage et utilisation du sperme humain**, Santé et Bien-être social Canada, 1981.

Congrégation pour la doctrine de la foi: **Instruction sur le respect de la vie humaine naissante et la dignité de la procréation**, Rome, 1987.

National Health and Medical Research Council, **Ethics in medical research involving the human fetus and human fetal tissue**, Australian Government, Canberra, 1983.

Infertility (Medical Procedures) act, 1984, Victoria, Australie.

The Committee to consider the social, ethical and legal issues arising from **in vitro** fertilization: **Report on the disposition of embryos produced by in vitro fertilization**, Victoria, Australie, 1984.

Department of Health, Education and Welfare, **Protection of human subjects, Hew Support of Human in vitro Fertilization and Embryo Transfer, Report of the Ethics Advisory Board**, Federal Register, 1979.

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 15 décembre 1986, **Avis relatif aux recherches sur les embryons humains in vitro et à leur utilisation à des fins médicales et scientifiques**.

Conseil de l'Europe, Comité **ad hoc** d'experts sur les progrès des sciences biomédicales (CAHBI), 5 mars 1986, **Principes provisoires sur les techniques de procréation artificielle humaine et sur certains procédés appliqués aux embryons en liaison avec ces techniques**, CAHBI/INF (86) 1. Strasbourg.

ALNOT, Marie Odile et al., **Les procréations artificielles**, La Documentation Française, Paris, 1986, 229 pages.

ANNEXE 2

Données relatives à la pratique de l'insémination artificielle au Québec

Tableau 1

Évolution du nombre d'inséminations artificielles facturées à la R.A.M.Q. pour l'ensemble du Québec de 1971 à 1985

Année	Nombre	Année	Nombre
1971	153	1979	3828
1972	175	1980	4884
1973	390	1981	5295
1974	858	1982	6492
1975	1266	1983	7196
1976	1866	1984	6802
1977	2384	1985	7199
1978	3697		

Source: Service des Statistiques R.A.M.Q. 1986 (données non publiées).

Tableau 2

Évolution du nombre de centres hospitaliers et de médecins (omnipraticiens et spécialistes) ayant facturé des inséminations artificielles à la R.A.M.Q. de 1980 à 1985.

Année	Centres hospitaliers	Médecins
1980	32	103
1981	31	113
1982	36	117
1983	32	112
1984	34	117
1985	37	118

Source: Service des Statistiques, R.A.M.Q., 1986 (données non publiées).

Tableau 3

Répartition du nombre de médecins (omnipraticiens et spécialistes) selon la fréquence de facturation de l'insémination artificielle de 1980 à 1985

Nombre d'inséminations	Nombre de médecins					
	1980	1981	1982	1983	1984	1985
0-25	81	88	90	81	83	79
25-50	10	7	8	11	12	8
50-75		4	5	2	3	7
75-100	2	3	3	3	5	2
100-125	1	2	1	1	3	3
125-150	2		2	1		3
150-175	1	1		1		
175-200	1	1		3		4
200-300	2	2	2	3	3	4
300-400	1	2	2	1	3	3
400-500	1	1				2
500-600			1		2	
600-700		1		1	3	
700-800				1		
800-900			1	3		
900-1000						
1000-1100			1			
1100-1200						
1200-1300			1			
1300-1400		1				
1900-2000	1					

Source: Service des Statistiques R.A.M.Q. 1986 (données non publiées).

Tableau 4

Nombre et pourcentage d'inséminations artificielles facturées par des cabinets ou des établissements non codés, ensemble du Québec 1978 à 1985

Année	Nombre en cab. et E.N.C.	%	Nombre total	%
1978	1 690	46%	3 697	100%
1979	1 789	47%	3 828	100%
1980	1 976	41%	4 884	100%
1981	2 037	39%	5 295	100%
1982	2 341	37%	6 492	100%
1983	2 042	29%	7 197	100%
1984	1 686	25%	6 802	100%
1985	1 760	26%	7 199	100%
Total	15 321	34%	45 394	100%

Source: Service des Statistiques, R.A.M.Q., 1986. (données non publiées)

Tableau 5

Nombre de bénéficiaires selon le nombre d'inséminations facturées à la R.A.M.Q. en 1985

Inséminations	Bénéficiaires	Total
1	299	299
2	259	518
3	213	639
4	158	632
5	122	610
1 051 bénéficiaires (69,55%)		
2 698 inséminations (37,47%)		
6	79	474
7	77	539
8	69	552
9	48	432
10	43	430
316 bénéficiaires (20,91%)		
2 427 inséminations (33,04%)		
11	25	275
12	21	252
13	19	247
14	19	266
15	14	210
98 bénéficiaires (6,48%)		
1 250 inséminations (17,36%)		
16	13	208
17	12	204
18	6	108
19	6	114
20	4	80
41 bénéficiaires (2,71%)		
714 inséminations (9,91%)		
21	2	42
22	1	22
23	2	46
5 bénéficiaires (0,33%)		
110 inséminations (1,52%)		
Total: 1 511 bénéficiaires (100%)		
7 199 inséminations (100%)		

Source: Fichier des actes de la R.A.M.Q., compilation André Jean.

Tableau 6

Nombre de bénéficiaires, d'accouchements, de césariennes, d'avortements thérapeutiques et d'avortements incomplets selon le nombre d'inséminations facturées à la R.A.M.Q. en 1983

Inséminations	Bénéficiaires	Total	Accouchements	Césariennes	Total des naissances	Avort. thé.	Avort. inc.
1	302	302	34	10	44	1	10
2	217	434	35	19	54	1	3
3	169	507	3	13	16	0	6
4	126	504	4	9	13	0	4
5	97	485	17	7	24	0	4
911 bénéficiaires (65,77%)							
2 232 inséminations (31%)							
6	77	462	21	0	21	0	3
7	65	455	14	4	18	0	1
8	58	464	3	2	5	0	3
9	60	540	8	3	11	0	0
10	35	350	7	2	9	0	1
295 bénéficiaires (21,29%)							
2 271 inséminations (31,4%)							
11	34	374	11	0	11	0	3
12	27	324	6	2	8	0	1
13	17	221	1	1	2	0	0
14	23	322	2	0	2	0	0
15	22	330	2	0	2	0	3
123 bénéficiaires (8,88%)							
1 571 inséminations (21,82%)							
16	6	96	0	0	0	0	0
17	11	187	0	0	0	0	0
18	6	108	1	0	1	0	1
19	7	133	1	0	0	0	0
20	4	80	1	0	0	1	0
34 bénéficiaires (2,45%)							
604 inséminations (8,8%)							
21	5	105	0	1	1	0	0
22	2	44	0	0	0	0	0
23	4	92	0	0	0	0	0
24	5	120	1	0	1	0	0
25	0	0	0	0	0	0	0
16 bénéficiaires (1,15%)							
361 inséminations (5,01%)							
26	4	104	0	0	0	0	0
27	1	27	1	0	1	0	0
28	0	0	0	0	0	0	0
29	0	0	0	0	0	0	0
30	1	30	1	0	1	0	0
6 bénéficiaires (0,43%)							
161 inséminations (2,23%)							
Total: 1 385 bénéficiaires (100%)			174 (12,56%)	73 (5,27%)	245 (17,68%)	3	43 (3,1%)
7 200 inséminations (100%)							

Tableau 7

Nombre de bénéficiaires, d'accouchements, de césariennes, d'avortements thérapeutiques et d'avortements incomplets selon le nombre d'inséminations facturées à la R.A.M.Q. en 1984

Inséminations	Bénéficiaires	Total	Accouchements	Césariennes	Total des naissances	Avort. thé.	Avort. inc.
1	332	332	27	9	36	0	8
2	251	502	38	12	50	1	8
3	160	480	30	7	37	1	5
4	148	592	25	10	35	0	1
5	109	545	20	3	23	0	2
1 000 bénéficiaires (69,34%) 2 451 inséminations (36%)							
6	93	558	15	7	22	0	0
7	74	518	15	3	18	0	3
8	52	416	12	1	13	0	0
9	45	405	11	4	15	0	3
10	30	300	10	3	13	0	0
294 bénéficiaires (20,38%) 2 197 inséminations (32,21%)							
11	24	264	6	3	9	0	1
12	21	252	5	5	10	0	0
13	27	351	7	1	8	0	1
14	15	210	4	0	4	0	0
15	14	210	5	1	6	1	1
101 bénéficiaires (7%) 1 287 inséminations (18,87%)							
16	19	304	6	2	8	0	1
17	9	153	1	1	2	0	1
18	7	126	2	1	3	0	0
19	3	57	1	2	3	0	1
38 bénéficiaires (2,63%) 640 inséminations (9,38%)							
23	3	69	1	0	1	0	0
24	1	24	1	0	1	0	1
27	2	54	2	0	2	0	0
30	2	60	0	0	0	0	0
38	1	38	0	0	0	0	1
9 bénéficiaires (0,62%) 245 inséminations (3,59%)							
Total 6 820 inséminations (100%)			244 (16,92%)	75 (5,20%)	319 (22,12%)	3 (0,2%)	38 (2,63%)
1442 bénéficiaires (100%)							

Critères médicaux de sélection des donneurs de sperme: propositions du comité consultatif sur le stockage et l'utilisation du sperme humain au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1981) et propositions de l'American Fertility Society (1986)

Rapport du comité consultatif sur le stockage et l'utilisation du sperme humain

présenté au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Also available in English under the title "Storage and Utilization of Human Sperm".

Recrutement du donneur Idéalement un donneur doit être en bonne santé, ne pas souffrir d'anomalie médicale ou mentale reconnue, être sans infection transmissible et père d'au moins un enfant normal. Dans beaucoup de centres, il est devenu courant que les étudiants en médecine constituent la majorité du pool des donneurs. Bien que ce procédé soit commode et que le roulement continu d'élèves en médecine limite le nombre de grossesses éventuelles causées par un seul donneur, cette pratique n'est pas forcément souhaitable. Il est possible de maintenir que le recrutement des donneurs devrait se faire sur une base plus diversifiée.

Sélection des donneurs Il doit y avoir au moins une entrevue privée avec le donneur éventuel, portant sur des sujets tels que la motivation de donner du sperme, le statut éthique et légal du programme des fiches de renseignement sur l'IAD, la responsabilité et le mode d'acquisition du sperme. Le donneur éventuel doit savoir qu'il sera informé de toute anomalie congénitale ou maladie génétique susceptible de survenir chez un enfant né par IAD utilisant son sperme, lorsqu'il est possible d'établir que l'échantillon d'un seul donneur a provoqué la grossesse.

Évaluation psychologique De façon idéale, il est souhaitable de procéder à une évaluation psychologique complète du donneur et de la femme du donneur dans le cas d'un individu marié. En pratique, on a découvert que le procédé de sélection décrit plus haut et les délais inévitables qui surviennent dans la sélection des donneurs fournissent une bonne idée de la motivation du donneur éventuel. Il n'est pas sûr qu'une évaluation psychologique plus étendue puisse fournir une information additionnelle

précise sur les effets possibles de l'insémination pour le glucose, l'acide urique, le cholestérol et afin de dépister toute trace de syphilis ou la présence d'infections virales associées à l'hépatite. Une analyse d'urine, une culture d'urine et un échantillon de sperme sont aussi requis (voir ci-dessous).

Collecte d'échantillon de sperme pour l'insémination Un donneur doit mettre fin à ses activités sexuelles pendant les 48 heures qui précèdent la production d'un échantillon. Il doit donc être avisé à temps. Lors du don, le donneur ne doit pas souffrir de maladie vénérienne connue ou d'infection prostatique.

Des cultures doivent être effectuées sur les échantillons destinés à la congélation et au stockage. Toutefois, les résultats des cultures sur échantillons frais ne sont pas disponibles avant 24 ou 48 heures après l'insémination. L'examen microscopique des échantillons frais, au moment de l'insémination, devrait normalement identifier toute infection bactérienne importante. Bien que les cultures soient désirables, il est plus pratique et économique de faire un examen microscopique approfondi de l'échantillon avant l'insémination.

Un échantillon est produit par masturbation et récolté dans un récipient jetable à large goulot, au fond conique, et fabriqué de matière inerte. L'étiquette du contenant doit fournir le code d'identification du donneur, la date et l'heure de l'éjaculation. Le nom du donneur ne doit pas apparaître sur le contenant de l'échantillon.

Puisque le taux de fertilisation du sperme diminue après quatre-vingt-dix minutes, le temps écoulé entre l'éjaculation et la disponibilité de l'échantillon pour examen ne doit pas dépasser 30 minutes. L'échantillon de sperme ne doit pas être soumis à une température de plus de 38° ou de moins de 20° Celsius. La température ambiante est acceptable pour une courte période de transport. L'échantillon doit être utilisé pour l'insémination ou être congelé dans les 60 minutes qui suivent l'éjaculation.

Analyse du sperme Une analyse complète du sperme doit être effectuée dans un laboratoire qualifié, normalement situé dans un centre universitaire ou hospitalier. Bien qu'un bon nombre de données puissent être obtenues d'un seul échantillon de sperme, deux ou trois éjaculations, sur une période de quatre à six jours, fourniront des données plus utiles, telles qu'une confirmation exacte du nombre, de la mobilité et de la morphologie des spermatozoïdes et révéleront tout déclin du nombre des spermatozoïdes après plusieurs éjaculations.

On sait qu'une conception peut se produire avec un petit nombre de spermatozoïdes, mais elle est moins probable; par conséquent, nous recommandons des normes minimales d'acceptabilité portant sur le nombre, la mobilité et la morphologie des spermatozoïdes. Étant donné la forte perte de mobilité résultant de la congélation, il est d'autant plus important que le nombre des spermatozoïdes dans chacune des éjaculations soit adéquat. Les normes minimales en vigueur dans certains centres sont les suivants: un nombre total de 60 millions de spermatozoïdes par ml; une morphologie normale excédant 60 % des spermatozoïdes et une mobilité normale, deux heures après la prise de l'échantillon, dans plus de 60 % des spermatozoïdes.

Facteurs non génétiques affectant le sperme Il est d'usage d'examiner les donneurs éventuels afin de réduire les risques de transmission directe de maladies à la receveuse. Le donneur doit passer des tests pour la chlamydia, la candida, ainsi que les tests courant de dépistage pour la syphilis ou l'infection par gonocoque. On a récemment découvert que l'hépatite était transmissible par le liquide séminal. Lorsqu'on utilise du sperme stocké, chaque échantillon peut être examiné avant l'usage. Mais avec du sperme frais, un donneur ne souffrant pas de maladie vénérienne lors de son examen peut néanmoins infecter la receveuse en contractant une blennorragie avant de fournir son échantillon pour l'insémination.

Un domaine d'étude relativement nouveau et entièrement différent a trait aux effets, sur la reproduction, de la drogue et de la maladie chez le parent mâle. Par exemple, chez les rongeurs, l'administration de certains stupéfiants au mâle, dont le méthadone, interrompue avant l'accouplement, a été associée avec l'avortement, le défaut de croissance et la diminution du nombre de descendants. Des effets analogues ont été observés avec l'alcool. Dans des études chez l'animal et l'humain, on a trouvé de la diphenylhydantoïne dans le liquide séminal après l'administration de cet anticonvulsivant au sujet. Des études futures révéleront si la drogue a des effets sur les spermatozoïdes. Bien que le nombre des spermatozoïdes et leur morphologie soient affectés par des maladies virales aiguës chez le mâle, les conséquences de ces changements sur la reproduction n'ont pas été établies.

Pour autant que nous le sachions, il n'y a pas de malformation congénitale qui puisse être spécifiquement attribuée à l'insémination artificielle puisque le pourcentage des bébés nés par IA et ayant des défauts congénitaux est moindre que celui auquel on s'attend chez les bébés conçus naturellement. Cependant, nous recommandons qu'on poursuive des études de contrôle à long terme afin de donner une meilleure assise aux critères de sélection des donneurs pour insémination artificielle.

Sélection génétique du donneur Seul un petit nombre de donneurs éventuels doivent être refusés par crainte de transmission possible d'une maladie héréditaire. La détection de ces risques demande un examen physique du donneur éventuel, une étude de ses antécédents ainsi que de ceux de sa famille. Une consultation avec un généticien peut servir dans certains cas.

Critères génétiques

- 1. Le donneur doit être en bonne santé. De façon particulière, il ne doit pas avoir ou avoir eu:**
 - 1.1 de malformation sérieuse telle que bec de lièvre, fissure labiale, fente palatine, méningomyelocèle, anomalie cardiaque congénitale, dislocation congénitale de la hanche, pied bot congénital, hypospadias;**
 - 1.2 de maladie familiale ayant une importante composante génétique au niveau de l'étiologie, telle que asthme, diabète sucré, psychose, trouble épileptique, hypertension, polyarthrite chronique évolutive, trouble grave de réfraction;**
 - 1.3 de maladie transmise de façon mendélienne telle que albinisme, hémophilie, hémoglobinopathie, neurofibromatose, sclérose tubéreuse de Bourneville, hypercholestérolémie héréditaire.**
- 2. Le donneur ne doit être hétérozygote pour aucun gène récessif reconnu comme prédominant dans le groupe racial du donneur et dont l'hétérozygotisme peut être décelé, tel que thalassémie, G6PD (glucose-6-phosphatase déshydrogénase) déficiente chez la race méditerranéenne, anémie falciforme chez les Noirs, de Tay Sachs chez les Juifs Ashkenazi et chez les Canadiens français.**
- 3. Les parents au premier degré du donneur (parents, frères et soeurs, enfants) ne doivent pas souffrir de:**
 - 3.1 malformations mentionnées dans l'alinéa 1.1;**
 - 3.2 psychose grave, troubles épileptiques, diabète juvénile sucré, coronopathie d'apparition précoce (hypercholestérolémie héréditaire);**
 - 3.3 aucune maladie transmise de façon mendélienne dans les catégories suivantes:**
 - 3.3.1 maladie mendélienne à caractère dominant ou lié au X mais dont l'apparition peut survenir après l'âge du donneur, telle que maladie de Huntington, dystrophie musculaire Landouzy-Dejerine, rétinite pigmentaire;**
 - 3.3.2 maladie mendélienne à caractère dominant avec pénétrance réduite telle que syndrome de Marfan, rétinoblastome, syndrome d'Alport;**
 - 3.3.3 maladie mendélienne à caractère récessif mais à haute fréquence dans la population, telle que fibrose kystique du pancréas chez les Caucasiens;**
 - 3.3.4 une aberration chromosomique autre qu'une trisomie confirmée, à moins que le donneur ait un caryotype normal.**

Examen physique Le donneur doit subir un examen physique approfondi qui mettra l'accent sur la détection de l'hypertension, du diabète, d'anomalies génétiques et de traces d'infection. De plus le donneur doit passer des tests de laboratoire afin d'établir le taux sanguin par exemple.

ANNEXE 4

Indications médicales pour la fécondation *in vitro* telles qu'établies par l'American Fertility Society (1986)

Indications médicales pour la fécondation *in vitro* American Fertility Society

MEDICAL INDICATIONS

The primary medical indication for human IVF is failure of conventional therapy to provide a pregnancy for the infertile couple. The most common indication for the use of human IVF procedures is irreconcilable tubal damage or destruction, which exists in patients who have undergone surgical removal of the fallopian tubes because of inflammatory disease or tubal ectopic pregnancy. Certain other pelvic factors that are indications for IVF include pelvic endometriosis that has failed conservative surgical and medical therapy, and pelvic adhesive disease that has similarly failed conventional surgical therapy. Such female pelvic factors are the second most common diagnosis in the patient population undergoing IVF. Anomalies of the uterus and/or reproductive tract, whether due to a congenital factor or drug exposure *in vivo* (diethylstilbestrol), are also accepted indications for IVF.

Another very strong indication for IVF stems from the male factor. The partner of an oligospermic man is also a candidate for IVF, because fertilization *in vitro* has been demonstrated with very low sperm concentrations.

In either partner, immunologic disorders unresponsive to conventional therapy are another indication for IVF. Also, an increasing percentage of couples are entering IVF with the diagnosis of unexplained or idiopathic infertility. Whether this will remain a primary indication for IVF after all conventional therapy has failed is somewhat dependent on relative success of intrafallopian gamete transfer in producing ongoing clinical pregnancies (Asch, personal communication, 1985).

New guidelines for the use of semen donor insemination: 1986* †

The American Fertility Society

I. Introduction

Due to the increased use of artificial insemination using donor sperm and the deep concern with respect to the sharp in-

crease in sexually transmitted diseases, in particular, acquired immune deficiency syndrome (AIDS), the American Fertility Society appointed an ad hoc committee to update the procedural guidelines for the use of fresh and frozen semen for donor insemination. Their report was reviewed by the andrology/urology and ethics committees of the Society. Then it was submitted to the Board of Directors and elected officers of the Society for approval.

The main purposes of the new guidelines were to improve the selection of donors, (2) decrease the potential hazard for transmitting infectious agents, (3) modify techniques used to reflect present technology, and (4) indicate areas that require further attention, such as improved follow-up studies, and develop an acceptable means to monitor activities in this area.

II. Insemination Procedure

Artificial insemination using either fresh or thawed frozen semen from a suitable donor may be employed to effect a pregnancy in a woman of reproductive age where appropriate indications exist. These indications should take into account the age and health status of the wife or female recipient. Because the procedure is carried out involving a party not in the traditional marital union, careful consideration should be given to the possible need for psychologic evaluation and counseling.

Certain technical details concerning the actual insemination procedure or screening of the donors and recipients are provided in later sections.

III. Indications (Artificial Insemination — Donor)

- A. The husband is sterile because of irreversible azoospermia, regardless of the cause.
- B. The husband is presently sterile because of a vasectomy and he does not wish an attempt at surgical operation.
- C. The husband is oligospermic or has seminal fluid abnormalities believed to be associated with male factor infertility.

D. The husband has a known hereditary or genetic disorder, e.g., Tay-Sachs, Huntington's disease, hemophilia, chromosomal anomalies.

E. The husband has noncorrectable ejaculatory dysfunction secondary to trauma, surgery, medication, etc. There may be additional indications where the evidence of potentially defective sperm is difficult to establish. These reasons would include previous exposure to therapeutic or accidental radiation and chemotherapy.

F. The wife is Rh-negative and severely Rh-isoimmunized, and the husband is Rh-positive.

IV. Evaluation of the Couple

Couples who seek artificial insemination by a donor (AID) should be made aware that there may be adverse emotional and psychologic consequences to this procedure. This may require in some instances referral for evaluation and counseling in the behavioral sciences prior to performing the insemination procedure.

In any case, consent forms should be signed by the couple. (See Appendix C for an example.)

V. Evaluation of the Husband

Any male partner in an infertile couple who requests AID should have completed a thorough "male factor" evaluation. If indicated, appropriate therapy should have been instituted or refused by the couple. Medical records documenting these events should be reviewed prior to performing the insemination procedure. Whenever possible or warranted, it would seem prudent to evaluate the husband's health status. In view of the concerns about sexually transmitted diseases, screening of the husband for human T-cell lymphotropic virus (HTLV)-III antibodies should be considered when appropriate.

VI. Evaluation of the Female Recipient

A. Medical and Reproductive History

Obtain routine medical and reproductive history according to

the standards that are applied to women anticipating pregnancy. Reproductive abnormalities detected from history or physical examination may require more detailed evaluation and treatment before insemination. (See Appendix B with respect to genetic screening.)

B. Physical Examination

Perform a complete physical examination, including a pelvic examination.

C. Laboratory Tests

The tests obtained should be those that are recommended for any woman attempting conception. This should include rubella titers, and vaccination should be performed if the test is negative. A serologic test for syphilis should be performed along with serum testing for hepatitis B antigen and an antibody test for HTLV-III. Cervical cultures should also be obtained for gonorrhea and chlamydial infection. Antibody testing for cytomegalovirus (CMV) exposure should be obtained because of its importance in neonatal health. If the recipient is negative for CMV antibodies, it is prudent to use CMV-negative donors and constantly monitor those donors for the development of the heterophil-negative mononucleosis type of illness.

D. Documentation and Timing of Ovulation

The techniques for timing of ovulation may include basal body temperature, cervical mucus changes (spinnbarkeit, ferning, viscosity determination), ultrasound monitoring of follicular maturation, and luteinizing hormone surge.

E. Evaluation of Possible Tubal or Peritoneal Abnormalities
Patients who fail to conceive after four to six well-timed insemination cycles may be candidates for hysterosalpingography, laparoscopy, and other appropriate tests to detect other possible causes of persistent infertility.

VII. Donors

A. Selection of Donors

The main features to be followed in selecting the donor for AID are (1) assurance of good health status and (2) absence of genetic abnormalities. Suggestions to follow are provided

in Appendices A and B. Also, the donors should be younger than 50 years of age so that potential hazards related to aging are diminished. Selecting donors who have established their fertility would be desirable, but it is not an absolute requirement.

B. Screening of Donors

1. Semen Screening

It is suggested that several samples be examined before proceeding with extensive procedures. If the examination is satisfactory, then more extensive testing can be instituted (Appendix A).

The sample should be examined within 1 to 2 hours before ejaculation into a clean container. The criteria used to judge the normality of the sample vary from laboratory to laboratory, but in general the following may be used:

Volume: > 2 ml

Sperm motility: > 60 % moving actively in a purposeful direction

Sperm concentration: \geq 50 million motile sperm/ml

Sperm morphology: \geq 60 % normal oval forms

2. Genetic

There is a need to improve the genetic screening of potential donors. Some institutions require complete chromosomal analysis before accepting a donor. This is not thought to be an absolute requirement *provided* adequate attention is paid to obtaining a proper family history and the recognition of potential hazards within certain ethnic groups. Examples include "Thalassemia in Mediterranean races, sickle cell disease in Blacks, Tay-Sachs disease in Ashkenazi Jews, and certain other population isolates." (See Appendix for further details.) A suggested method for genetically screening donors is given in Appendix B.

3. Medical History

The donors should be generally healthy and give no history to suggest hereditary and familial disease. There should not be any evidence of past systemic disease, even though it may now be quiescent. A complete sexual his-

tory should be obtained to exclude as donors individuals who might be at high risk for AIDS and/or who have multiple sexual partners.

4. Physical Examination

We recommend that either the physician group that performs the insemination procedure or one of their associates perform a complete physical examination and routine laboratory screening, including blood typing and Rh testing, of a potential donor before enlisting him in the program. This requirement is not necessary if the potential donor can provide suitable records documenting that such an examination was performed by physician within the past year.

5. Laboratory Screening for Sexually Transmitted Diseases

There is no absolute method of completely ensuring that infectious agents will not be transmitted by AID, but the following guidelines, in addition to adequate history taking and exclusion of high-risk individuals, should make that possibility remote.

- a. Serologic tests for syphilis should be obtained initially on blood serum and need not be repeated unless clinically indicated.
- b. Serum hepatitis B antigen (HBsAg) should be obtained initially and at 6-month intervals.
- c. Urethral cultures should be obtained initially for *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis*. These cultures should be repeated at 6-month intervals or more frequently if clinically indicated.
- d. Serum antibody tests for CMV should be obtained. If the antibody tests are positive, some authorities believe that the donor may be used with recipients who are CMV-positive. Others feel that, because there are multiple strains of CMVs, CMV-positive women could still be vulnerable to infection from the semen of a CMV-positive man. If the titers are negative, the donor may be used with recipients who are negative or positive for CMV. The donor should be monitored for any

development of heterophil-negative mononucleosis type of illness.

- e. When fresh semen is used, an initial serum screening for HTLV-III virus antibodies should be performed. A positive assay should be verified with a Western Blot test prior to notifying the potential donor. If the test is negative, the active donor should be screened every 6 months for HTLV-III antibodies. A final screening is desirable 60 days after termination of donor status. When frozen semen is to be used, the donor should be screened initially for HTLV-III; and if the test is negative, semen samples may be collected and prepared for cryopreservation. The donor should be tested again in 60 days for HTLV-III and the specimen released for use only if the results are negative.

C. Management of Donors

1. Monitor Health Status

The single most important method of diminishing the risk of transmitting infectious agents to women during insemination is to carefully screen the potential donors and develop an ongoing procedure for monitoring their health status. Since individual situations are so variable, we have not listed a uniform method.

2. Payment to Donors

Payment to donors will vary from area to area, but should not be such that the monetary incentive is the primary factor in donating sperm.

3. Limitations to Donor Use

Institutions and clinics should maintain sufficient records so that they set a limit to the number of pregnancies for which a given donor is responsible. There is a reasonable consensus that the danger of an increase in consanguinity over that which occurs in the general population is essentially nil if the limit is set at ≤ 10 pregnancies per donor. This suggestion would require modification if the population using donor insemination represented an isolated subgroup.

4. Consent

It may be desirable for the donor to sign the consent form, spelling out a firm denial of recognized risk factors for HTLV-III/lymphadenopathy-associated virus (LAV).

5. Record Keeping

Because of the lack of model legislation and uncertain medicolegal status protecting the interests of the donor, an ideal record keeping system is not currently available. However, it is desirable to maintain permanent confidential records of donors, including a genetic workup and other nonidentifying information, and make them available on request on an anonymous basis to the recipient and/or any resulting offspring.

D. Use of Fresh versus Frozen Semen

It is generally recognized that pregnancy rates using fresh semen are significantly higher than with frozen semen. Sexually transmitted diseases are a risk with both fresh and frozen semen. If fresh semen is to be utilized, screening donors as outlined, along with the constant monitoring of their health status, should markedly reduce the risk of sexually transmitted diseases. The low risk associated with the guidelines above warrants the continued use of fresh samples with a higher pregnancy rate. The initial consent form should make it clear that there is no way to guarantee the risks of various sexually transmitted diseases with fresh or frozen semen.

VIII. Discussion of Techniques

A. "Match" Between Couple and Donor

There are several ways to properly match the couple with the donor. Some clinics take pictures of each donor and place them in the confidential file along with the donor's vital statistics. There are obvious hazards to that method. Regardless of the method utilized, the couple should be encouraged to list the characteristics they desire in a prospective donor. These include height, body build, complexion, hair color and texture, and eye color. The characteristics of the husband and wife should be tabulated for reference. If it is not possible to

meet the couple's requirements, the problem should be discussed so that misunderstandings are avoided.

B. The Sperm for Artificial Insemination — Donor

The donor should collect the seminal fluid sample under supervision (i.e., on or near the premises but separate from the reception area where the recipient or the couple are located). Some clinics perform more than one insemination per cycle. If multiple inseminations are employed, we encourage the clinic to use the same donor for any given cycle.

The practice of mixing the husband's semen with the donor's should be discouraged. The available data suggest that this practice may interfere with the fertilizing ability of the donor sperm. Also, it confuses the issue. Any psychologic uncertainty on the part of the couple should be dealt with before proceeding with insemination.

C. Insemination Procedure

The semen specimen should be carefully examined after liquefaction for verification that the sample is satisfactory. A common technique of insemination is described below. Other techniques may be adopted to suit specific needs. The patient is placed in the lithotomy position. A speculum is inserted in the vagina, and the cervix can be wiped clean with a dry cotton ball. Approximately 0.1 to 0.3 ml is placed into the cervical canal with flexible polyethylene tubing or a suitable blunt needle. The remainder of the specimen is then placed at the outer cervical canal and "held in place" with a cervical cap or nonabsorbable sponge. After 20 minutes in the lithotomy position, the patient may leave the office. Four to six hours later, the cervical cap or sponge should be removed by the patient, washed, and retained for later use.

Appendix A

Selection and Screening of Donors*

The following guidelines for screening potential semen donors represent a conservative approach with the aim of minimizing false negatives. If these guidelines are followed,

the risk of using fresh semen should be virtually nonexistent. The key feature is the establishment of a solid rapport with potential donors and the acquisition of an in-depth knowledge of their health status. Local conditions differ and may dictate approaches different from those provided in these guidelines.

INITIAL VISIT

I. Historical screening (for exclusion purposes)

A. Identification of Acquired Immune Deficiency Syndrome risk groups

1. Men with any homosexual contact since 1978
2. Intravenous drug users
3. Sexual partners of persons in Acquired Immune Deficiency Syndrome risk groups
4. Donors from geographic areas where sex ratio of Acquired Immune Deficiency Syndrome patients is close to 1:1

B. More than one sexual partner within 6 months

C. Evidence of sexually transmitted disease (STD) within last 6 months

1. Dysuria
2. Urethral discharge
3. Genital ulcer
4. Hepatitis
5. Sexual partner with frequent episodes of *Trichomonas*

D. Any past history of:

1. Genital herpes
2. Genital warts
3. Chronic hepatitis
4. Previous exclusion from blood donation unless for noninfectious reason

II. If the history is negative for exclusion factors, then obtain blood for cytomegalovirus (CMV) serology. If the results are positive, some investigators believe that the donor may be used for artificial insemination if the recipient is also CMV-positive. However, most investigators believe that this is too

risky, because there are multiple strains of CMV, and the present serologic tests do not distinguish among them. Thus, the CMV-positive woman could still be vulnerable to infection from the semen of a CMV-positive man if different strains of CMV were involved. Because the consequences of CMV to neonatal health are so serious, special attention should be paid to this issue.

Second Visit: If the history is satisfactory and the CMV serology is negative, proceed with the following:

III. Physical examination

A. Make certain that there is no:

1. Urethral discharge
2. Genital wart
3. Genital ulcer

B. Perform urethral cultures

1. *Neisseria gonorrhoeae*
2. *Chlamydia trachomatis*
3. *Mycoplasma hominis* (Optional: some investigators are concerned about mycoplasma and its adverse impact on the reproductive system and on fertility)
4. *Trichomonas vaginalis* (Optional: if there is doubt about the history)
5. White blood cell count (Optional: some investigators perform a wet preparation of seminal fluid and stain from white blood cells [WBCs]. If there are more than 10 WBCs per high-power field, cultures for sexually transmitted diseases [STD] should be performed)

C. Serology

1. Hepatitis-B surface antigen and core antibody
2. HTLV-III (EIA).^{*} When fresh semen is used, an initial serum screening for HTLV-III antibodies should be obtained. A positive assay should be verified with a confirmatory test such as Western Blot (or newer tests as they are introduced) before the potential donor is notified. If the test is negative, the active donor should be screened every 6 months for HTLV-III antibodies. A final screening should

be done, if possible, 60 days after termination of donor status. When frozen semen is to be used, the donor should be screened initially for HTLV-III and, if the test is negative, semen samples may be collected and prepared for cryopreservation. The donor should be tested again in 60 days for HTLV-III and the specimen released for use only if the results are negative.

3. VDRL or RPR

SURVEILLANCE

IV. Follow-up

A. Exclude donors: discontinue donors

1. Symptomatic for STD
 - a. Genital warts
 - b. Genital herpes
 - c. Genital ulcer
 - d. Urethral discharge
2. With new sexual partners or if there is a break in monogamy or abstinence

B. Rescreen donors every 6 months at minimum

C. Evaluate and follow up recipients per protocol; track any evident STD transmission to donor and his recipients, as in blood banking

Appendix B

Minimal genetic screen for gamete donors

I. The donor should be generally healthy and, as determined by the use of state-of-the-art tests:

A. should not have (had) any nontrivial malformation of complex cause, such as cleft lip, cleft palate, spina bifida, congenital heart malformation, congenital hip dislocation, clubfoot, or hypospadias. These have a chance of up to 5% of occurring in an offspring of an affected man. A *trivial malformation* is defined as one that has no adverse effect on the bearer; however, the definition of *adverse* is a matter of judgment. It is considered impractical to attempt to prepare a complete list of nontrivial disorders that would rule out a donor.

B. should not have (had) any nontrivial mendelian disorder, such as albinism (general or ocular), hemophilia, hemoglobin disorder, hereditary hypercholesterolemia, neurofibromatosis, or tuberous sclerosis. The definition of *nontrivial* is a matter of judgment. For all the dominant disorders, the risk to the child would be 50%. For X-linked conditions, the 50% risk applies only to men. For autosomal recessive disorders, the risk is 25%.

C. should not have (had) any familial disease with a known or reliably indicated major genetic component, such as asthma, juvenile diabetes mellitus, epileptic disorder, hypertension, a psychosis, rheumatoid arthritis, or a service refractive disorder. These would also represent an appreciable risk for the child, which would range from 5% to 15%.

D. should not carry an autosomal recessive gene for any disease known to be prevalent in the donor's ethnic background for which heterozygosity can be detected, such as cystic fibrosis in the Caucasian population,* glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency or thalassemia in Mediterranean populations, sickle cell disease in blacks, and Tay-Sachs disease in the Ashkenazi and certain other population isolates. It would be impractical to screen donors for all deleterious recessive diseases detectable in a heterozygote state, but it would be desirable to screen them for mutant genes at high frequency in their own ethnic population.

E. should not carry a chromosomal rearrangement that may result in unbalanced gametes. The chance of a healthy young adult having a chromosomal problem that could be damaging to offspring is small. The frequency of balanced translocations is less than 2 per 1000,¹ and most of these would not lead to viable unbalanced offspring.² Whether or not to karyotype a donor depends on one's judgment of how small a risk one can afford to ignore. There is a difference of opinion among experts on the justification to require routine chromosomal screening of donors.³

F. should be young, as discussed in appropriate sections.

G. should be Rh-negative if the prospective mother is.

II. On the basis of a family history, the donor's first-degree relatives (parents or offspring) should be free of:

A. nontrivial malformations, as in IA.

B. nontrivial disorders, showing mendelian inheritance in the following categories:

1. autosomal dominant or X-linked, with age of onset extending beyond the age of the donor, such as Huntington's disease, facioscapulohumeral muscular dystrophy, retinitis pigmentosa, and multiple polyposis of the colon
2. autosomal dominant inheritance with reduced penetrance, such as Marfan syndrome, retinoblastoma, and Alport disease
3. autosomal recessive inheritance, particularly if the disease has a high frequency in the population, as for example cystic fibrosis, or if the donor's gametes will be used on many occasions, as for example frozen sperm in an artificial insemination — donor program

C. a chromosomal rearrangement or imbalance if other than a proven trisomy, unless the donor has a normal karyotype.

III. Major psychoses, epileptic disorders, juvenile diabetes mellitus, and early coronary disease should be considered as causes for rejection. Such disorders present an appreciable risk to second-degree relatives (grandparents, grandchildren, siblings), which ranges from about 1% to 5%.

IV. A permanent record designed to preserve confidentiality should be maintained. It should include the genetic workup and other nonidentifying information and should be made available on request, on an anonymous basis, to the recipient and/or any resulting offspring.

REFERENCES

1. Evans JA, Canning N, Hunter AGW, Martsolf JT, Roy M, Thompson DR, Hamerton JL: A cytogenetic survey of 14,069 newborn infants. *Cytogenet Cell Genet* 20:96, 1978

2. Jacobs PA: Recurrence risks for chromosomal abnormalities. *Birth Defects* 15:71, 1979
3. Fraser FC, Forse RA: On genetic screening of donors for artificial insemination. *Am J Med Genet* 10:399, 1981

*Drafted by a committee composed of Edwin P. Peterson, M.D., Chairman, Kamran S. Moghissi, M.D., C. Alvin Paulsen, M.D., and Larry I. Lipshultz, M.D., and approved by the Board of Directors of The American Fertility Society on April 4, 1986.

† Reprint requests: The American Fertility Society, 2131 Magnolia Avenue, Suite 201, Birmingham, Alabama 35256.

*The following committee provided consultation with respect to those portions that pertain to sexually transmitted diseases:

King K. Holmes, M.D., Ph.D.

Chief of Medicine, Harborview Medical Center
Chairman and Professor of Medicine
University of Washington School of Medicine

Ruth Greenblatt, M.D.

Senior Fellow, Division of Infectious Diseases,
Department of Medicine
University of Washington School of Medicine

H. Hunter Handsfield, M.D.

Director, Sexually Transmitted Diseases Clinic
Seattle-King County Department of Public Health
Associate Professor of Medicine

University of Washington School of Medicine

Merlyn H. Sayers, M.D.

Director, Puget Sound Blood Center
Assistant Professor of Medicine
University of Washington School of Medicine

Lawrence Corey, M.D.

Professor of Laboratory Medicine and Medicine
Head, Virology Division
University of Washington School of Medicine

*The recently proposed formal name for the AIDS retrovirus is *human immunodeficiency virus* (HIV).

*It is anticipated that a reliable test for cystic fibrosis will be available in the near future.

**Recommandation du Conseil de l'Europe
relativement à l'utilisation d'embryons et
de foetus humains à des fins diagnostiques,
thérapeutiques, scientifiques,
industrielles et commerciales (1986)**

**PARLIAMENTARY ASSEMBLY OF THE
COUNCIL OF EUROPE**

THIRTY-EIGHTH ORDINARY SESSION

RECOMMENDATION 1046 (1986)¹

*on the use of human embryos and foetuses for diagnostic,
therapeutic, scientific, industrial and commercial purposes*

The Assembly,

- 1.** Recalling its Recommendation 934 (1982) on genetic engineering, proposing a range of measures including in particular the recognition of the right to a genetic inheritance which should not be artificially interfered with except for therapeutic purposes;
- 2.** Considering that recent progress in the life sciences and medicine, in particular in animal and human embryology, has opened up remarkable new scientific, diagnostic and therapeutic prospects;
- 3.** Considering that, by the technique of fertilisation *in vitro*, man has achieved the means of intervening in and controlling human life in its earliest stages;
- 4. A.** Considering that the exploitation of technological opportunities not only in science but also in medicine must be governed by clear ethical and social guidelines;
- B.** Considering that future benefits from the advance of medical science and technology must be carefully assessed in deciding when, and how, and on what grounds, to restrict the exploitation of technological opportunities;
- C.** Welcoming the contributions of the Council of Europe's *ad hoc* Committee of experts in the biomedical sciences, and of the European Medical Research Councils operating within the framework of the European Science Foundation;
- D.** Noting the statement issued by nine European Medical Research Councils following the meeting convened in London on 5 and 6 June 1986 under the auspices of the European Science Foundation;
- 5.** Considering that, from the moment of fertilisation of the ovule, human life develops in a continuous pattern, and that it is not possible to make a clear-cut distinction during the first phases (embryonic) of its development, and that a definition of the biological status of an embryo is therefore necessary;

- 6.** Aware that this progress has made the legal position of the embryo and foetus particularly precarious, and that their legal status is at present not defined by law;
- 7.** Aware that adequate provisions governing the use of living or dead embryos and foetuses do not at present exist;
- 8.** Convinced that, in view of scientific progress which makes it possible to intervene in developing human life from the moment of fertilisation, it is urgent to define the extent of its legal protection;
- 9.** Having regard to the variety of ethical opinions on the question of using the embryo or the foetus or their tissues, and to the conflicts between values which arise;
- 10.** Considering that human embryos and foetuses must be treated in all circumstances with the respect due to human dignity, and that use of materials and tissues therefrom must be strictly limited and regulated (see appendix) to purposes which are clearly therapeutic and for which no other means exist;
- 11.** Convinced that the use of embryos or foetuses and the removal of their tissues for diagnostic and therapeutic purposes are only justified if the principles and conditions specified in the appendix to this recommendation are observed;
- 12.** Considering that any exclusively national regulation of the question runs the risk of being ineffective as any activity in this field could be transferred to another country which did not enforce the same regulations;
- 13.** Stressing the need for European co-operation,
- 14.** Recommends that the Committee of Ministers:
 - A.** call on the governments of the member states:
 - i.** to investigate the rumours about a trade in dead embryos and foetuses circulating in the media, and to publish the results;
 - ii.** to limit the use of human embryos and foetuses and materials and tissues therefrom in an industrial context to purposes which are strictly therapeutic and for which no other means exist, according to the principles set out in the

appendix, and to bring their legislation into line with these principles or to enact rules in accordance therewith which should *inter alia* specify the conditions in which removal and use may be undertaken for a diagnostic or therapeutic purpose:

iii. to forbid any creation of human embryos by fertilisation *in vitro* for the purposes of research during their life or after death;

iv. to forbid anything that could be considered as undesirable use or deviations of these techniques, including:

- ▶ the creation of identical human beings by cloning or any other method, whether for race selection purposes or not;
- ▶ the implantation of a human embryo in the uterus of another animal or the reverse;
- ▶ the fusion of human gametes with those of another animal (the hamster test for the study of male fertility could be regarded as an exception, under strict regulation);
- ▶ the creation of embryos from the sperm of different individuals;
- ▶ the fusion of embryos or any other operation which might produce chimeras;
- ▶ ectogenesis, or the production of an individual and autonomous human being outside the uterus of a female, that is, in a laboratory;
- ▶ the creation of children from people of the same sex;
- ▶ choice of sex by genetic manipulation for non-therapeutic purposes;
- ▶ the creation of identical twins;
- ▶ research on viable human embryos;
- ▶ experimentation on living human embryos, whether viable or not;

B. Therapeutic purposes

i. No intervention on the living embryo *in vitro* or *in utero* or on the foetus whether inside or outside the uterus shall be permitted unless its object is the well-being of the child to be born, that is, to facilitate its development and birth.

ii. Therapy on embryos *in vitro* or *in utero* or on the foetus *in utero* shall not be permitted, unless it is for very clear and

precisely diagnosed embryonic maladies, with grave or extremely bad prognosis, where no other solution is possible and therapy would offer reasonable guarantees of successful treatment of those illnesses.

iii. It shall be forbidden to keep embryos or foetuses alive artificially for the purpose of removing usable material.

iv. It would be desirable to create a list of those illnesses where therapy can be based on reliable means of diagnosis and reasonable guarantees of success. This list would be periodically updated to take account of new discoveries and scientific progress.

v. Therapy conducted on embryos and foetuses must never influence non-pathological hereditary characteristics, nor have racial selection as its aim.

vi. The use of dead embryos or foetuses must be an exceptional measure, justified in the present state of knowledge by the rare nature of the illness treated, the absence of any equally effective therapy and a manifest advantage (such as survival) for the person receiving treatment; it must comply with the following rules:

a. the decision to terminate pregnancy and the conditions of termination (date, technique, etc.) must under no circumstances be influenced by the possible or desired subsequent use of the embryo or foetus;

b. any use of the embryo or foetus must be undertaken by highly qualified teams in approved hospitals or scientific centres supervised by the public authorities; to the extent that national legislation foresees, these centres must possess multidisciplinary ethical committees;

c. total independence between the medical team terminating the pregnancy and the team which might use the embryos or foetuses for therapeutic purposes must be guaranteed;

d. embryos and foetuses may not be used without the consent of the parents or gamete donors where the latter's identity is known;

e. the use of embryos, foetuses or their tissues for profit or remuneration shall not be allowed.

▶ the maintenance of embryos *in vitro* beyond the fourteenth day after fertilisation (having deducted any time necessary for freezing);

v. to provide appropriate sanctions to ensure the application of the rules enacted pursuant to this recommendation;

vi. to create national registers of accredited medical centres authorised to carry out such techniques and to make use of them for scientific purposes;

vii. to facilitate and encourage the creation of national multidisciplinary committees or commissions on artificial human reproduction involving scientific activities concerning genetic material, human embryos and foetuses—to guide and counsel the medical and scientific authorities, to follow and control the application of such techniques and to authorise specific projects in the absence of concrete legislation or regulation;

B. continue to study the problems relating to the use of human embryonic and foetal tissue for scientific purposes and prepare, on the basis of the points mentioned in sub-paragraphs 14.A.ii to vii, a European convention or any other suitable legal instrument which would also be open to accession by non-member countries of the Council of Europe;

15. Instructs its competent committees to prepare a report on the use of human embryos and foetuses in scientific research, taking into account the necessary balance between the principles of freedom of research and of respect for human life and other aspects of human rights.

APPENDIX

Rules governing the use of human embryos or foetuses and the removal of their tissues for diagnostic and therapeutic purposes

A. Diagnostic purposes

i. No intervention for diagnostic purposes, other than those already authorised under national legislation, on the living embryo *n vitro* or *in utero* or on the foetus whether inside or outside the uterus shall be permitted, unless its object is the well-being of the child to be born and the promotion of its development.

ii. The use of a dead embryo and foetus for diagnostic purposes (confirmation of a diagnosis *in utero* or search for the cause of a spontaneous termination of pregnancy) shall be permitted.

1. *Assembly debate* on 19 and 24 September 1986 (13th and 18th Sittings) (see Doc. 5615, report of the Legal Affairs Committee, Doc. 5628, opinion of the Committee on Science and Technology, and Doc. 5635, opinion of the Social and Health Affairs Committee).
Text adopted by the Assembly on 24 September 1986 (18th Sitting).

ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE DU CONSEIL DE L'EUROPE

TRENTE-HUITIÈME SESSION ORDINAIRE

RECOMMANDATION 1046 (1986)¹

relative à l'utilisation d'embryons et foetus humains à des fins diagnostiques, thérapeutiques, scientifiques, industrielles et commerciales

L'Assemblée,

- 1.** Rappelant sa Recommandation 934 (1982) relative à l'ingénierie génétique, proposant un éventail de mesures, notamment la reconnaissance d'un droit à un patrimoine génétique qui ne soit pas manipulé artificiellement à l'exception de fins thérapeutiques;
- 2.** Considérant que les conquêtes récentes des sciences de la vie et de la médecine, et plus particulièrement de l'embryologie animale et humaine, ont ouvert des perspectives scientifiques, diagnostiques et thérapeutiques remarquables;
- 3.** Considérant que, par la fécondation *in vitro*, l'homme s'est donné les moyens d'intervenir dans la vie humaine et d'en disposer dans ses tout premiers stades;
- 4. A.** Considérant que l'exploitation des possibilités technologiques qu'offrent la médecine tout autant que la science doit être régie par des principes éthiques et sociaux clairement définis;
- B.** Considérant que les profits à tirer des progrès de la science et de la technologie médicale devront être évalués avec soin lorsqu'il s'agira de déterminer quand, comment et pour quelles raisons limiter l'exploitation de ces possibilités technologiques;
- C.** Se félicitant de la contribution du Comité *ad hoc* d'experts du Conseil de l'Europe sur les progrès des sciences biomédicales, et de celle des Conseils européens de la recherche médicale, travaillant dans le cadre de la Fondation européenne de la science;
- D.** Notant la communication publiée par les Conseils de la recherche médicale de neuf pays d'Europe à l'issue d'une

réunion tenue à Londres, les 5 et 6 juin 1986, sous les auspices de la Fondation européenne de la science;

- 5.** Considérant que dès la fécondation de l'ovule, la vie humaine se développe de manière continue, si bien que l'on ne peut faire de distinction au cours des premières phases (embryonnaires) de son développement, et qu'une définition du statut biologique de l'embryon s'avère donc nécessaire;
- 6.** Consciente de ce que ce progrès a rendu particulièrement précaire la condition juridique de l'embryon et du foetus, et que leur statut juridique n'est actuellement pas déterminé par la loi;
- 7.** Consciente de ce qu'il n'existe pas de dispositions adéquates réglant l'utilisation d'embryons et foetus vivants ou morts;
- 8.** Convaincue de ce que, face au progrès scientifique qui permet d'intervenir dès la fécondation sur la vie humaine en développement, il est urgent de déterminer le degré de sa protection juridique;
- 9.** Tenant compte du pluralisme des opinions s'exprimant sur le plan éthique à propos de l'utilisation d'embryons ou de foetus, ou de leurs tissus, et des conflits de valeurs qu'il provoque;
- 10.** Considérant que l'embryon et le foetus humains doivent bénéficier en toutes circonstances du respect dû à la dignité humaine, et que l'utilisation de leurs produits et tissus doit être limitée de manière stricte et réglementée (voir annexe) en vue de fins purement thérapeutiques et ne pouvant être atteintes par d'autres moyens;
- 11.** Estimant que l'utilisation d'embryons ou de foetus et le prélèvement de leurs tissus à des fins diagnostiques et thérapeutiques ne sont légitimes que si les principes et conditions définis dans l'annexe à la présente recommandation sont respectés;
- 12.** Considérant que toute réglementation exclusivement nationale risque d'être inefficace étant donné que toute

activité en la matière pourrait se déplacer dans un autre pays ne prévoyant pas la même réglementation;

13. Soulignant la nécessité d'une coopération européenne,

14. Recommande au Comité des Ministres:

A. d'inviter les gouvernements des États membres:

i. à procéder à des enquêtes au sujet des rumeurs circulant dans les médias concernant un commerce d'embryons et de foetus morts, et à en publier les résultats;

ii. à limiter l'utilisation industrielle des embryons et de foetus humains, ainsi que de leurs produits et tissus, à des fins strictement thérapeutiques et ne pouvant être atteintes par d'autres moyens, selon les principes mentionnés en annexe, et à conformer leur droit à ceux-ci, ou à adopter des règles conformes, ces règles devant notamment préciser les conditions dans lesquelles le prélèvement et l'utilisation dans un but diagnostique ou thérapeutique peuvent être effectués;

iii. à interdire toute création d'embryons humains par fécondation *in vitro* à des fins de recherche de leur vivant ou après leur mort;

iv. à interdire tout ce qu'on pourrait définir comme des manipulations ou déviations non désirables de ces techniques, entre autres:

- ▶ la création d'êtres humains identiques par clonage ou par d'autres méthodes, à des fins de sélection de la race ou non;
- ▶ l'implantation d'un embryon humain dans l'utérus d'une autre espèce ou l'opération inverse;
- ▶ la fusion de gamètes humains avec ceux d'une autre espèce (le test du hamster pour l'étude de la fertilité d'origine masculine pourrait constituer une exception, en fonction des termes stricts d'un règlement);
- ▶ la création d'embryons avec du sperme d'individus différents;
- ▶ la fusion d'embryons ou toute autre opération susceptible de réaliser des chimères;
- ▶ l'ectogénèse, ou production d'un être humain individualisé et autonome en dehors de l'utérus d'une femme, c'est-à-dire en laboratoire;

▶ la création d'enfants de personnes du même sexe;

▶ le choix du sexe par manipulation génétique à des fins non thérapeutiques;

▶ la création de jumeaux identiques;

▶ la recherche sur des embryons humains viables;

▶ l'expérimentation sur des embryons vivants, viables ou non;

B. À des fins thérapeutiques

i. Toute intervention sur l'embryon vivant *in utero* et *in vitro* ou sur le foetus vivant *in utero* ou à l'extérieur de l'utérus n'est légitime que si elle a pour but le bien-être de l'enfant à naître, à savoir favoriser son développement et sa naissance.

ii. La thérapeutique sur les embryons *in vitro* ou *in utero* ou sur les foetus *in utero*, ne sera autorisée que pour les maladies des embryons présentant un diagnostic très précis, à pronostic grave ou très mauvais, sans autre solution de traitement et lorsque la thérapeutique offrira des garanties de solution raisonnables de la maladie.

iii. Il est interdit de maintenir en survie artificielle les embryons ou foetus dans le but d'obtenir des prélèvements utilisables.

iv. Il conviendrait de disposer d'un répertoire des maladies pour lesquelles la thérapeutique dont il est fait état dispose de moyens diagnostiques fiables et présente de bonnes possibilités de succès. Cette liste des maladies devrait être renouvelée périodiquement en fonction de nouvelles connaissances et de nouveaux progrès scientifiques.

v. La thérapeutique réalisée sur les embryons et les foetus ne devra jamais avoir d'influence sur leurs caractères héréditaires non pathologiques, ni avoir pour but la sélection de la race.

vi. L'utilisation d'embryons ou de foetus morts doit avoir un caractère exceptionnel justifié, dans l'état actuel des connaissances, à la fois par la rareté des maladies traitées, l'absence de toute autre thérapeutique également efficace et l'avantage manifeste, tel que la survie, que retirera le bénéficiaire du traitement, et respecter les règles suivantes:

a. la décision et les conditions (date, technique, etc.) de l'interruption de grossesse ne doivent en aucun cas être

influencées par l'utilisation ultérieure possible ou souhaitée de l'embryon ou du foetus;

b. Toute utilisation d'embryon ou de foetus doit être effectuée par une équipe hautement qualifiée dans des centres hospitaliers ou scientifiques agréés, contrôlés par les autorités publiques. Dans la mesure où la législation nationale le prévoit, ces centres doivent être dotés d'un comité ethnique à composition multidisciplinaire;

c. une totale indépendance doit être garantie entre l'équipe médicale qui procède à l'interruption de grossesse et l'équipe susceptible d'utiliser les embryons et foetus à des fins thérapeutiques;

d. l'utilisation ne peut avoir lieu sans le consentement des parents ou des donneurs de gamètes si l'identité de ces derniers est connue;

e. l'utilisation des embryons, des foetus ou de leurs tissus ne peut être faite dans un but lucratif ou donner lieu à rémunération.

f. le maintien des embryons *in vitro* au-delà du quatorzième jour après la fécondation (déduction faite du temps de congélation éventuel);

v. à prévoir les sanctions appropriées afin d'assurer l'application des règles adoptées en exécution de la présente recommandation;

vi. à élaborer un registre national des centres et services sanitaires accrédités et autorisés à réaliser ces techniques et à les utiliser scientifiquement;

vii. à faciliter et encourager la création de comités ou de commissions nationaux multidisciplinaires sur les techniques artificielles de reproduction humaine, les activités scientifiques sur le matériel génétique, les embryons et les foetus humains, afin d'orienter et conseiller les autorités sanitaires et scientifiques, suivre et contrôler l'application de telles techniques, et autoriser des projets spécifiques en l'absence de législation ou de réglementation concrète;

B. de continuer à étudier les problèmes liés à l'utilisation de tissus d'embryons ou de foetus humains à des fins scientifiques et d'élaborer, en se fondant sur les points mentionnés au paragraphe 14.A.ii à vii, une convention européenne ou tout autre instrument juridique approprié ouvert aussi à l'accession des pays non membres du Conseil de l'Europe;

15. Charge ses commissions compétentes de préparer un rapport sur l'utilisation d'embryons et foetus humains à des fins de recherche scientifique en tenant compte de la nécessité d'établir un équilibre entre le principe de la liberté de la recherche et le respect de la dignité humaine inhérente à toute vie ainsi que les autres aspects de la protection des droits de l'homme.

ANNEXE

Règles à respecter lors de l'utilisation et du prélèvement de tissus d'embryons ou de foetus humains à des fins diagnostiques ou thérapeutiques

A. À des fins diagnostiques

i. Toute intervention sur l'embryon vivant *in utero* ou *in vitro* ou sur le foetus *in utero* ou à l'extérieur de l'utérus à des fins diagnostiques autres que celles déjà prévues par la législation nationale n'est légitime que si elle a pour but le bien-être de l'enfant à naître et de favoriser son développement.

ii. L'utilisation de l'embryon et de foetus mort à des fins diagnostiques (confirmation des diagnostics *in utero*, ou recherche de la cause d'une interruption spontanée de grossesse) est légitime.

1. *Discussion par l'Assemblée* les 19 et 24 septembre 1986 (13^e et 18^e séances) (voir Doc. 5615, rapport de la commission des questions juridiques, Doc. 5628, avis de la commission de la science et de la technologie et Doc. 5635, avis de la commission des questions sociales et de la santé).
Texte adopté par l'Assemblée le 24 septembre 1986 (18^e séance).

ANNEXE 6

Formulaire du Registre canadien de grossesses dues à la fertilisation extra-corporelle

Registre canadien de grossesses dues à la fertilisation extra-corporelle (IVF)

*** Veuillez compléter le tant que possible tous les renseignements demandés soit en cochant les cases, encerclant les chiffres, ou en écrivant.

CENTRE _____ N° D'IDENTIFICATION DE LA PATIENTE _____

I Renseignements démographiques

- a.** résidence du couple (code postal ou municipalité/province) _____
- b.** statut marital: 1. mariée (ou faisant fonction de) _____
2. célibataire _____
3. autre (spécifier) _____
- c.** date de naissance: mère (jour/mois/année) _____
père (jour/mois/année) _____
Si inconnue, donner les âges _____
- d.** profession: mère _____ père _____

II Histoire médicale

- a.** groupe sanguin ABO: mère _____ père _____
Pour la mère seulement:
- b.** poids avant la grossesse _____ kg
- c.** immunisée contre la rubéole: 0. non 1. oui
- d.** sensibilité au Rh: 0. non 1. oui
- e.** maladie chronique: 0. aucune 1. diabète 2. maladies rénales 3. hypertension
4. autre (spécifier) _____
- f.** fumeur: 0. jamais 1. antérieurement 2. actuellement (spécifier: quantité et fréquence) _____
- g.** alcool: 0. non 1. oui (spécifier: quantité et fréquence) _____
- h.** médicaments: ordonnance (spécifier) _____
 sans ordonnance (spécifier) _____

III Histoire reproductive

- a.** ▶ mariage actuel: _____ vivants: _____ avortés: _____ autre (spécifier): _____
▶ mariage(s) antérieur(s) de la mère: _____ vivants: _____ avortés: _____ autre (spécifier): _____
du père: _____ vivants: _____ avortés: _____ autre (spécifier): _____
- b.** durée d'infertilité: _____ ans
- c.** nombre d'essais antérieurs à l'IVF: _____

IV Traitement actuel

a. causes de l'infertilité en ce qui concerne cette grossesse:

mère: défaut ovulaire

grossesse ectopique

stérilisation

salpingectomie

obstruction tubaire distale

obstruction tubaire proximale

autre tubaire (spécifier) _____

anticorps anti-sperme

mucus cervical «hostile»

endométriose

salpingite

adhérences pelviennes

autre (spécifier) _____

père: oligospermie (compte _____ m/cm³)

azoospermie

motilité réduite

sperme anormal

anticorps mâles

autre (spécifier) _____

b. donneurs: 0. non 1. oocytes 2. sperme 3. embryons

c. drogues pour l'induction de l'ovulation: Clomid (dose) _____

LH endogène (dose) _____

HCG (dose) _____

HMG (dose) _____

autre (spécifier) _____

d. médicaments dans la phase postovulatoire: 0. non 1. oui (spécifier médicament, dose, durée) _____

e. nombre d'oocytes collectés: _____

f. méthode de collection d'oocytes: laparoscopie

US transabdominal

US transvésical

US transvaginal

autre (spécifier) _____

g. date de collection d'oocytes: jour _____/mois _____/année _____

h. date de fertilisation: jour _____/mois _____/année _____

i. nombre d'embryons transférés: _____

j. date de transfert d'embryons: jour _____/mois _____/année _____

k. cryopréservation avant fertilisation ou transfert: 0. non 1. oocytes 2. spermatozoïdes 3. embryons

V Grossesse

a. cycle IVF dans lequel est arrivé la grossesse (1^{er}, 2^e, 3^e): _____

b. résultats: 1. grossesse biochimique 2. grossesse ectopique 3. avortement spontané après confirmation de la grossesse 4. grossesse de 20 semaines (âge menstruel) _____

► pour avortements: spécifier nombre de semaines après collection d'oocytes et date de l'avortement:
jour _____/mois _____/année _____

c. ultrason prénatal: 0. aucun 1. nombre de sacs identifiés _____ spécifier semaines après dernières règles _____

d. amniocentèse: 0. aucun 1. normal 2. anormal (spécifier _____) spécifier semaines de grossesse _____

e. alphafétoprotéine: 0. aucun 1. normal 2. anormal (spécifier niveau) _____

f. évidence de retard de croissance fœtal: 0. non 1. oui

- g.** complications prénatales: hémorragie 0. non 1. oui
- ▶ hypertensio toxémie 0. non 1. oui
 - ▶ accouchement ou travail prématuré 0. non 1. oui
 - ▶ autre (spécifier tous les problèmes ou maladies aigus) _____
- h.** médicaments (exclus antibiotiques, analgésiques, vitamines, fer):
- ▶ premier trimestre 0. non 1. oui (spécifier type, dose, durée) _____
 - ▶ deuxième trimestre 0. non 1. oui (spécifier type, dose, durée) _____
 - ▶ troisième trimestre 0. non 1. oui (spécifier type, dose, durée) _____
- i.** prise de poids maternelle _____ kg

VI Résultat

- a.** date de naissance: jour _____ / mois _____ / année _____
- b.** accouchement: 1. vaginal spontané 2. forceps 3. césarienne
- c.** évidence de détresse foetale: 0. non 1. oui
- d.** nombre d'enfants accouchés _____
- e.** détails du (des) nouveau-né(s)
enfant

- ▶ présentation:
 - 1 = céphalique
 - 2 = siège
 - 3 = autre (spécifier)
- ▶ genre:
 - 1 = mâle
 - 2 = femelle
- ▶ poids (g)
- ▶ longueur (cm)
- ▶ circonférence céphalique (cm)
- ▶ survie:
 - 1 = mort-né
 - 2 = mort néonatale (spécifier date)
 - 3 = vivant après 28 jours
- ▶ réanimation:
 - 1 = non
 - 2 = oui
- ▶ Apgar 1 & 5
- ▶ durée de séjour (jours)
- ▶ malformations (spécifier)

VII Suivi

- a.** dépliant de santé infantile a été/sera envoyé à la mère 0. non 1. oui
- b.** veuillez renvoyer le questionnaire dûment rempli à:

c/o Kathy Bargetto
LIFE Program
825 Coxwell Av.
Toronto, Ont.
M4C 3E7

Lexique

Agénésie ovarienne:

Impossibilité d'engendrer ou arrêt du développement.

Appariement:

Pratique par laquelle on agence les caractéristiques du conjoint d'une femme inséminée avec celle du donneur de sperme.

Capacitation:

Série d'opérations par laquelle le sperme acquiert son pouvoir fécondant.

Civette:

Variante de la fécondation **in vitro** dans laquelle les ovules et le sperme sont mis en présence dans une petite capsule que l'on dépose dans le vagin et que l'on maintient en place à l'aide d'un diaphragme.

Épididyme:

Organe allongé coiffant le testicule et fortement replié sur lui-même.

Fécondabilité:

Probabilité de concevoir durant un cycle donné.

Fibromyome utérin:

Nom donné à des tumeurs utérines formées de tissus conjonctifs.

Fivette:

Fécondation **in vitro** et transfert d'embryon.

Gamètes:

Cellules reproductrices: ovules et spermatozoïdes.

G.I.F.T.:

Gamete Intra-Fallopian Transfer. Variante de la fécondation **in vitro** dans laquelle les ovules et le sperme sont transférés dans la trompe.

H.I.V.:

Human Immunodeficiency Virus: virus du S.I.D.A.

Hypofertilité:

Fertilité moindre.

Hypoplasie utérine:

Développement insuffisant de l'utérus.

Hystérosalpingographie:

Technique d'investigation permettant, par la prise de clichés après l'injection d'une substance opaque, de visualiser la forme de l'utérus et la perméabilité des trompes.

Infertilité:

Absence de conception après une période déterminée de rapports sexuels normaux sans contraception.

Laparoscopie:

- 1) Examen qui permet d'aller voir l'état des organes dans l'abdomen.
- 2) Technique du prélèvement des ovules après l'introduction d'un laparoscope et l'insufflation d'un gaz comprimé.

Oligoasthénozoospermie:

Spermatozoïdes peu mobiles et en faible concentration.

Séménologiste:

Spécialiste de l'analyse des spermatozoïdes.

Sexage:

Techniques permettant de connaître ou de sélectionner le sexe.

Spermogramme:

Examen dont le but est de mesurer le nombre, la motilité et le pourcentage de spermatozoïdes normaux.

Stérilité:

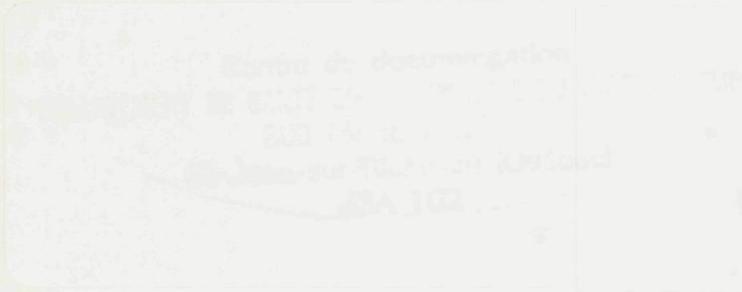
Impossibilité pour une personne de se reproduire.

Synéchies utérines:

Adhérences.

Vaso-vasostomie:

Opération consistant en la reconstruction de vaisseau obstrués, par exemple par une vasectomie.



H 5112

Ex.2 Montambault, Pierre et al.

Rapport du comité de travail sur
Les nouvelles technologies de re-
production humaine

DATE

NOM

H 5112

Ex.2

