

**Avis de Nathalie Boëls et Sophie Côté-Fleury,
candidates à la maîtrise au programme de bioéthique
de l'Université de Montréal**

**dans le cadre de la Consultation publique
du Commissaire à la Santé et au Bien-être
sur les services de procréation assistée au Québec**

Juin 2013

SOMMAIRE

Introduction	2
1. Revue de littérature	2
1.1. Les raisons économiques.....	2
1.2. Statut de l'infertilité.....	4
1.3. Les droits humains et le lien génétique.....	5
1.4. Les principes d'équité, de solidarité et de justice sociale.....	9
1.5. Les raisons liées à la santé publique	10
1.6. L'argumentation féministe	10
1.7. La couverture des femmes célibataires ou lesbiennes	11
2. Les principaux enjeux éthiques mentionnés par le gouvernement québécois	12
2.1. Prévenir l'infertilité.....	12
2.2. Protéger la santé.....	13
2.3. Traiter l'infertilité versus pallier l'infertilité ou favoriser la fertilité	14
2.4. Coûts/bénéfices (grossesses multiples)	15
2.5. Le désir d'enfants	17
2.6. Équité, Justice (En fonction du revenu).....	17
3. Autres considérations éthiques	18
3.1. Pression sur les couples infertiles	18
3.2. Concevoir une vie sans enfant	18
3.3. Équité Vis-à-vis de la couverture d'autres services de « procréation ».....	19
4 Autre province, autre pays, autre vision : l'exemple de l'Ontario et de la France	20
4.1 l'Ontario : Médicalement requis.....	20
4.2 La France.....	22
5. Recommandations	22
5.1 Le financement public de la pma.....	22
5.2 Protéger la santé des femmes et des enfants.....	23
5.3 Précisions dans la loi sur la procréation assistée	23
5.3 Pression sur les couples infertiles	24
5.4 Favoriser les alternatives à la pma	25
5.5 Prévention de l'infertilité.....	25
Annexe : Position de la France – Faits saillants	i

LES AUTEURS :

Nathalie Boëls

Nathalie est candidate à la maîtrise au programme de bioéthique de l'Université de Montréal, sous la direction de Vardit Ravitsky, professeure adjointe au programme de bioéthique de l'Université de Montréal. La politique de procréation assistée du Québec constitue l'élément principal de sa maîtrise qui se propose d'étudier le rôle que les principes de justice, d'équité et de solidarité jouent dans les décisions politiques concernant le financement public de la fécondation in vitro (FIV) et autres techniques de procréation assistée. Sa recherche a pour but également de comparer les arguments éthiques du Québec à ceux de la France sur cette question et à étudier la position de l'Ontario sur la question du financement public de la FIV.

Sophie Côté-Fleury

Sophie est candidate à la maîtrise au programme de bioéthique de l'Université de Montréal, sous la direction de Vardit Ravitsky, professeure adjointe au programme de bioéthique de l'Université de Montréal, et Éric Racine, directeur de l'unité de recherche en neuroéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM). Sa maîtrise inclut une revue critique des différents arguments et considérations éthiques présents dans la littérature académique pouvant justifier ou non le financement public de la FIV et une étude du débat public québécois autour de la question du financement public de la FIV. Elle a aussi exploré la notion de consentement libre et éclairé aux soins de fertilité, notamment les facteurs sociaux favorisant l'acceptation de ces soins et la pression vécue par les couples infertiles.

INTRODUCTION

Nous croyons pertinent de partager avec l'équipe de travail du Commissaire à la santé et au bien-être les données et informations sur lesquelles nous travaillons pour notre maîtrise. Dans les pages qui suivent, seront soulevés les principaux enjeux éthiques que nous considérons comme incontournables sur cette question. Étant donné les limites du nombre de pages, chacun des points ne pourra être approfondi. Les auteurs espèrent cependant amener quelques pistes de réflexion et de sources d'informations à l'équipe de travail du Commissaire.

1. REVUE DE LITTÉRATURE

Une revue de littérature a été réalisée pour déterminer quels arguments et considérations éthiques sont présents dans la littérature pour justifier ou non le financement public de la FIV. Pour faciliter l'analyse des différents arguments présents dans la littérature académique, les arguments ont été regroupés en sept grandes catégories d'argumentation, autour des raisons économiques, du statut de l'infertilité, de la question du droit humain, des principes d'équité, de solidarité et de justice sociale, de la santé publique, de la perspective féministe et finalement de la situation spéciale des femmes célibataires ou lesbiennes. Vu l'espace restreint de ce mémoire, il sera présenté uniquement une courte conclusion de chaque catégorie d'argumentation.

1.1. LES RAISONS ÉCONOMIQUES

Les considérations économiques sont évidemment centrales dans les demandes de couverture de services dans le système de santé public puisque les ressources financières sont limitées et les besoins sont nombreux. En résumé, les coûts de la FIV, son efficacité et son rapport coût-bénéfice varient chez les auteurs selon la vision de ce qui devrait compter en ce qui a trait aux bénéfiques (grossesse menée à terme, nombre d'enfants nés, état de santé du nouveau-né, bienfaits apportés aux parents, etc.) et aux coûts directs et indirects reliés à la procédure (le coût par cycle de FIV versus le coût jusqu'à l'obtention d'une grossesse, qui lui peut varier en fonction de l'âge de la femme, du nombre d'embryons transférés et d'autres facteurs possibles).

Pour ce qui est des exercices d'évaluation monétaire de la FIV et de priorisation face à

d'autres traitements, les résultats dépendent notamment des données ou des choix qui sont offerts aux gens. À titre d'exemple, dans un sondage effectué auprès de 8194 personnes de la population générale dans 6 pays européens, aux États-Unis et en Australie, 70% des personnes sondées étaient d'accord à rembourser la FIV lorsqu'on leur disait que le coût de 3 cycles de FIV était équivalent au coût d'un remplacement de hanche, une procédure couramment couverte (Adashi et al., 2000). Dans une autre étude effectuée en Allemagne auprès de quelques milliers de personnes, la priorité accordée à la FIV en comparaison à d'autres services de soins de santé est faible, mais lorsque la FIV est considérée en tant que telle, elle est jugée plus favorable (Rauprich et al., 2010).

Comme argument économique, plusieurs affirment qu'en encadrant mieux la FIV, notamment en mettant une limite au nombre d'embryons à implanter, il y aurait moins de grossesses multiples. Ceci diminuerait les coûts indirects de la FIV reliés aux grossesses multiples, c'est-à-dire les soins néonataux intensifs et les soins requis tout au long de la vie des enfants nés prématurés (problèmes physiques, cognitifs et développementaux possibles). Certains avancent même que le financement de la FIV serait rentable de par les économies réalisées par la diminution des grossesses multiples. Cet argument de rentabilité reste toutefois à être démontré. Il semble effectivement que l'adhérence à une politique de transfert d'un embryon unique permette de diminuer les grossesses multiples et leurs coûts associés. En Australie, une étude a démontré qu'une diminution des taux de grossesses multiples associée à une adhérence volontaire au transfert d'embryon unique a engendré, entre 2002 et 2008, des revenus estimés à 47,6\$ millions pour l'État, permettant de financer 55% de l'augmentation des services de procréation assistée depuis 2002 (Chambers, Illingworth et Sullivan, 2011).

Une autre justification économique proposée pour motiver le financement de la FIV est l'augmentation du taux de fertilité pour contrer le vieillissement de la population. Des réticences sont toutefois émises face à l'utilisation des arguments de rentabilité économique de la FIV et d'augmentation du taux de fertilité pour justifier le financement public puisqu'il existe peu d'évidence pour le moment que ces stratégies atteignent bel et bien les objectifs voulus (Mladovsky et Sorenson, 2009). Nous sommes en accord avec Mladovsky et Sorenson (2009) qui croient que les évaluations économiques sont limitées pour justifier ou non le financement public de la FIV puisqu'elles ne tiennent pas compte

des dimensions sociales, politiques, éthiques et même philosophiques comprises dans les notions d'infertilité et de technologies de reproduction.

1.2. STATUT DE L'INFERTILITÉ

La communauté scientifique ne s'entend pas sur le statut de l'infertilité et il semble que cet argument à lui seul peut difficilement justifier le financement public de la FIV. Actuellement, les différentes perceptions de l'infertilité vont d'un statut de maladie, d'incapacité, d'invalidité, de besoin médical, de condition médicale ou de préoccupation médicale légitime, et il semble toujours difficile de justifier le financement public de la FIV par ces définitions médicales. Même si on accepte le caractère médical de l'infertilité, lorsque des ressources seront enlevées à d'autres services médicaux pour financer les traitements de fertilité, les questions à propos de la nécessité médicale (« medical appropriateness ») de ces traitements risquent de ressurgir (McMillan, 2003). En Allemagne, alors que les co-paiements¹ dans le système de santé sont plutôt rares, la majorité des quelques milliers de personnes sondées sur le financement des traitements de fertilité les ont jugés appropriés, ce qui reflète bien le statut spécial et souvent questionné des technologies de reproduction dans le système de santé public (Rauprich et al., 2010).

Peu importe le statut de l'infertilité, nous pensons qu'il s'agit avant tout d'un problème de santé publique pour lequel il apparaît fondamental de concentrer des efforts sur ses causes premières, entre autres le report de la grossesse. La FQPN (2006) suggère aussi de rechercher des liens entre environnement et fertilité, d'identifier et éliminer les contaminants dans l'environnement. La Commission Royale sur les nouvelles techniques de reproduction², en 1993, avait déjà identifié plusieurs facteurs de risque pour la fertilité, tels le tabagisme, la procréation différée, les agents nocifs en milieu de travail et dans l'environnement, la consommation d'alcool, les troubles du comportement alimentaire, l'exercice excessif, le stress et les interventions médicales.

¹ Les co-paiements impliquent que les gens doivent payer en partie certains services qui ne sont pas complètement financés par le système de santé.

² Commission canadienne créée en 1989 qui avait pour mandat d'évaluer l'impact des nouvelles technologies de reproduction sur les plans moral, social, économique et juridique, et dont le rapport final a été déposé en 1993.

1.3. LES DROITS HUMAINS ET LE LIEN GÉNÉTIQUE

Plusieurs auteurs ont cherché à savoir si les droits parfois revendiqués pour le financement de la FIV, dont le droit à la reproduction ou le droit de fonder une famille, existent réellement. Il a notamment été regardé les textes internationaux sur les droits humains, les théories du droit, la situation légale canadienne et les cas de jurisprudence. Pour revendiquer les ressources de l'État pour pouvoir actualiser le droit d'être parent et respecter la liberté reproductive, il faut qu'une société reconnaisse ce droit humain et ensuite qu'elle le définisse comme un droit positif. Même en reconnaissant ce droit comme un droit positif, certaines limites devraient être mises pour qu'un tel droit ne résulte pas à un droit à toutes les ressources nécessaires, ce qui ne serait ni durable, ni juste envers d'autres personnes requérant ces mêmes ressources. De plus, la reconnaissance d'un droit positif d'être parent ne pourrait en aucun cas créer une obligation envers une autre personne d'aider à la conception du projet parental, par exemple en exigeant le don de ses gamètes ou la gestation d'un enfant. Les revendications des individus de leurs droits positifs d'avoir accès aux technologies de reproduction sont seulement valides lorsque ces droits sont pesés contre les droits des autres dans la société (Chan et Ho, 2006). Il pourrait donc être légitime pour une société de refuser le financement des traitements de fertilité dans un contexte de ressources limitées sur le principe du respect d'autres libertés plus importantes. Selon Boivin et Pennings (2010), considérant la rareté des ressources en santé, des traitements complètement gratuits de FIV sont irréalistes et probablement inacceptables puisque ce serait au dépend d'autres valeurs sociales importantes (exemple : l'éducation). « Néanmoins, dépendamment de la valeur attribuée à la parentalité, des démarches pourraient être entreprises pour assurer l'accès à des traitements de fertilité sans charge excessive [traduction libre]» (Boivin et Pennings, 2010).

Pour conclure sur l'argumentation autour de la question du droit, il faut questionner le droit réel que revendiquent les gens infertiles face aux technologies de reproduction, qui semble être le droit d'avoir un enfant génétiquement relié à soi. Pour De Wispelaere et Weinstock (2013), le droit le plus probable qu'une société puisse reconnaître est le droit d'être parent, et l'État devrait être en principe neutre face à la façon d'acquérir un enfant (technologies de reproduction versus adoption). Par contre, lorsque les intérêts des

enfants placés sous adoption sont considérés, il apparaît pour De Wispelaere et Weinstock que l'État pourrait favoriser davantage l'adoption, notamment en finançant l'adoption plutôt que la FIV. Ces auteurs reconnaissent toutefois que les politiques actuelles sur l'adoption font de l'adoption une option non-équivalente au fait d'être parent de son enfant « biologique » en terme de protection légale. Il faut également noter que même si l'adoption peut être jugée comme une option moralement préférable à la conception pour avoir l'opportunité d'élever un enfant puisque cette option permet de donner une deuxième chance à un enfant, il n'est pas manifeste que le devoir d'adopter des enfants devrait être davantage assumé par les gens infertiles que ceux fertiles (Panitch, 2013).

De plus, nous considérons que l'adoption n'est pas une solution équivalente à la PMA pour répondre au désir d'enfants. En effet, il faut être conscient que celle-ci diffère en plusieurs points de la PMA, même si plusieurs couples, comme le mentionne la CEST dans son rapport (2009), sont capables d'envisager les deux solutions et mènent en parallèle les démarches pour l'adoption avec leur suivi pour les services de PMA. Ces deux solutions qui existent pour répondre à un désir d'enfants comportent plusieurs différences notables. Les trois premières différences constituent trois limites du programme d'adoption.

Sa première limite est liée aux difficultés reliées au processus d'adoption au Québec et à l'international, comme le fait remarquer la CEST (2009) :

Ce processus est long et en décourage plusieurs, sans compter qu'il est aussi très coûteux. En outre, dans le cas de l'adoption internationale, les critères de sélection des candidats sont souvent rigides et les couples hétérosexuels sont généralement privilégiés.

La CEST (2009) ajoute :

Le nombre d'adoptions internationales est toutefois à la baisse depuis trois ans, autant au Québec que dans le reste du Canada et dans d'autres pays d'accueil. Cette baisse est vraisemblablement due à la fermeture et au resserrement des règles d'adoption dans quelques pays comme la Corée du Sud, Haïti et les Philippines. De plus, l'âge des enfants adoptés tend à augmenter, ce qui peut décourager les parents qui préféreraient adopter des bébés ou de très jeunes

enfants. La difficulté à adopter des enfants, tant au Québec qu'à l'étranger, contribue à orienter les gens vers la PA.

La deuxième limite de l'adoption est son coût financier, ce qui est d'autant plus évident maintenant que le gouvernement a choisi de financer les services de procréation assistée et non l'adoption. Pour que l'adoption devienne une réelle alternative à la procréation assistée pour réaliser un désir d'enfant, il faudrait que le gouvernement dédommage dans la même proportion les parents qui veulent adopter que ceux qui ont maintenant accès gratuitement aux services de PMA. Rappelons ici la recommandation du Comité d'experts en matière d'infertilité et d'adoption en Ontario, en 2009, selon laquelle l'adoption devrait être considérée comme un moyen alternatif aux services de procréation assistée pour répondre à un projet parental.

Une troisième limite de l'adoption est que, contrairement à la procréation assistée, elle ne permet pas de contrôler les conditions de grossesse qui jouent un rôle dans la santé du fœtus et de l'enfant à naître. De plus, comme le fait remarquer la CEST dans son rapport (2009), le fait de vivre la grossesse, même si on a fait intervenir un donneur, fait en sorte que les femmes ne font pas la différence entre leur enfant né de FIV ou s'il était né naturellement :

Plusieurs facteurs influencent le développement de l'enfant in utero : si la génétique constitue un facteur important, l'environnement influence de manière significative le développement de l'enfant. Parce qu'elles ont été enceintes, ont donné naissance à l'enfant et en ont pris soin, plusieurs d'entre elles disent ne voir aucune différence avec une grossesse naturelle. (CEST, 2009)

Une quatrième limite évidente de l'adoption est qu'elle ne permet pas aux futurs parents d'avoir un lien génétique avec l'enfant qu'ils vont élever. Le gouvernement, en ne considérant pas l'adoption comme une alternative à la procréation assistée pour réaliser un projet parental, légitime la prépondérance donnée au lien génétique dans le projet parental. Or, lors de la consultation de la population par voie électronique, par la CEST, les répondants ont fait part d'une incompréhension du désir d'enfant biologiquement lié alors que la possibilité de l'adoption existe. Ils rejettent donc l'idée de « droit d'accès à des services qui permettent d'avoir un enfant biologiquement lié » (Piron et Dussault, 2009).

Le lien génétique amène tout de même certaines possibilités qui sont jugées positives par plusieurs, notamment la possibilité de ressemblance physique entre l'enfant et les parents, ou la possibilité de connaissance des informations médicales pertinentes. « La connaissance [de ces informations] peut être nécessaire à la préservation de la vie et de la santé de l'enfant » (CEST, 2009). Au Québec, il existe des mécanismes permettant d'obtenir des informations médicales sur les parents biologiques de l'enfant si on a recours à la FIV et au don de gamètes, ce qui donne à la PMA un avantage sur l'adoption.

Comme nous l'avons vu précédemment, un des avantages de la procréation par rapport à l'adoption est de permettre que l'enfant qui sera élevé par le couple infertile ait un lien génétique avec un ou les deux parents. Malgré une incompréhension de l'importance du lien génétique chez les répondants à la consultation publique de la CEST, il est possible de constater que chez les couples infertiles, l'importance d'avoir un enfant représentatif de son ascendance familiale (au moins en partie) est très présente, à tel point que les couples infertiles préfèrent essayer directement la FIV plutôt que l'insémination artificielle avec donneur (IAD), malgré les risques plus grands de la FIV pour la mère et l'enfant à venir (CEST, 2009). De plus, selon la CEST (2009), malgré les naissances hors mariage et la transformation de la cellule familiale qui semble faire disparaître le besoin de ressemblance de l'enfant avec ceux qui l'élève, dans les cas de FIV avec donneur, on constate encore l'importance d'avoir un donneur (surtout dans les dons de sperme) qui a une ressemblance avec le futur père, probablement pour faciliter l'attachement du père « social » à son enfant, tandis que la mère sera la seule génétiquement liée à lui.

Selon la FPQN (2006), en favorisant les services de PMA, en tant que société, on légitime en quelque sorte l'importance donnée au lien génétique sur l'adoption d'un enfant ou la quête d'un autre projet de vie : « La quête de grossesse ne peut être complète pour une femme tant qu'elle n'a pas épuisé toutes les possibilités offertes par la science. Elle ne peut plus se donner le droit d'adopter un enfant sans lien biologique avec elle ou son conjoint, ni le droit d'opter pour un autre projet de vie si elle n'a pas eu recours aux NTRH et épuiser toutes les possibilités d'avoir un enfant avec ses propres gènes ».

L'importance perçue du lien génétique peut créer une certaine pression sociale chez les couples à choisir les techniques de procréation assistée plutôt que les alternatives à la

PMA. En effet, si les alternatives à la PMA n'ont pas la même attention politique que les technologies de procréation, cela peut indéniablement orienter les décisions des gens désirant fonder une famille vers la meilleure façon perçue de vivre la parentalité, dans ce cas-ci, la parentalité biologique et génétique. Par exemple, en offrant de financer davantage les techniques de procréation assistée plutôt que l'adoption, il faut questionner le libre choix des couples infertiles envers les options de parentalité.

1.4. LES PRINCIPES D'ÉQUITÉ, DE SOLIDARITÉ ET DE JUSTICE SOCIALE

Au-delà de la question du droit humain, plusieurs font remarquer que la revendication d'accès au traitement de FIV repose sur des principes éthiques d'équité et de justice sociale. Certains auteurs mettent l'accent sur la valeur attachée à la parentalité pour renforcer la solidarité sociale requise entre les gens fertiles et ceux infertiles, ou entre les personnes infertiles à revenu moyen et élevé et les personnes infertiles à faible revenu. Vu l'importance d'avoir des enfants pour plusieurs, l'inégalité d'accès aux technologies de reproduction a été jugée inadmissible par la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction :

« L'existence de cliniques privées soumet les techniques de reproduction assistée aux lois du marché...situation inacceptable qui est contraire à l'un de ses principes directeurs [à la Commission], soit la non-commercialisation de la reproduction. La commercialisation conduit à des inégalités d'accès parce que seuls ceux qui peuvent payer les traitements y ont accès, alors que l'accès à des techniques sûres et efficaces ne devrait pas être déterminé par la capacité de payer. Les enfants sont trop importants dans la vie des gens pour qu'on tolère pareille situation » (Rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993, volume 1 p. 636).

Comme le fait d'avoir des enfants est considéré comme un des plus importants projets de vie, McMillan (2003) croit qu'il y a de bonnes raisons de favoriser l'accès aux services de fertilité, surtout d'un point de vue égalitariste, l'égalitarisme promouvant l'égalité entre les citoyens. La *Charte canadienne des droits et libertés* protège l'égalité entre les citoyens. « If persons are meant to have an equal opportunity to become parents, or found

a family, the Canadian government must insure access to means of reproduction »³ (Washenfelder, 2005).

Il est à noter que certaines théories philosophiques sur l'allocation des ressources et la justice distributive, notamment la pensée de Ronald Dworkin, orientent également vers une couverture contre la malchance ou le risque de l'infertilité.

1.5. LES RAISONS RELIÉES À LA SANTÉ PUBLIQUE

L'utilisation accrue des techniques de procréation assistée a été associée à une véritable épidémie de grossesses multiples, principalement à cause du transfert de plus d'un embryon par cycle de FIV (Hugues, 2008; Janvier et al., 2011; Martin, Bromer, Sakkas et Patrizio, 2011; Navarro, Castilla, Martínez, Hernández et Fontes, 2008). Les risques médicaux des grossesses multiples, tant pour les enfants que la mère, sont documentés (risques plus élevés de prématurité, de mortalité ou de morbidité) (Bouzayen et Eggertson, 2009; European Society of Human Reproduction and Embryology, 2003; Stillman, Richter, Banks et Graham, 2009). Lorsque les traitements de fertilité sont offerts au privé, les futurs parents qui doivent dépenser une importante somme d'argent pour les traitements préfèrent maximiser leurs chances de succès en choisissant d'implanter plus d'un embryon, malgré les risques médicaux associés (Chambers et al., 2012; Hamilton et McManus, 2012; Janvier et al., 2011; Stillman et al., 2009). Certains argumentent que la FIV devrait être financée par l'État puisque ceci permettrait d'instaurer une politique de transfert unique d'embryon, ce qui diminuerait le taux de grossesses multiples et aurait, par conséquent, un impact positif sur la santé des bébés nés des techniques de procréation assistée (Chambers et al., 2011; Chambers et al., 2012; Janvier et al., 2011).

1.6. L'ARGUMENTATION FÉMINISTE

Les critiques féministes des technologies de reproduction sont nombreuses et divisées. En lien avec le financement public de la FIV, certaines féministes craignent que la disponibilité des technologies de reproduction, disponibilité accrue par ce financement,

³ Eriksson, M.K. (2000). *Reproductive Freedom : In the Context of International Human Rights and Humanitarian Law*, Martinus Nijhoff, Boston. Cité dans Washenfelder (2005).

génère un impératif à leur utilisation, et qu'il soit difficile pour les femmes de refuser ces procédures sans être jugées (Mladovsky et Sorenson, 2009). Une préoccupation existe quant à savoir si l'acceptation de la FIV, favorisée par le financement public, mènera, directement ou indirectement, à l'exploitation de la femme, à la marchandisation des gamètes et embryons, et à plusieurs autres pratiques questionnables sur le plan éthique (Hugues et Giacomini, 2001). Certaines féministes ont aussi argumenté que la FIV n'est pas une « nécessité médicale » et que davantage devrait être fait pour traiter l'infertilité par des moyens moins invasifs et plus sécuritaires pour la femme, ou du moins, pour explorer les possibilités à ce niveau (Mladovsky et Sorenson, 2009).

1.7. LA COUVERTURE DES FEMMES CÉLIBATAIRES OU LESBIENNES

Le statut particulier de l'infertilité complexifie la question du financement public de la FIV pour les femmes lesbiennes ou célibataires. Il faut être prudent avant d'exclure certaines populations de la couverture publique de la FIV. Dépendamment des différentes raisons mises de l'avant pour justifier à la base le financement public (statut de l'infertilité, droit d'être parent, équité et solidarité sociale, etc.), les arguments pour exclure certaines populations sont possiblement non recevables.

À noter que le gouvernement du Québec n'a pas restreint l'accès à sa politique seulement aux femmes hétérosexuelles et vivant en couple, possiblement en raison de l'article 2 al. e) de la loi fédérale (*Loi sur la procréation assistée*) qui mentionne que « les personnes cherchant à avoir recours aux techniques de procréation assistée ne doivent pas faire l'objet de discrimination, notamment sur la base de leur orientation sexuelle ou de leur statut matrimonial ».

Le gouvernement du Québec n'offre pas les services de procréation assistée aux couples d'hommes homosexuels, car cela nécessiterait le recours à une mère porteuse (ou gestation pour autrui), pratique interdite par la Loi du Canada. La CEST soulève dans son rapport que la loi québécoise cause une inégalité entre les couples gays et les couples lesbiens ou les femmes célibataires.

À ceux qui verraient un motif de discrimination dans le fait de refuser l'accès aux hommes homosexuels, nous voudrions démontrer que, en refusant les services de PMA

aux hommes, on peut invoquer tout au plus une injustice : Deux femmes tout comme deux hommes (par capacité physique naturelle), ne peuvent procréer, car il faut des chromosomes venant d'un homme et des chromosomes venant d'une femme pour former un embryon viable. Le gouvernement, en finançant les services de procréation assistée pour les couples de femme accepte donc de contourner un obstacle physique naturel (grâce au don de sperme, une pratique autorisée par la Loi fédérale) pour une catégorie de couple (lesbiens), mais pas de l'autre catégorie (couples gais). Sur ce seul point, on pourrait invoquer une discrimination entre les deux sexes. Cependant, un couple d'hommes fait face à un 2^e obstacle naturel, celui de ne pas pouvoir porter un enfant. Il doit donc obligatoirement faire appel à une gestation pour autrui (mère porteuse), pratique interdite par la Loi fédérale. Or, c'est en raison de cet obstacle que le gouvernement du Québec peut justifier, sans se faire reprocher une décision discriminatoire, de ne pas couvrir les services de PMA pour les couples homosexuels. On peut cependant soulever une certaine injustice entre les deux catégories de couples et souhaiter (ou non, mais les auteurs ne rentreront pas dans ce débat-ci aujourd'hui, par manque de place dans le mémoire) la levée un jour de l'interdiction de la pratique des mères porteuses au Canada.

2. LES PRINCIPAUX ENJEUX ÉTHIQUES MENTIONNÉS PAR LE GOUVERNEMENT QUÉBÉCOIS

Cette section présente les arguments éthiques mentionnés par le gouvernement québécois pour justifier le financement public des traitements de procréation assistée.

2.1. PRÉVENIR L'INFERTILITÉ

L'importance de prévenir l'infertilité est mentionné dans l'article 1 de la Loi sur la procréation assistée du Québec :

Art.1 La présente loi, tout en reconnaissant la nécessité de prévenir l'infertilité et de promouvoir la santé reproductive, vise à protéger la santé des personnes et plus particulièrement celle des femmes ayant recours à des activités de procréation assistée qui peuvent être médicalement requises et celle des enfants qui en sont issus. (Éditeur officiel du Québec, L.R.Q., 2012, c. A-5.01 ; 2012)

Nous sommes évidemment en accord avec la nécessité de prévenir l'infertilité pour le bien-commun et la santé publique. Évidemment, les traitements de procréation assistée ne préviennent pas l'infertilité. D'ailleurs, dans la Loi (*L.R.Q., 2012, c. A-5.01, 2012*), les activités de procréation assistée sont définies comme étant « tout soutien apporté à la reproduction humaine » (article 2, al.1). On ne parle donc pas ici d'un traitement visant à corriger la cause de l'infertilité ni redonner à une personne les capacités de procréer de façon autonome. Les traitements de procréation assistée permettent encore moins de prévenir l'infertilité. Nous aurions aimé que la prévention de l'infertilité fasse partie des objectifs de la Loi sur la procréation assistée du Québec.

2.2. PROTÉGER LA SANTÉ

L'objectif de protection de la santé apparaît à deux endroits dans la loi : dans l'article 1 (*L.R.Q., 2012, c. A-5.01 ; 2012*) mentionné précédemment, mais aussi à l'article 10 où le fait de limiter le service aux femmes en âge de procréer serait expliqué par le désir d'« assurer » la santé de la mère et de l'enfant.

Art.10. Afin de se conformer aux normes médicalement reconnues, lesquelles visent notamment à assurer la santé de la femme et de l'enfant, aucun embryon ne peut être transféré chez une femme qui n'est plus en âge de procréer. (Éditeur officiel du Québec, L.R.Q., 2012, c. A-5.01 ; 2012)

L'objectif mentionné dans cet article « assurer la santé de la femme et de l'enfant » est très louable. Malheureusement, il n'y a aucune ligne directrice dans les textes officiels pour définir l'âge de procréer. Le gouvernement aurait dû, selon nous, préciser un âge limite ou tout au moins définir quels sont les critères qui déterminent qu'une femme a dépassé l'âge de procréer. Est-ce parce qu'elle est ménopausée (or, certaines femmes le sont avant 40 ans) ? Est-ce en regard d'une moyenne d'âge nationale de femmes ayant donné naissance de façon naturelle ? Est-ce en fonction de risques estimés de transmettre une malformation génétique, plus fréquente à partir d'un certain âge ? À noter que le Comité d'experts en matière d'infertilité et d'adoption de l'Ontario⁴, dans son rapport,

⁴ En 2008, en Ontario, près de 15 ans après avoir restreint la couverture de la politique de procréation assistée, le gouvernement avait mis en place un Comité d'experts en matière d'infertilité et d'adoption. Son mandat était de donner des conseils sur la façon d'améliorer le système d'adoption de l'Ontario et de faciliter l'accès aux services de surveillance de la fertilité et de procréation assistée. L'adoption et la

propose l'âge de 42 ans, car les femmes de cette province âgées de plus de 42 ans avaient moins de 7 % de chances de tomber enceinte⁵.

2.3. TRAITER L'INFERTILITÉ VERSUS PALLIER L'INFERTILITÉ OU FAVORISER LA FERTILITÉ

L'idée de traiter l'infertilité est un objectif apparaissant seulement dans les *Stratégies de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité* du MSSS (MSSS, 2010a), où on indique que :

« L'OBJECTIF VISÉ [est d'] offrir des services de procréation assistée de qualité, sécuritaires et éthiques, en assurer le suivi et développer des activités de recherche afin de prévenir et traiter l'infertilité. »

Cependant, concrètement, dans les attentes et les actions mentionnées dans ce document, on parle seulement de documenter les causes de l'infertilité, mais pas de traiter ces causes, ni de les prévenir :

« Attente 3 : Documenter divers aspects de la procréation assistée, notamment les causes et les traitements de l'infertilité ainsi que les conséquences du recours à ces services. » (2010a).

Or, lorsque l'on parle de **traiter**, on sous-entend facilement que l'on s'attaque à la cause d'une maladie qui a été identifiée et que la personne atteinte est ensuite « guérie ». Comme le rappelle la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) dans son mémoire (2006), la FIV ne règle pas les problèmes d'anovulation, ni ne débloque des trompes obstruées, et une insémination artificielle ne rend pas plus rapides des spermatozoïdes qui étaient trop lents. Tout comme la FQPN, nous pouvons donc dire que les services de procréation médicalement assistée (PMA) ne sont pas un traitement à l'infertilité. Concrètement, les services de procréation assistée consistent donc davantage à **favoriser** la fertilité : c'est un soutien à la procréation (comme le précise d'ailleurs, rappelons-le, l'article 2, alinéa 1, la Loi du Québec, L.R.Q., 2012, c. A-5.01 ; 2012), mais les couples infertiles resteront toujours infertiles.

procréation assistée avaient été étudiées en parallèle par ce comité, dans leur rapport *Faire croître l'espoir*, déposé en juin 2009.

⁵Société canadienne de fertilité et d'andrologie. Données de 2006 sur l'Ontario, cité dans le rapport du Comité d'experts en matière d'infertilité et d'adoption de l'Ontario.

D'autres vont encore plus loin et font également la différence entre *pallier* l'infertilité ou la *favoriser*. Dans le jugement *Buffett c. Forces armées canadiennes* (2006 TCDP 39 – CanLII), l'instructeur explique de façon assez claire ce qu'il entend comme différence entre un traitement qui pallie ou qui favorise la fertilité. En effet, l'instructeur distingue les interventions qui *pallient* l'infertilité (c'est-à-dire qui s'appliquent exclusivement à la personne en cause, telle une chirurgie pour débloquer les trompes de Fallope obstruées) des interventions qui *favorisent* ou *facilitent* la conception (c'est-à-dire qui donnent à un couple la capacité de concevoir un enfant qui est le leur, peu importe que ce soit la femme ou l'homme qui est infertile). La FIV et l'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde (IICS) appartiendraient à la deuxième catégorie. L'instructeur base une partie de son jugement sur cette distinction en proposant que seuls les traitements qui pallient l'infertilité soient financés par des fonds publics.

Cependant, sa proposition a un inconvénient important du point de vue de la justice et de l'équité : seuls seront pris en charge les couples infertiles pour lesquels on a pu identifier une cause à leur infertilité et que des moyens médicaux ou chirurgicaux existent pour traiter cette cause. Or, le blocage des trompes de Fallope correspond à seulement 1 % des causes d'infertilité (Giacomini, M. et al., 2000) et pour un bon nombre de couples, la cause de l'infertilité est non identifiée.

Pour terminer sur ce sujet, notons que l'article 2. Al. 2 de la Loi du Québec (L.R.Q., 2012, c. A-5.01 ; 2012) est particulièrement difficile à interpréter :

Art.2 al. 2 Toutefois, les procédés chirurgicaux qui visent à rétablir les fonctions reproductrices normales d'une femme ou d'un homme ne sont pas visés; (MSSS 2010a)

Lorsque les causes sont identifiées, certaines mesures sont proposées pour favoriser la fertilité (MSSS, 2012b).

2.4. COÛTS/BÉNÉFICES (GROSSESSES MULTIPLES)

Cet argument éthique se traduit essentiellement pour le gouvernement en une diminution des grossesses multiples et des naissances prématurées. L'encadrement des pratiques au Québec vise à diminuer de 30 % à 5 % le nombre de grossesses multiples issues de la fécondation in vitro, peut-on lire sur le site du MSSS. Ces grossesses multiples sont, entre autres, sources de naissances prématurées avec leurs lots de complications et de séquelles

dont certaines sont permanentes (MSSS, 2012a). A cet effet, le taux de grossesses multiples est passé de 27,2 % à 5 % en six mois seulement, après le début du programme de financement (MSSS, 2011, communiqué). Le gouvernement a d'ailleurs mis en place une réglementation concernant le nombre d'embryons à transférer pour s'assurer que la réglementation relative au nombre d'embryons pouvant être transférés vise à diminuer les grossesses multiples (MSSS, 2010a). Le gouvernement préconise de meilleures pratiques pour atteindre cet objectif, dont le cycle naturel modifié (ce cycle produit généralement un seul embryon). Par exemple, le gouvernement donne quelques directives dans l'article 17 du Décret 644 d'application de la Loi :

Art. 17. du Décret 644 : À la suite d'une activité de fécondation in vitro, un seul embryon peut être transféré chez une femme. Toutefois, considérant la qualité des embryons (nous soulignons, car ce terme est imprécis, voir nos recommandations), un médecin peut décider de transférer un maximum de 2 embryons si la femme est âgée de 36 ans et moins et un maximum de 3 embryons dont au plus 2 blastocystes si la femme est âgée de 37 ans et plus. Lorsque le médecin transfère plus d'un embryon, il doit justifier son choix. (Éditeur officiel du Québec, 2010b, « Règlement 644 »).

Le transfert d'un seul embryon dans la majorité des cas et un maximum de deux est préconisé par plusieurs études et plusieurs auteurs de mémoires durant la consultation menée par la CEST en 2006. Plusieurs auteurs de mémoires de cette même consultation ont aussi dénoncé le fait que les taux de succès des cliniques de fertilité sont évalués seulement par le taux de naissances vivantes ; on ne tient donc pas compte des séquelles maternelles et des nourrissons lors de grossesses multiples (Lambert et Raymond, 2006 ; Janvier A., 2006), ni du taux de grossesses multiples par cycle de FIV. Pour ces auteurs, ces considérations devraient être obligatoirement prises en compte. La représentante des pédiatres et néonatalogistes (Janvier A., 2006) préconise aussi la création d'un registre des enfants nés de PMA. Nous n'avons pu vérifier à ce stade-ci de nos travaux si cette recommandation a été suivie.

Cependant, de nombreuses grossesses multiples sont dues non pas à la FIV, mais aux traitements d'infertilité hors FIV, simplement par stimulation ovarienne (pour produire plusieurs ovules) en fécondation naturelle. Ainsi, la réduction du nombre d'embryons ne

serait qu'une partie de la solution au problème des grossesses multiples dues à la procréation assistée.

2.5. LE DÉSIR D'ENFANTS

Puisque les services de PMA ne traitent pas la cause de l'infertilité et sont davantage un soutien à la procréation, ils sont finalement une aide à toute femme désirant avoir un enfant. Cela explique pourquoi le Ministre de la Santé au Québec se dit être fier « de contribuer à maintenir le Québec dans son statut de “paradis des familles” en offrant l'espoir à des milliers de couples qui comptent sur ce type d'intervention pour fonder ou pour agrandir une famille » (MSSS, 2011).

Cela explique également pourquoi le programme du Québec couvre les services de PMA aux femmes célibataires et aux femmes homosexuelles. Dans leur cas, leur impossibilité à procréer n'est pas due à une cause médicale mais bien à une absence de partenaire masculin. Ce type de fertilité est souvent nommée «infertilité sociale ». Répondre aux besoins de ce type d'infertilité apparait plus du domaine d'une politique familiale pour augmenter la natalité et réduire le vieillissement de la population que d'une politique de santé. D'ailleurs, le Ministre Bolduc avait dit en entrevue :

En santé, à chaque jour, on fait des choix. On me donnerait le double, le triple du budget et je serais capable de le dépenser. Le choix qu'on fait, c'est un choix politique et un choix de population. C'est bon pour le Québec parce que ça augmente la natalité, c'est bon pour les soins de santé parce que ça va diminuer les coûts au niveau de la néonatalogie et c'est bon pour les parents. (Radio-Canada, 2010b).

2.6 ÉQUITÉ, JUSTICE (EN FONCTION DU REVENU)

Le gouvernement du Québec précise clairement ses intentions en terme d'équité en fonction du revenu, d'une part sur le site du MSSS dans sa première version « Le régime doit assurer l'accès équitable à tous les couples du Québec » (MSSS, 2012a), mais bien avant, en 2010, dans un communiqué : « Offrant aux couples infertiles du Québec l'espoir de fonder, ou d'agrandir une famille, et ce, sans égard à leur condition financière. » (MSSS, Communiqué, 2010b).

À notre connaissance, le gouvernement n'a pas parlé d'équité entre les gens fertiles et ceux infertiles.

3. AUTRES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Dans cette section, nous désirons mentionner certaines considérations éthiques en lien avec la PMA qui n'ont pas été discutées jusqu'à présent dans le mémoire et que nous considérons incontournables sur cette question.

3.1. PRESSION SUR LES COUPLES INFERTILES

L'incapacité à concevoir est souvent source de stress et de détresse psychologique. La prévalence de symptômes dépressifs et anxieux est plus élevée chez les femmes infertiles comparées aux femmes fertiles (Cousineau et Domar, 2007). La détresse qui accompagne le diagnostic d'infertilité place les couples en position de vulnérabilité. Ils sont souvent prêts à tout essayer pour avoir un enfant et fondent beaucoup d'espoir dans le traitement, ce qui les amène à sous-estimer les risques de la FIV et à surestimer ses chances de succès. Plusieurs études ayant exploré les raisons d'arrêt des traitements de FIV avant l'obtention d'une grossesse démontrent que la raison principale d'arrêt des traitements est le stress ou le fardeau psychologiques associé aux traitements (Brandes et al., 2009; Domar et al., 2010; Olivius et al., 2004; Rajkhowa et al., 2006; Verberg et al., 2008).

Pour Donchin (1996), les médecins et les professionnels impliqués dans les technologies de reproduction encouragent les femmes à exercer leur « plein potentiel reproducteur », peu importe les coûts économiques, psychologiques et corporels. Une crainte existe face au fait que le financement public de la FIV crée une pression chez les couples à exercer leur plein potentiel reproducteur au détriment de leur santé psychologique et sans considérer les alternatives possibles à la PMA.

Il est donc primordial de bien préparer les gens face à ce qui les attend avec la FIV, notamment les renseigner sur les impacts psychologiques du traitement, et discuter des émotions possibles en cas d'échec d'un cycle. De plus, comme plusieurs surestiment leur chance de succès avec la FIV, il faut que la possibilité que le traitement échoue soit discutée de façon plus exhaustive dès le départ.

3.2. CONCEVOIR UNE VIE SANS ENFANT

Enfin, toujours dans un souci de diminuer l'impact de nos demandes sur le budget des soins de santé en général, les auteurs souhaitent citer Statman (2003) qui pense que nous

développons une dépendance à ce que la technologie peut nous offrir. Il dénonce le coût psychologique que l'offre de PMA a sur les femmes qui ont de la difficulté à envisager leur vie libre d'enfants (child-free) plutôt que sans enfant (childless). Empêcher l'accès à la procréation assistée à cause de l'impact négatif sur les femmes serait, selon lui, du maternalisme. Cependant, cette réflexion apportée par Statman sur une vie « libre d'enfants » a le mérite de nous amener à une prise de conscience sur nos attentes envers les services de santé pour combler nos besoins, surtout lorsqu'ils sont davantage « sociaux » que « médicaux » et sur les limites que notre société devrait imposer à ces demandes, afin d'assurer la pérennité d'un système de santé gratuit et universel. Le fait de renoncer au projet parental faisait partie aussi, dans le rapport de la CEST (2009), des informations à fournir aux parents qui requièrent des services de PMA.

3.3. ÉQUITÉ VIS-À-VIS DE LA COUVERTURE D'AUTRES SERVICES DE « PROCRÉATION »

Lors de la consultation publique de la CEST en 2006, parmi les répondants du sondage électronique, certains ont avancé l'argument que le financement des services de procréation serait la contrepartie logique de l'assurance, par l'État, de l'interruption volontaire de grossesse. Cet argument revient souvent dans le public. Nous tenions donc à le mentionner ici, surtout pour mettre en garde l'interprétation que l'on peut en faire et les dérapages auxquels elle peut mener. D'un point de vue purement nataliste, cet argument se comprend : si on veut augmenter la natalité au Québec, tandis que l'on finance les avortements, il faudrait financer aussi les services de procréation assistée. Il faut toutefois être prudent avec cet argument. Nous tenons donc à rappeler que le financement de procréation assistée ne doit pas être perçu comme une opposition (ou au détriment) au financement de l'avortement. Les deux devraient se faire en parallèle. D'autant plus qu'ils ont deux objectifs communs : l'un étant de protéger la santé des femmes, l'autre de garantir l'autonomie des femmes concernant leur propre corps.

4 AUTRE PROVINCE, AUTRE PAYS, AUTRE VISION : L'EXEMPLE DE L'ONTARIO ET DE LA FRANCE.

4.1 L'ONTARIO : MÉDICALEMENT REQUIS

Jusqu'en 1994, l'Ontario remboursait un éventail de services médicaux concernant la procréation assistée comparable à celui du Québec depuis août 2010. Elle a toutefois modifié sa couverture en février 1994 pour couvrir les services de procréation médicalement assistée (PMA) seulement dans les cas de blocage bilatéral des trompes de Fallope, sur des motifs de rationalisation des coûts de santé et sur l'exigence du critère de « traitement médicalement nécessaire » pour les soins couverts (Giacomini *et al.*, 2000). Le gouvernement ontarien a suivi en ce sens les recommandations de la Commission Baird (déposé en 1993) qui étaient d'avis que la fécondation in vitro (FIV, un des traitements de procréation assistée) a été mise au point afin de traiter l'obturation des trompes de Fallope, mais que son utilisation a ensuite été élargie à de nombreux autres diagnostics d'infertilité sans que son efficacité ne soit prouvée pour ces indications. Les recommandations de la Commission étaient que la FIV soit assurée pour le blocage bilatéral des trompes, que la province de l'Ontario arrête la couverture de la FIV pour les autres indications et que l'argent économisé soit réinvesti dans des essais cliniques pour des techniques prometteuses, mais non encore approuvées (Miller-Chenier N., 1994). C'est ainsi qu'en février 1994, le premier ministre ontarien annonce que dorénavant les services de PMA ne seront couverts que pour le déblocage des trompes de Fallope et seront retirés de la couverture publique (Ontario Health Insurance Program ou OHIP) pour les autres indications (Giacomini M., *et al.*, 2000). Un maximum de 3 cycles sera couvert. L'objectif de cette désassurance est d'économiser 20 millions de dollars en dépenses de médecins en enlevant les services qui ne sont pas « médicalement nécessaires », selon les termes employés par le premier ministre ontarien (Giacomini M., *et al.*, 2000). Outre les économies en honoraires médicaux, les autres objectifs de la politique étaient d'introduire un critère de « nécessité médicale » pour la couverture des traitements de procréation assistée (Giacomini M., *et al.*, 2000).

Deux jugements ont attiré mon attention pour essayer de comprendre la position de l'Ontario, car ils essayent de répondre à la question « l'assistance à la procréation est-elle un traitement médicalement requis? ». Le premier jugement (Cameron c. Nova Scotia (A.-G.), 1999 – CanLII) est entièrement basé sur ces trois notions : Médicalement « requis », « nécessaire » ou « indiqué ». Le juge rappelle que les services hospitaliers sont assurés dans la province de Nouvelle-Écosse ou à l'extérieur, seulement s'ils sont requis en raison d'un accident, d'une maladie soudaine ou s'ils sont « médicalement requis ». Le juge explique que « le Ministère [de la santé] considère que les services assurés sont tous les services donnés par un médecin qui sont médicalement requis ». Il existe une liste d'exceptions, mais elle ne contient ni la FIV, ni l'IICS. Il précise que certains services peuvent être assurés, mais les frais seront pris en charge seulement si le traitement est « médicalement nécessaire ». Le juge fait alors un parallèle avec la chirurgie plastique. Celle-ci est couverte seulement si elle est médicalement nécessaire, mais pas si son objectif est purement esthétique. Pour éclaircir ce point de vue, je pourrais prendre l'exemple d'une chirurgie pour refaire un nez : elle serait remboursée si la forme du nez fait en sorte que la personne respire mal.

Le deuxième jugement (Buffett c. Forces armées canadiennes 2006 TCDP 39 – CanLII) est intéressant, car il pose la question du remboursement d'un traitement fait sur la femme alors que le problème médical à la source de cette intervention concerne l'homme du couple. Ce jugement oppose un militaire, défendu par la Commission canadienne des droits de la personne, aux Forces armées canadiennes (ci-après Forces armées), devant le Tribunal canadien des droits de la personne (ci-après Tribunal de la personne). La FIV est couverte par les Forces armées depuis 1997 uniquement lorsque l'infertilité est attribuable à une double obstruction des trompes de Fallope. Le régime ne couvre pas les frais d'une FIV avec IICS, nécessaire dans le cas des infertilités masculines, car, font remarquer les représentants des Forces armées, c'est un traitement effectué sur la femme, alors que ce n'est pas elle qui a un problème de santé. Cependant, cette cause est intéressante, car le raisonnement et la décision sont totalement à l'opposé de ceux du jugement de la Nouvelle-Écosse (Cameron v. Nova Scotia (A.-G.), 1999 – CanLII). En effet, l'instructeur en vient à la conclusion que le traitement n'est pas médicalement nécessaire, requis ou indiqué pour la personne qui le subit, mais pour un projet commun

qui implique une deuxième personne qui est à l'origine du besoin de ce traitement. Cet argument est important du point de vue des Forces armées qui remboursent la FIV, mais non la FIV avec IICS, alors que cette dernière est le seul traitement utile contre l'infertilité masculine. Pour l'instructeur du Tribunal de la personne, cette situation est une discrimination basée sur le sexe. C'est pourquoi, bien que non requis, cela n'empêche pas l'instructeur de demander aux Forces armées de rembourser les services de FIV avec IICS.

4.2 LA FRANCE

Certains thèmes, mis de l'avant en France, n'ont pas ou peu été abordés au Québec, du moins par le gouvernement. Il s'agit en particulier de l'intérêt de l'enfant. Certains points ou arguments sont clairement en opposition entre les deux communautés ; nous traiterons donc ici de ces principaux points qui opposent les deux communautés, dont quelques-uns : l'enjeu des grossesses multiples, très présent au Québec a été peu abordé en France par le gouvernement ; l'interdiction en France de l'accès aux services de PMA aux personnes célibataires et aux couples de personnes de même sexe (encore interdit à ce jour, malgré la nouvelle loi du 23 avril 2013) contrairement au Québec qui accepte les femmes célibataires et les couples de femmes homosexuelles ; l'intérêt de l'enfant, largement discuté en France, puisque c'est un thème fondateur de la Loi de bioéthique de ce pays ; enfin l'objectif des services de PMA en France qui est de « remédier à l'infertilité » tandis que le Québec parle de service de « soutien à la procréation ». Afin de mieux comprendre les arguments soutenant la position de la France, nous vous invitons à lire la section « Position de la France : faits saillants », mise en annexe de ce mémoire.

5. RECOMMANDATIONS

5.1 LE FINANCEMENT PUBLIC DE LA PMA

Après analyse des arguments éthiques présentés dans ce travail, nous arrivons à la conclusion qu'il est justifié de financer les techniques de PMA par des fonds publics. Malgré que ces traitements de fertilité ne soient pas nécessairement médicalement requis,

ou que le statut de l'infertilité diffère probablement des autres maladies ou soins médicaux couverts actuellement par la RAMQ, ou encore que les droits d'avoir des enfants ou d'être parent n'existent possiblement pas, nous pensons tout de même que le financement se défend par d'autres arguments importants. En effet, sur la base des concepts éthiques d'équité et de justice sociale, ainsi que par l'analyse coûts-bénéfices (en lien avec la diminution des grossesses multiples) et la nécessité de protéger la santé des enfants nés de ces technologies, nous recommandons que ces services soient assurés par un financement public. En considérant la valeur attachée à la parentalité et le fait que l'option alternative pour vivre la parentalité, soit l'adoption, n'est pas du tout une solution équivalente à la procréation assistée, pour de nombreux points que nous avons démontrés, nous croyons qu'une solidarité sociale envers les gens infertiles pour leur permettre d'être parents est justifiable et défendable.

❖ Recommandation 1 : *Sur la base de la justice sociale et de la protection de la santé des enfants nés de ces technologies, nous recommandons de poursuivre le financement public de la procréation assistée.*

Nous sommes toutefois conscientes de la pression que cette nouvelle offre de services peut exercer sur le budget disponible pour l'ensemble des services de santé. Nous pensons donc qu'il est nécessaire d'imposer des limites quant au nombre de cycles, nombre d'embryons transférés et aux critères d'éligibilité, en terme d'âge de la mère ou de situation familiale (statut marital), par exemple.

❖ Recommandation 2 : *Pour des raisons d'allocation de ressources et de protection de la santé de la mère et des enfants, nous recommandons de maintenir les limites quant au nombre d'embryons transférés et au nombre de cycles, et qu'il y ait des balises concernant l'âge admissible de la femme.*

5.2 PROTÉGER LA SANTÉ DES FEMMES ET DES ENFANTS

Tel que mentionné dans le mémoire, la question des grossesses multiples n'est pas seulement liée à la FIV mais également à la stimulation ovarienne hors FIV.

❖ Recommandation 3 : *Pour protéger la santé de la mère et des enfants, nous souhaitons que le gouvernement émette des lignes directrices quant à la pratique de la stimulation ovarienne.*

5.3 PRÉCISIONS DANS LA LOI SUR LA PROCRÉATION ASSISTÉE

Tel que mentionné dans le mémoire, certains mots ou actions sont à préciser dans la Loi sur la procréation assistée au Québec.

❖ **Recommandation 4 :** *La Loi sur la procréation assistée du Québec devrait préciser plusieurs termes afin, entre autres, de mieux guider les interventions des professionnels de la santé impliqués dans les services de PMA :*

- « âge de procréer » (dans l’art. 10 de la Loi)
- « qualité des embryons » (dans l’art. 17 du règlement 644 sur les activités cliniques en matière de procréation assistée). Il faut absolument préciser les critères permettant de juger de la qualité de l’embryon, autant les critères intrinsèques à celui-ci que des critères concernant la mère, par exemple, ses antécédents de fausse couche.
- Quels sont les « procédés chirurgicaux » qui visent à rétablir les fonctions reproductrices normales d’une femme et d’un homme auxquels on fait référence dans l’art. 2 al. 2 de la Loi? Il faudrait préciser si cela fait référence à des techniques chirurgicales (telle la désobstruction des trompes de Fallope) qui sont déjà couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

❖ **Recommandation 5 :** *Le gouvernement devrait aussi, dans sa stratégie d’application de la politique, préciser des actions concrètes pour atteindre certains objectifs du gouvernement qui sont mentionnés dans la Loi ou dans les Stratégies de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité, mais sans que des actions concrètes y ait été suggérées pour atteindre ces objectifs, tels :*

- « Assurer la santé de la femme et de l'enfant » (art. 10 de la Loi)
- « Prévenir et traiter l’infertilité » (*Stratégies de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité* du Ministère de la santé et des Services sociaux, MSSS, 2010a)

5.3 PRESSION SUR LES COUPLES INFERTILES

Compte tenu que les traitements de procréation assistée sont difficiles physiquement et psychologiquement, en raison des émotions qu’entraînent le processus de traitements, notamment la déception et la tristesse face aux échecs des traitements et l’anxiété générale face aux différentes procédures, nous croyons important de renforcer le soutien offert aux personnes ayant recours à ces traitements.

❖ **Recommandation 6 :** *Il est souhaité que les personnes ayant recours à la PMA puissent recevoir une aide psychologique.*

❖ **Recommandation 7 :** *Les couples qui ont fait plusieurs tentatives de procréation assistée sans succès devraient aussi recevoir de l'aide psychologique et des conseils, voir des références vers d'autres ressources les informant des alternatives à la PMA.*

5.4 FAVORISER LES ALTERNATIVES À LA PMA

Nous sommes d'avis qu'en voulant aider les gens qui désirent des enfants, l'État devrait être neutre quant à la façon de réaliser l'objectif d'être parent (PMA versus adoption).

❖ **Recommandation 8 :** *Dans un souci d'équité envers ceux qui se tournent vers l'adoption pour concrétiser leur projet parental, et de façon à minimiser l'importance accordée au lien génétique avec son enfant, nous recommandons que l'adoption soit financée au même titre que la PMA.*

❖ **Recommandation 9 :** *Les alternatives à la PMA (adoption ou conception d'une vie sans enfant) devraient être présentées comme des options possibles (ex. : dans les dépliants d'informations sur la PMA) et avoir une attention politique (ex. : campagne de valorisation de ces options).*

5.5 PRÉVENTION DE L'INFERTILITÉ

À l'instar de la CEST, nous encourageons toute mesure visant à prévenir l'infertilité et à favoriser la santé reproductive, et ainsi à éviter dans la mesure du possible le recours aux traitements de procréation assistée.

Une stratégie consiste notamment à mieux renseigner les femmes au sujet des liens entre l'âge et la fertilité et sur le fait que les infections transmissibles sexuellement (ITS) sont susceptibles de causer l'infertilité (CEST, 2009). Sur la question du lien entre l'âge et la fertilité, il faut toutefois faire attention de ne pas créer une pression sur les femmes pour qu'elles aient des enfants à un jeune âge, surtout si elles ne se sentent pas prêtes à en avoir. Nous insistons seulement ici sur le but de les informer pour qu'elles puissent le plus possible prendre des décisions éclairées en matière de procréation. Il faudrait également qu'elles soient informées du fait que même la PMA est plus difficile à un âge plus avancé.

❖ **Recommandation 10 :** *Nous recommandons que le gouvernement prenne les moyens d'informer la population sur les causes connues de l'infertilité et les moyens de préserver la fertilité.*

❖ **Recommandation 11 :** *Nous recommandons le renforcement de politiques favorisant la réalisation du projet parental plus tôt dans la vie des personnes.*

ANNEXE : POSITION DE LA FRANCE – FAITS SAILLANTS

Le but de cette section est de présenter les grandes lignes de la position française concernant la couverture des services de procréation assistée, surtout concernant les points qui diffèrent grandement de la position du Québec.

Mise en contexte historique

23 février 1983 : création du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) (équivalent du CSBE au Québec), un an environ après la naissance du premier bébé né par FIV.

Première Loi de bioéthique en 1994, portant à l'origine sur 3 domaines (PMA, transplantation d'organes et manipulations génétiques), révisée en 2004, puis le 7 juillet 2011 (version toujours en vigueur aujourd'hui).

2009 : États généraux de bioéthique, qui comportait entre autres 3 forum citoyens, dont un se tenait à Renne sur la procréation médicalement assistée.

Les principes cardinaux de cette Loi de bioéthique, toujours en vigueur, sont (CCNE, 2008) :

- Respect de la dignité de la personne humaine
- L'intérêt de l'enfant.
- La non-commercialité du corps humain et de ses éléments et son corollaire, la gratuité.
- Le principe de l'anonymat

Ces thèmes sont ressortis souvent dans les débats en France en particulier l'intérêt de l'enfant un principe passé plus inaperçu au Québec. Nous y reviendrons.

La législation de 2004, a remplacé le terme « procréation médicalement assistée » par « assistance médicale à la procréation ».

2013 : 23 avril : adoption de la Loi autorisant le mariage de couples de même sexe, entrée en vigueur le 17 mai 2013. Elle donne en même temps droit à l'adoption par les couples de même sexe, puisque la loi sur l'adoption est ouverte aux couples mariés (mais non aux couples en concubinage) et est ouverte pour les personnes célibataires. Cette loi ne contient pas d'amendement sur la PMA qui devrait être traité ultérieurement dans un projet de loi à venir sur la famille ou dans une révision de la loi de bioéthique.

Parallèlement, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) devrait donner un avis à l'automne 2013 sur la question globale de l'AMP (demande d'AMP par des couples de femmes, par des femmes célibataires, par des couples d'hommes, gestation pour autrui,

autoconservation des ovocytes, demande de la levée de l'anonymat des donneurs de gamètes, remboursement de l'AMP par l'assurance-maladie) (Viepublique.fr).

Remédier à l'infertilité

En France, l'approche est clairement indiquée dans la Loi. On ne parle pas de traiter l'infertilité, mais de remédier à l'infertilité. Cela apparaît en tête de l'article 33 de la Loi de 2011 :

L'assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué. (Article 33 de la Loi 2011-814, modifiant l'article L2141-2 du Code de la santé publique)

Avant 2009, l'article L 2141-2 du code de la santé publique qui définit, dans son premier alinéa, stipulait que l'AMP était « destinée à répondre à la demande parentale d'un couple » (Alain Graf, 2009). Cet objectif ne figure plus dans la Loi actuelle :

La loi française indique clairement son objectif de réduire le nombre d'embryons produit, non pas pour limiter les grossesses multiples, mais pour réduire le nombre d'embryons conservés :

La mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation privilégie les pratiques et procédés qui permettent de limiter le nombre des embryons conservés. (LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique)

Grossesses multiples

Elles sont mentionnées par plusieurs organismes (INSERM, cité dans les rapports du CCNE 1991, 1994 et 1998) et dans certains rapports (Claeys-Vialatte, 2008), mais ce n'est pas un enjeu clairement exprimé dans la loi. Le CCNE (1994, 1998) mentionne aussi l'enjeu des inducteurs de l'ovulation dans les traitements de l'infertilité. L'INSERM (cité dans CCNE, 1991) mentionne aussi l'impact des grossesses multiples sur le pronostic familial (psychologique, financier, social). Les organismes suggèrent d'améliorer l'implantation des embryons et le succès de la FIV. Ils mentionnent aussi le manque de suivi des stimulations ovariennes en dehors de la FIV et toutes leurs conséquences.

Processus et critères d'éligibilité

Les critères portent notamment sur le respect des principes fondamentaux de la bioéthique prévus en particulier aux articles 16 à 16-8 du code civil (Article 31, LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique)

L'homme et la femme⁶ formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès d'un des membres du couple, le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie, ainsi que la révocation par écrit du consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'assistance médicale à la procréation. (Article L2141-2 du Code de la santé publique, alinéa 2 ; modifié par l'article 31 de la LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique).

Code civil. Chapitre II : Du respect du corps humain; Articles 16 à 16-8 (Principes éthiques applicables à la PMA) : Intégrité, dignité, corps inviolable, sauf en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui, avec consentement de la personne (si c'est possible) ; intégrité de l'espèce humaine, eugénisme. Pas de valeur patrimoniale. Pas de procréation ou gestation pour autrui. Don anonyme.

En attendant un éventuel changement de l'article 31, les couples de même sexe et les femmes célibataires ne sont pas éligibles au financement des services de PMA, contrairement au Québec.

Article L2141-10

Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 36

La mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation doit être précédée d'entretiens particuliers des demandeurs avec les membres de l'équipe médicale.

1° Vérifier la motivation de l'homme et de la femme formant le couple et leur rappeler les possibilités ouvertes par la loi en matière d'adoption ;

2° Informer ceux-ci des possibilités de réussite et d'échec des techniques d'assistance médicale à la procréation, de leurs effets secondaires et de leurs risques à court et à long terme, ainsi que de leur pénibilité et des contraintes qu'elles peuvent entraîner ;

2° bis Informer ceux-ci de l'impossibilité de réaliser un transfert des embryons conservés en cas de rupture du couple ou de décès d'un de ses membres ;

3° Leur remettre un dossier-guide comportant notamment :

a) Le rappel des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assistance médicale à la procréation ;

⁶ À noter que depuis la reconnaissance en 2013 du mariage entre conjoints de même sexe, ce critère pourrait être amené à changer. Cependant, cet article reste inchangé à ce jour, car la question de l'accès des conjoints de même sexe aux services de PMA sera débattue ultérieurement dans un autre projet de loi.

*b) Un descriptif de ces techniques ;
c) Le rappel des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'adoption, ainsi que l'adresse des associations et organismes susceptibles de compléter leur information à ce sujet.
La demande ne peut être confirmée qu'à l'expiration d'un délai de réflexion d'un mois à l'issue du dernier entretien.
La confirmation de la demande est faite par écrit.
L'assistance médicale à la procréation est subordonnée à des règles de sécurité sanitaire.*

Cette entrevue, si elle existe au Québec, n'est pas clairement indiquée dans la Loi.

Intérêt de l'enfant

L'intérêt de l'enfant revient souvent dans le débat en France :

- Responsabilité des parents, des praticiens ou de la société envers l'enfant à naître (CCNE, 2008). L'enfant doit être voulu pour lui-même et si son intérêt prime sur le seul désir de s'assurer une filiation génétique. (CCNE, 2002)
- Le droit à l'enfant ne doit pas primer sur le droit de l'enfant. (M. Claude Huriet (3) cité dans Claeys-Leonetti, 2010) ni sur ses intérêts. (Claeys-Leonetti, 2010 citant M. Pierre Lévy-Soussan; M. Xavier Lacroix, cité dans Hyst, 2006).
- Rôle structurant de la loi qui doit reproduire, avec la PMA, le modèle traditionnel de filiation dite "cognatique"¹⁴, organisée autour du triptyque père/mère/enfants (famille dite "nucléaire")(CCNE, 2008).

Le CCNE (2002) demande un suivi des enfants nés par FIV, en raison des risques liés à la FIV, et à l'ICSI en particulier.

Le choix de la « meilleure famille » pour l'enfant

« Accueillir [l'enfant] dans les meilleures conditions possibles. » (Jean-François Mattéi, 28 janvier 2003)

L'adoption est une mesure de protection de l'enfant pour donner une famille à un enfant, déjà né; la procréation médicalement assistée est un palliatif à la stérilité (M. Xavier Lacroix et Françoise DEKEUWER-DEFOSSEZ, cités dans Hyst, 2006, CCNE, 1989). Mais, comme on « crée » des enfants, on veut leur donner la meilleure famille possible. Cet argument sert à s'opposer à la PMA pour les femmes célibataires et les couples homosexuels (Philippe Bas, 17 juin 2006; Françoise DEKEUWER-DEFOSSEZ dans Hyst, 2006) :

« vouloir imposer, à des enfants à naître ou à des enfants abandonnés, les mêmes situations familiales alors que toutes les données de la psychologie moderne montrent à quel point il reste important pour tout être humain de

pouvoir construire sa personnalité par référence à un couple de parents formé d'un homme et d'une femme. » (Philippe Bas, 17 juin 2006)

« Programmer des adoptions ou mettre en place des procédés scientifiques permettant à des couples d'être féconds artificiellement, dans des circonstances où l'on risquerait de méconnaître le droit de l'enfant à savoir qui il est et en transformant totalement notre système de parenté, relèverait d'une très grave imprudence. » (Françoise DEKEUWER-DEFOSSEZ dans Hyst, 2006)

Éducation par des couples homosexuels.

Le débat autour de l'intérêt de l'enfant dans des familles homosexuelles s'est fait plus précisément autour de la qualité de son éducation. Certains ont tenté de montrer « qu'il est important qu'entre 18 et 24 mois, par exemple, le petit garçon puisse sortir de la proto-féminité pour s'identifier à son père masculin. On connaît ce qui manque aux enfants lorsqu'ils n'ont pas de référents masculin et féminin dans leur entourage intime. » (M. Xavier LACROIX dans Hyst, 2006), tandis que d'autres ont contesté le sérieux des différentes études et dit qu'il n'existait pas en France d'étude sur un échantillon représentatif et que « quelle que soit sa sexualité, un parent semble avoir les mêmes compétences éducatives. » (Mme Sylvie Cadolle dans Hyst, 2006).

Parenté élargie.

Il ressort du débat toutefois, la reconnaissance que la famille a changé et que la filiation est devenue une institution autonome affranchie de l'institution matrimoniale. » (Hyst, 2006). On reconnaît aussi la part croissante des familles monoparentales (près d'une famille sur cinq) ; dans la majorité des cas, c'est la mère qui vit seule avec les enfants (Claeys, Leonetti, 2010). Pourtant, l'accès aux services de PMA financés aux mères célibataires ou aux couples de femmes est difficilement admis.

Femme célibataire / Femmes homosexuelles

Vision des citoyens : reconnaissent la légitimité de la demande parentale des homosexuels (Alain Graf, 2009) et qu'ils puissent adopter mais se sont clairement prononcé contre la possibilité pour ces couples ainsi que pour les célibataires de recourir à l'AMP (Claeys-Leonetti, 2010; Alain Graf, 2009). D'autres personnes, entendu en commission ont « souhaité que l'accès à ces techniques soit ouvert à toute femme en âge de procréer, quelle que soit sa situation conjugale (Claeys-Leonetti, 2010).

Mais le débat est encore très présent en France ces derniers mois, alors que le pays vient d'autoriser les mariages entre conjoints de même sexe et, par le fait même, l'adoption. Plusieurs sont « pour » : la ministre de la Santé, Marisol Touraine ou la ministre de la Famille, Dominique Bertinotti, (Figaro, 7 novembre 2012), Mme Ségolène Royal « pour

ainsi consacrer l'égalité entre enfants, quelle que soit leur configuration familiale » (Vie Publique, 20 mars 2007), Bruno Le Roux, chef de file des députés Parti socialiste. Mais le premier ministre avait annoncé que cette question serait traitée dans « une loi complémentaire qui pourrait être une loi sur la famille » (Le Monde, 12 octobre 2012). M. Hollande, président Français actuel, s'était pourtant engagé à l'ouverture de la procréation médicalement assistée aux couples de lesbiennes pendant la campagne électorale, au nom de la "justice" (Le monde, 5 octobre 2012). Claeys et Leonetti pensent cependant que cet accès « conduirait à organiser la conception délibérée d'enfants privés de père, alors même que, depuis les premières lois de bioéthique, prévaut le principe “un père, une mère, pas un de plus, pas un de moins” » (Claeys-Leonetti, 2010).

Débat plus large que la bioéthique

Pour plusieurs, l'accès des femmes homosexuelles et célibataires à la PMA dépasse le cadre de la loi de bioéthique et relève plutôt du droit de la famille (Claeys, Leonetti, 2010; Dossier de presse, 2009). Pour Christiane Taubira, le mariage et l'adoption dans les couples homosexuels relèvent du Code civil alors que la PMA relève de celui de la santé publique (Le point, 7 novembre 2012).

Cette question comporte des dimensions affectives, éducatives, voire anthropologiques, qui dépassent de beaucoup sa seule dimension juridique. (Dossier de presse, 2009)

On rappelle aussi souvent le lien avec la famille plus qu'avec la santé et fait appel à des valeurs : épanouissement personnel, autonomie de la personne ou volonté d'apporter des remèdes à la souffrance morale des individus ; modèle familial qui évolue et autonomie de l'individu davantage mise de l'avant (Philippe Bas, 2009, p.36).

Inégalité envers les couples d'hommes

« Un élargissement de l'accès de l'AMP aux femmes seules impliquerait la possibilité pour les femmes homosexuelles de bénéficier des techniques d'aide à la procréation. [...] Une fois l'accès des couples de femmes autorisé de fait, sinon en droit, faudra-t-il autoriser ensuite le recours à la gestation pour autrui pour les couples d'hommes ? (Claeys-Leonetti, 2010)

Motif médical

Les citoyens du forum de Rennes consultés sur l'AMP ont quant à eux affirmé qu'en tant que réponse médicale à l'infertilité naturelle, l'AMP ne devrait pas être ouverte ni aux personnes célibataires (à la différence des procédures d'adoption) ni aux couples homosexuels. En effet, cela légitimerait mécaniquement un recours à la gestation pour autrui pour les couples d'hommes (Bertier, 2010).

En outre, permettre l'accès à ces techniques pour toutes les célibataires ne risquerait-il pas faire de l'AMP un mode de procréation en dehors de toute

justification médicale, dès lors que la raison de la stérilité serait sociale et personnelle (le célibat) et non une infertilité pathologique ? Ne risquerait-on pas ainsi d'ouvrir la voie à des AMP « de convenance » visant à répondre à toute forme de désir d'enfant ? La médecine, la loi ont-elles pour vocation de répondre à des désirs individuels ? (Claeys-Leonetti, 2010)

Femmes célibataires, médicalement infertiles :

Proposition 2 : La majorité des membres de la mission estime nécessaire de maintenir la condition selon laquelle le couple doit être formé d'un homme et d'une femme. [...] Une partie des membres de la mission s'est déclarée favorable à l'accès des femmes célibataires infertiles à l'AMP (2). (Claeys-Leonetti, 2010)

Plusieurs instances ont ainsi suggéré un assouplissement de l'accès à l'AMP : L'OPECST propose, par exemple, de l'ouvrir aux femmes célibataires médicalement infertiles (Claeys et Vialatte, 2008) :

« Les rapporteurs considèrent que les techniques d'AMP étant lourdes, difficiles à mettre en œuvre, elles doivent être réservées aux stérilités médicalement avérées. Il conviendrait, cependant d'[...] ouvrir aux femmes célibataires médicalement infertiles l'accès à l'AMP avec un suivi psychologique. »

Cependant Claeys et Leonetti (2010), deux ans plus tard, font remarquer que, bien que « cet élargissement présenterait l'avantage de conserver le cadre médical d'accès aux techniques d'AMP », il est difficile de constater l'infertilité pathologique de la femme et soulèvent des questionnements importants :

« L'introduction de telles dispositions pourrait-elle entraîner des inégalités entre les femmes selon la possibilité d'identifier ou non l'origine de la stérilité ? Il convient en effet de rappeler qu'il existe des infertilités inexplicables au sein des couples qui recourent à l'AMP, lorsque l'on constate une impossibilité à procréer après plusieurs mois, en général deux ans, de rapports sexuels réguliers et que les explorations complémentaires réalisées dans la recherche diagnostique n'ont pas identifié de problème particulier. Dès lors, est-ce qu'une femme seule invoquant des difficultés à procréer lors de relations antérieures, ce que personne ne pourra vérifier, pourra prétendre bénéficier des techniques d'aide à la procréation ou bien, en l'absence de la possibilité d'établir un diagnostic précis de la cause médicale de l'infertilité, en sera-t-elle privée, contrairement à d'autres femmes vivant en couple ? Enfin, quand bien même, la femme éprouverait une difficulté médicale à procréer, est-ce que la première raison de l'infertilité et donc du recours à l'AMP, ne serait pas à rechercher dans l'absence de partenaire avec qui procréer, ce qui correspondrait donc à une indication sociale ? »

4.1.6 Femmes ménopausées / Âge de procréer

Cette notion de couples « en âge de procréer » répond au souci d'éviter que les femmes ménopausées aient recours à l'AMP (Claeys, Leonetti, 2010), mais ce critère est difficile à déterminer. Cependant, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), depuis le 11 mars 2005, refusent de prendre en charge les fécondations in vitro (FIV) après le 43^e anniversaire de la femme ou après la quatrième tentative de FIV. « Pour les hommes, les équipes médicales ne prennent pas en charge, dans la pratique, de couples dont l'homme a dépassé soixante ans, selon l'Agence de la biomédecine ; les CECOS ont également limité depuis longtemps l'âge des donneurs de sperme à 45 ans, plusieurs études montrant l'impact de l'âge paternel sur la descendance » (Claeys, Leonetti, 2010).

Claeys et Leonetti (2010) ajoutent : « En outre, la détermination, au niveau national, d'un âge limite ne permettrait pas de prendre en compte les différences clinico-biologiques pouvant exister entre les patients. Par ailleurs, le Conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine (1) est défavorable à l'introduction d'une limite normative d'âge. » Il vaut mieux se fier au discernement du clinicien et de l'équipe médicale tenus de respecter des règles de bonne pratique.

4.1.7 Particularité de la PMA (nouvelle vision de la reproduction)

Cette vision a été soulevée par le CCNE en 1984, mais je pense qu'elle peut expliquer en partie la teneur des arguments du débat en France. Les nouvelles technologies ont conduit à la dissociation du processus de procréation qui « peut ne plus être décidé ensemble et en même temps. Parenté génétique, parenté de gestation, parenté de l'éducation et de l'affection prennent des voies séparées. Cette dissociation oblige « à considérer séparément l'intérêt des patients, parents potentiels, et celui du futur enfant et [...] soulève des questions inédites concernant l'extension et les limites de sa [du médecin] responsabilité professionnelle. » (CCNE, 1984).

Références

- Adashi, E. Y., Cohen, J., Hamberger, L., Jones, H. W., de Kretser, D. M. Jr., Lunenfeld, B., Rosenwaks, Z. et Van Steirteghem, A. (2000). Public perception on infertility and its treatment: an international survey. The Bertarelli Foundation Scientific Board, *Human Reproduction (Oxford, England)*, 15(2), 330–334.
- Bas, Philippe (présidé par). *Les études du Conseil d'État. La révision des lois de bioéthique*, France, 2009, 122 p. [En ligne : <http://www.conseil-etat.fr/cde/media/document//dossier-presse-bioethique.pdf>] (Page consultée le 15 janvier 2013.)
- Bertier, G., Rial-Sebbag E. et Cambon-Thomsen A. (2010). 2004–2009 : révision de la loi de bioéthique en France, quels enjeux, quels débats ? Assistance médicale à la procréation, gestation pour autrui, transplantation. *Médecine et Droit*. (2010), 42-48.
- Boivin, J., et Pennings, G. (2005). Parenthood should be regarded as a right. *Archives of disease in childhood*, 90(8), 784–5.
- Bouzayen, R., et Eggertson, L. (2009). La fécondation in vitro ... quand une question privée devient publique. *Canadian Association Medical Journal*, 181(5), E71–E72.
- Brandes, M., Steen, J. O. M. van der, Bokdam, S. B., Hamilton, C. J. C. M., Bruin, J. P. de, Nelen, W. L. D. M., et al. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human reproduction (Oxford, England)*, 24(12), 3127-3135.
- Buffett c. Forces Armées Canadiennes 2006 TCDP 39 – CanLII
- Cameron v. Nova Scotia (A.-G.) (1999) – CanLII
- Chambers, G. M., Hoang, V. P., Zhu, R., et Illingworth, P. J. (2012). A reduction in public funding for fertility treatment - an econometric analysis of access to treatment and savings to government. *BMC Health Services Research*, 12(142), 1–15.
- Chambers, G. M., Illingworth, P. J., et Sullivan, E. a. (2011). Assisted reproductive technology: public funding and the voluntary shift to single embryo transfer in Australia. *The Medical Journal of Australia*, 195(10), 594–598.
- Chan, C.C., et P.C. Ho, (2006), Infertility, assisted reproduction and rights, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 20(3), 369-380.
- Claeys A. et Vialatte J.S. *Rapport sur l'évaluation de l'application de la loi N° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique*, France, 2008, 277 pages. [En ligne : <http://www.conseil-etat.fr/cde/media/document//dossier-presse-bioethique.pdf>] (Page consultée le 19 janvier 2013.)

- Claeys A. et Leonetti J., *Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la révision des lois de bioéthique*, France, 2010, 561 pages. [En ligne : <http://www.conseil-etat.fr/cde/media/document//dossier-presse-bioethique.pdf>] (Page consultée le 19 janvier 2013.)
- Comité d'expert en matière d'infertilité et d'adoption, (2009), *Faire croître l'espoir*, 249 pages.
- Commission de l'éthique de la science et de la technologie (CEST). Avis - Éthique et procréation assistée : des orientations pour le don de gamètes et d'embryons, la gestation pour autrui et le diagnostic préimplantatoire. Gouvernement du Québec, Québec, sept. 2009, 244 p. [En ligne : http://www.ethique.gouv.qc.ca/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=116&Itemid=109&lang=fr] (Page consultée le 4 janvier 2012.) Durand, G. (2006), *Six études d'éthique et de philosophie du droit*, Montréal, Liber, 150 p.
- Conseil consultatif national d'éthique (CCNE). *Avis 105 - Questionnement pour les états généraux de la bioéthique*, France, CCNE, 2008, 12 p. [En ligne : www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis105.pdf] (Page consultée le 17 mars 2013.)
- Conseil consultatif national d'éthique (CCNE). *Avis-072- Réflexions sur l'extension du diagnostic préimplantatoire*, France, CCNE, 2002, 18 p. [En ligne : www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis072.pdf] (Page consultée le 17 mars 2013.)
- Conseil consultatif national d'éthique (CCNE). *Avis 060 - Réexamen des lois de bioéthique*, France, CCNE, 1998, 31 p. [En ligne : www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis060.pdf] (Page consultée le 31 janv. 2013.)
- Conseil consultatif national d'éthique (CCNE). *Avis 042 - Évolution des pratiques d'assistance médicale à la procréation*, France, CCNE, 1994, 18 p. [En ligne : www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis042.pdf] (Page consultée le 31 janv. 2013.)
- Conseil consultatif national d'éthique (CCNE). *Avis 024 - Transfert d'embryons après décès du conjoint (ou du concubin)*, France, CCNE, 1993, 6 p. [En ligne : www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis024.pdf] (Page consultée le 8 fév. 2013.)
- Conseil consultatif national d'éthique (CCNE). *Avis 018 - Etat des études conduites par le Comité concernant les dons de gamètes et d'embryons*, France, CCNE, 1989 [En ligne : www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis018.pdf] (Page consultée le 20 mars 2013.)
- Conseil consultatif national d'éthique (CCNE). *Avis 003 - Document de travail sur les problèmes éthiques posés par le recours aux "mères de substitution"*, France, CCNE, 1984, 16 p. [En ligne : www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis003.pdf] (Page consultée le 31 janv. 2013.)
- De Wispelaere, J. et Weinstock, D. (2013). *State Regulation and Assisted Reproduction: Balancing the Interests of Parents and Children*. Chapitre dans Baylis, F. et MacLeod, C. "Family-Making: Contemporary Ethical Challenges". Oxford University Press.

Domar, A. D., Smith, K., Conboy, L., Iannone, M., et Alper, M. (2009). A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertility and sterility*, 94(4), 1457-1459.

Éditeur officiel du Québec. (2010b) « Décret 644-2010 du 7 juillet 2010 - Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (L.Q., 2009, c. 30, a. 30, par. 1°, 2°, 4°, 5°, 6° et 7°) », *Gazette Officielle du Québec*, 21 juillet 2010, 142^e année, no 29 Partie 2. [En ligne : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pdf/644-F.pdf] (Page consultée le 3 janvier 2012.)

European Society of Human Reproduction and Embryology (2003) Ethical issues related to multiple pregnancies in medically assisted procreation. *Human Reproduction*, 18(9), 1976–1979.

Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), *Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi 89, « Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives »*, Québec, mars 2006, 24 p. [En ligne : www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CAS/mandats/Mandat-3717/memoires-deposes.html] (Page consultée le 6 mars 2013)

Giacomini, M. et al. (2000). The many meanings of deinsuring a health service: the case of in vitro fertilization in Ontario. *Social Science & Medicine*. 50(10):1485-1500.

Graf, A. (1^{er} juil. 2009) *Rapport final des états généraux de la bioéthique*, France, 68 pages. [En ligne : www.etatsgenerauxdelabioethique.fr/uploads/rapport_final.pdf] (Page consultée le 30 janvier 2013.)

Hugues, E. (2008). Accès à des soins de fertilité efficaces au Canada. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 30(5), 391-393.

Hughes, E.G., Giacomini, M. (2001) Funding in vitro fertilization treatment for persistent subfertility : the pain and the politics. *Fertility and Sterility*. 76(3):431-442.

Hyst, Jean-Jacques. (juin 2006). RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur les nouvelles formes de parentalité et le droit, 71 pages.

Janvier, A., Spelke, B., et Barrington, K. J. (2011). The epidemic of multiple gestations and neonatal intensive care unit use: the cost of irresponsibility. *The Journal of pediatrics*, 159(3), 409–413.

Janvier, A., pour la Société des néonatalogistes du Québec et l'Association des pédiatres du Québec, *Mémoire sur le projet de loi 89, la « Loi sur les activités cliniques et de*

recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives », présenté devant la Commission des affaires sociales, Québec, le 29 mars 2006, 23 pages.

Lambert, M. et Raymond D., *Mémoire sur le projet de loi 89, la « Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives »*, présenté devant la Commission des affaires sociales, Québec, le 28 mars 2006, 19 pages. [En ligne : www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CAS/mandats/Mandat-3717/memoires-deposes.html] (Page consultée le 6 mars 2013)

Leclair, A. (7 novembre 2012). Procréation médicalement assistée non prévue dans le projet de loi est défendue par les députés PS. *Le Figaro*. [En ligne : <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2012/11/07/01016-20121107ARTFIG00664-mariage-gay-la-pma-se-profile-a-l-horizon.php>] (Page consultée le 21 octobre 2012.)

Le Monde et AFP. (12 oct. 2012). Les députés PS veulent un amendement sur la procréation médicale assistée, *Le Monde*, 12 octobre 2012. [En ligne : www.lemonde.fr/politique/article/2012/10/12/les-deputes-ps-pour-un-amendement-sur-la-pma-lors-du-debat-sur-le-mariage-homosexuel_1774290_823448.html] (Page consultée le 23 février 2013).

LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. [En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=27FB3D03F5B338B0A96CF5A7244B892E.tpdjo03v_3?cidTexte=JORFTEXT000024323102etidArticle=etdateTexte=20120728 (Version consolidée au 09 juillet 2011, texte en vigueur au 7 juillet 2012)] (Page consultée le 28 juillet 2012).

Martin, J. R., Bromer, J. G., Sakkas, D., et Patrizio, P. (2011). Insurance coverage and in vitro fertilization outcomes: a U.S. perspective. *Fertility and sterility*, 95(3), 964–969.

Mattéi, Jean-François, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, sur la révision des lois de bioéthique de 1994 au Sénat le 28 janvier 2003. [En ligne : <http://discours.vie-publique.fr/notices/033000626.html>] (Page consultée le 17 février 2013.)

McMillan, J. R. (2003). NICE, the draft fertility guideline and dodging the big question. *Journal of medical ethics*, 29(6), 313–314.

Mladovsky, P. et Sorenson, C. (2010) Public Financing of IVF: A Review of Policy Rationales. *Health Care Analysis*. 18(2):113–128.

Miller-Chenier, N. (1994), *Les nouvelles techniques de reproduction : le rapport final de la commission royale*, Division des affaires politiques et sociales.

- Ministre de la Justice du Canada *Loi concernant la procréation assistée* version à jour au 7 février 2012, dernière modification le 1^{er} décembre 2007, [En ligne : <http://laws-lois.justice.gc.ca>], page consultée le 15 février 2012.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme de procréation assistée. MSSS, 2012a [En ligne : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/procreation.php] (Page consultée le 7 février 2012.)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme de procréation assistée (Mise à jour du 20 mars 2012). MSSS, 2012b [En ligne : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/procreation.php] (Page consultée le 15 septembre 2012.)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). « Le ministre Yves Bolduc souligne le 1^{er} anniversaire du programme québécois de procréation assistée ». Communiqué 5 août 2011. [En ligne : <http://209.171.32.187/gouvqc/communiqués/GPQF/Aout2011/05/c9918.html>] (Page consultée le 4 janvier 2012)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2010a). Stratégies de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012. MSSS, 2010a, 41 p. [En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-918-01.pdf>] (Page consultée le 4 janvier 2012)
- Ministère de la santé et des Services sociaux (2008), *Un projet porteur de vie : politique de Périnatalité du Québec 2008-2018*, 164 pages.
- Navarro, J. L., Castilla, J. a, Martínez, L., Hernández, E., et Fontes, J. (2008). Coverage and current practice patterns regarding assisted reproduction techniques. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 138(1), 3–9.
- Nisker, N. (2008). Distributive Justice and Infertility Treatment in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 30(5):425-431
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G., et Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and sterility*, 81(2), 258-261.
- Panitch V. (2013). Assisted reproduction and distributive justice. (*Bioethics, in press*).
- Piron F. et J. Dussault. *Consultation publique électronique sur la procréation assistée - Rapport adressé à la Commission de l'éthique de la science et de la technologie (Synthèse d'une étude)*. Département d'information et de communication. Groupe de recherche-action sur la participation et la consultation publique. Université Laval, février 2009, 28 p. [En ligne : http://www.ethique.gouv.qc.ca/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=113&Itemid=16&lang=fr] (Page consultée le 4 janvier 2012.)

- Radio-Canada (2010a) « Québec vient en aide aux femmes » [En ligne http://www.radio-canada.ca/nouvelles/Politique/2010/03/11/001-fecondation_quebec.shtml Québec%20vient%20en%20aide%20aux%20femmes - Mise à jour le vendredi 12 mars 2010 à 7 h 48 HNE] (Page consultée le 15 octobre 2012.)
- Radio-Canada (2010b) « La gratuité, un choix contesté » [En ligne <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/sante/2010/07/13/001-fecondation-assistee.shtml> - Mise à jour le mercredi 14 juillet 2010 à 8 h 25 HAE] (Page consultée le 15 octobre 2012.)
- Rajkhowa, M., McConnell, A. et Thomas, G. E. (2006). Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human reproduction (Oxford, England)*, 21(2), 358-363.
- Rauprich, O., Berns, E., et Vollmann, J. (2010). Who should pay for assisted reproductive techniques? Answers from patients, professionals and the general public in Germany. *Human reproduction (Oxford, England)*, 25(5), 1225–1233.
- Rioux-Soucy, Louise-Maude. « Procréation assistée - Le réseau public appelé en renfort », *Le Devoir*, 7 janvier 2010. [En ligne : www.ledevoir.ca/societe/sante/280615/procreation-assistee-le-reseau-public-appelle-en-renfort] (Page consultée le 11 octobre 2012.)
- Samson, Claudette. « De l'aide gratuite jusqu'à six mois pour la fécondation in vitro », *Le Soleil*, 5 mai 2010. [En ligne : www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201005/04/01-4277188-de-laide-gratuite-jusqua-six-mois-pour-la-fecondation-in-vitro.php?utm_categorieinterne=traficdriversetutm_contenuinterne=cyberpresse_vous_suggere_4297883_article_POS2] (Page consultée le 15 octobre 2012.)
- Société des néonatalogistes du Québec et Association des pédiatres du Québec. « Mémoire sur le projet de Loi 89 », 2006
- Statman D., (2003) The Right to Parenthood. An Argument for a Narrow Interpretation, *Ethical Perspectives Issue*, 10(3-4):224-235.
- Stillman, R. J., Richter, K. S., Banks, N. K., et Graham, J. R. (2009). Elective single embryo transfer: a 6-year progressive implementation of 784 single blastocyst transfers and the influence of payment method on patient choice. *Fertility and sterility*, 92(6), 1895–1906.
- Verberg, M. F. G., Eijkemans, M. J. C., Heijnen, E. M. E. W., Broekmans, F. J., Klerk, C. de, Fauser, B. C. J. M., et al. (2008). Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort study. *Human reproduction (Oxford, England)*, 23(9), 2050-5.
- Vie Publique.fr : www.vie-publique.fr/discours/selection-discours/debat-acces-assistance-medicale-procreation-amp.html (Page consultée le 17 février 2013.)

Washenfelter, C. (2003). Regulating a revolution: the extent of reproductive rights in Canada. *Health law review*, 12(2), 44–52.